



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR

TESIS DE MAGÍSTER EN SALUD COLECTIVA

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019.

María Cecilia Bucciarelli

BAHÍA BLANCA

ARGENTINA

2021

Prefacio

Esta Tesis se presenta como parte de los requisitos para optar al grado Académico de Magister en Salud Colectiva, de la Universidad Nacional del Sur y no ha sido presentada previamente para la obtención de otro título en esta Universidad u otra. La misma contiene los resultados obtenidos en investigaciones llevadas a cabo en la Maestría en Salud Colectiva, dependiente del Departamento de Ciencias de la Salud durante el período comprendido entre el(fecha de aceptación del ingreso en la Secretaría Gral. de Posgrado) y el(fecha de la presentación de la tesis a la misma Secretaría), bajo la dirección del Profesor de la Maestría en Salud Colectiva Dr. José Luis Aguirre, de Psicología del Instituto Universitario del Gran Rosario.

Bahía Blanca,/..../2021.

María Cecilia Bucciarelli

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR

Agradecimientos

La presente tesis es el resultado de la investigación llevada a cabo en un hospital de día de Salud Mental de la ciudad de Bahía Blanca, hospital en el que inicié mi recorrido como residente de psicología en el año 2009 y al que decidí regresar varios años después para dar respuesta a ciertas preguntas que ya habían empezado a cobrar forma en aquellos primeros tiempos.

Quiero agradecer a todas/os los que brindaron su apoyo y acompañamiento durante el proceso de realización de esta tesis:

Al Comité Académico y el equipo docente de la Maestría en Salud Colectiva del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur, por el entusiasmo con el que han propiciado mi acercamiento a este campo de conocimientos y prácticas y su predisposición para acompañar el proceso de investigación.

Mi inconmensurable agradecimiento a las/os participantes de esta investigación, quienes me abrieron una y otra vez las puertas de sus mundos, quienes en todo momento me

recibieron con amabilidad y predisposición y se hicieron un tiempo para conversar conmigo en tantas ocasiones. Gracias a ustedes los meses del trabajo de campo se llenaron de múltiples experiencias, sensaciones y vivencias que seguirán presentes en mi memoria.

A mis compañeras/os de la Maestría, quienes han estado en distintos momentos para compartir ideas, dudas, puntos de vista, incertidumbres, y más dudas.

A mi director de tesis, Dr. José Luis Aguirre, quien con su presencia, confianza y entusiasmo ha sabido acompañar y orientar el proceso de escritura de esta tesis.

A mi familia, Julián y Amanda, gracias inmensas por estar en cada momento de este camino, por ser pacientes, por confiar, por darme el tiempo que necesitaba para escribir y por apoyarme, siempre.

Resumen

La presente tesis es el resultado del proceso de investigación cualitativa llevada a cabo en un hospital de día de un servicio de Salud Mental de la ciudad de Bahía Blanca en los años 2018-2019. Se trata de un estudio de caso que, a partir de las técnicas de observación participante y entrevistas semiestructuradas a las y los trabajadores, tiene por objetivo describir y analizar la relación entre sus representaciones y prácticas en la producción de cuidado. Los resultados y su análisis señalan primeramente las condiciones políticas e institucionales de precariedad que enmarcan a este hospital de día. Se describe el surgimiento histórico y los objetivos de esta institución y se caracterizan a sus destinatarios en aspectos ligados al padecimiento mental y el acceso a derechos. Las representaciones y prácticas del equipo dan cuenta de tensiones y diferencias ligadas a atravesamientos disciplinares e institucionales, que también se expresan en los diversos usos del espacio institucional. De las representaciones y prácticas acerca de la producción de cuidado se destaca el hospital de día como espacio terapéutico y lugar de referencia, se reconoce la centralidad de las tecnologías blandas en los procesos de trabajo y se enumeran ciertos desafíos como el trabajo extrahospitalario e intersectorial y el sostenimiento de proyectos terapéuticos. Las representaciones acerca de los efectos del hospital de día en las y los usuarios enfatizan los vínculos construidos en la institución. Finalmente se presentan las relaciones y tensiones con otras áreas del servicio de Salud Mental y con otras instituciones y sectores. Se aspira a que esta tesis contribuya a la producción de políticas públicas y prácticas de gestión que prioricen espacios estratégicos como los hospitales de día y otros servicios ambulatorios necesarios para la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.

Palabras clave: salud mental; servicios de salud; rehabilitación psiquiátrica; personal de salud.

Abstract

This thesis is the result of a qualitative research process carried out in a day hospital of a Mental Health service in Bahía Blanca city between the years 2018-2019. This case study is based on participant observation techniques and semi-structured interviews with workers, aims to describe and analyze the relationship between representations and practices of workers in care production. The results and their analysis indicate the political and institutional precariousness conditions of that frame this day hospital. The historical emergence and objectives of this institution are described and its users are characterized in

aspects related to mental illness and access to rights. The representations and practices of the team account for tensions and differences linked to disciplinary and institutional crossings, which are also expressed in the various uses of the institutional space. Of the representations and practices about the care production, the day hospital stands out as a therapeutic space and reference place, the centrality of soft technologies in the work processes is recognized and certain challenges such as out-of-hospital and intersectoral work are listed and the support of therapeutic projects. Representations about the effects of the day hospital on users emphasize the links built in the institution. Finally, the relations and tensions with other areas of the Mental Health service and with other institutions and sectors are presented. It is hoped that this thesis contributes to the production of public policies and management practices that emphasize strategic spaces such as day hospitals and other outpatient services necessary for the full implementation of the National Mental Health Law.

Keywords: mental health; Health services; psychiatric rehabilitation; health personnel.

Resumo

A presente tese é o resultado do processo de pesquisa qualitativa realizada em um hospital-dia de um serviço de Saúde Mental na cidade de Bahía Blanca nos anos 2018-2019. Trata-se de um estudo de caso que, com base em técnicas de observação participante e entrevistas semiestruturadas com trabalhadores, tem como objetivo descrever e analisar a relação entre representações e práticas dos trabalhadores na produção do cuidado. Os resultados e suas análises indicam primeiro as condições políticas e institucionais de precariedade que enquadram esse hospital-dia. O surgimento histórico e os objetivos desta instituição são descritos e seus usuários são caracterizados em aspectos relacionados à doença mental e acesso a direitos. As representações e práticas da equipe dão conta de tensões e diferenças ligadas a travessias disciplinares e institucionais, que também são expressas nos vários usos do espaço institucional. Dentre as representações e práticas sobre a produção do cuidado, o hospital-dia destaca-se como espaço terapêutico e local de referência, é reconhecida a centralidade das tecnologias leves nos processos de trabalho e enumerados alguns desafios, como trabalho extra-hospitalar e intersetorial e o sustento a projetos terapêuticos. Representações sobre os efeitos do hospital-dia nos usuários enfatizam os vínculos construídos na instituição. Por fim, são apresentadas as relações e tensões com outras áreas do serviço de Saúde Mental e com outras instituições e setores. Espera-se que esta tese contribua para a produção de políticas públicas e práticas de gestão que priorizem espaços estratégicos

como hospitais-dia e outros serviços ambulatoriais necessários para a plena implementação da Lei Nacional de Saúde Mental.

Palavras-chave: saúde mental; serviços de saúde; reabilitação psiquiátrica; equipe de saúde.

Listado de abreviaturas y siglas

C.A.P.S.: Centro de Atención Psicosocial.

C.P.A.: Centro Provincial de Atención.

H.I.G.: Hospital Interzonal General.

O.N.G.: Organización No Gubernamental.

P.R.E.A.: Programa de Rehabilitación y Externación Asistida.

ÍNDICE

1. Propósito.....	11
2. Problema.....	13
2.1. Abordajes del padecimiento mental	13
2.2. El campo de la salud mental en Argentina	23
2.3. Lógica manicomial	25
2.4. Ley Nacional de Salud Mental N° 26657.....	29
2.5. La producción de cuidado en el hospital de día del Hospital Interzonal General Dr. José Penna.....	31
2.6. Pregunta.....	33
3. Hipótesis.....	34
4. Justificación.....	35
4.1. Justificación social.....	35
4.2. Justificación académica	36
4.3. Justificación personal	36
5. Estado del arte y marco conceptual de referencia	37
5.1 Estudios sobre representaciones y prácticas en los servicios de salud mental	38
5.1.1 Aspectos metodológicos	38
5.1.2 Representaciones y prácticas en los servicios de salud mental	41
5.1.3 Los efectos de los servicios de salud mental en la vida de los usuarios....	49
5.1.4 La cronificación de los usuarios en los servicios de salud mental	51
5.2 Marco conceptual de referencia.....	56
5.2.1 La perspectiva de las representaciones sociales	56
5.2.2 Institución y producción de subjetividad.....	57
5.2.3 La producción de cuidado desde la perspectiva de la salud colectiva.....	61
5.2.3.1 El cuidado en la humanización de las prácticas de salud.....	62
5.2.3.2 Los procesos de trabajo y la producción de cuidado en salud.....	70
5.2.4 Rehabilitación psicosocial	76
6. Objetivo general	77
7. Objetivos específicos.....	77
8. Metodología	78
8.1 El hospital de día del H.I.G. Dr. José Penna como espacio de la investigación..	79

8.2	Acerca de la investigadora.....	82
8.3	Fuentes de datos e instrumentos	83
8.3.1	Observación participante con diario de campo	85
8.3.2	Entrevistas semiestructuradas individuales a trabajadoras/es del hospital de día.....	86
8.3.3	Consideraciones acerca de las observaciones y entrevistas	87
8.4	Entrada al campo	88
8.5	Procesamiento y análisis de los datos.....	89
8.6	Aspectos éticos	93
9.	Presentación, análisis y discusión de los resultados.....	94
1.	Contextualización y condiciones políticas e institucionales.....	94
2.	Representaciones acerca de las y los destinatarios del hospital de día.....	97
2.1.	Caracterización de las y los destinatarios desde la perspectiva de los trabajadores.....	97
2.2.	Discusión acerca de las y los destinatarios del hospital de día. Accesibilidad a derechos. Un mundo manicomial.....	110
2.2.1.	Accesibilidad a derechos	110
2.2.2.	Un mundo manicomial	114
3.	Representaciones acerca de los orígenes y objetivos del hospital de día del H.I.G. Dr. José Penna	117
3.1	Surgimiento histórico y objetivos del hospital de día.....	118
3.2	Discusión sobre las representaciones acerca de los orígenes y objetivos del hospital de día. ¿Alternativa al encierro? Los objetivos del hospital de día y la rehabilitación psicosocial	123
3.2.1.	¿Alternativa al encierro?.....	123
3.2.2.	Los objetivos del hospital de día y la rehabilitación psicosocial.....	128
4.	El espacio del hospital de día	130
4.1.	Usos del espacio del hospital de día	130
4.2.	Discusión acerca del espacio del hospital de día	133
5.	El equipo del hospital de día	137
5.1.	Representaciones y prácticas del equipo del hospital de día	137
5.2.	Discusión. Representaciones y prácticas del equipo: atravesamientos, diferencias y tensiones	145
6.	Representaciones y prácticas acerca de la producción de cuidado.....	149

6.1. El hospital de día como espacio terapéutico	150
6.2. Desafíos de los procesos de trabajo en el hospital de día	167
6.3. Efectos del hospital de día en las y los usuarios	176
6.4 El hospital de día como lugar de referencia.....	180
6.5. Relaciones con otras áreas del servicio de Salud Mental	184
6.6. Relaciones con otras instituciones y sectores	191
6.7. Discusión. Relaciones entre las representaciones y prácticas de las y los trabajadores en la producción de cuidado en el hospital de día.....	203
6.7.1. Micropolítica y producción de cuidado	203
6.7.2. Discusión acerca de las relaciones con el servicio de Salud Mental ...	216
6.7.3. Discusión acerca de las relaciones con otras instituciones y sectores .	218
10. Discusión final.....	224
10.1. Acerca de los condicionantes de las prácticas en el hospital de día	224
10.2. Acerca de los objetivos, el espacio y el equipo	225
10.3. Acerca de la producción de cuidado	231
10.4. Articulaciones con otras instituciones y sectores	243
11. Conclusiones	248
12. Referencias bibliográficas	256
13. Apéndices	270
13.1. Apéndice A - Guía de observación	270
13.2. Apéndice B - Guía de entrevista	273
13.3. Apéndice C - Consentimiento informado	276

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

1. Propósito

El abordaje del padecimiento mental se presenta como un terreno en el que históricamente han confluído prácticas y representaciones ligadas al control y la tutela que, asociadas al despliegue de instituciones psiquiátricas, han producido espacios de exclusión social para aquellos alcanzados y clasificados por la categoría de la locura. Numerosos autores han documentado los efectos de alienación, segregación, arrasamiento subjetivo y cronificación de quienes se han visto obligados a restringir su vida al interior de estas instituciones (Goffman 2001, Manonni 1987, Foucault 2009a, Basaglia 1964, Mental Disability Rights International y Centro de Estudios Legales y Sociales 2007). Así, en ninguna otra institución de salud como el hospital psiquiátrico se han anudado tan fuertemente la función de control social de la medicina junto a los poderes del Estado para generar prácticas de encierro institucional que abarcan la totalidad de la vida de los internados.

La visibilización de estos efectos y anudamientos por parte de ciertos actores sociales involucrados en esta problemática, y el compromiso en luchar por su modificación, los impulsó a la organización de movimientos —en el campo social y de la salud— orientados por la determinación de instalar otras formas de atención de las personas con padecimiento mental. Estos movimientos, desarrollados fuertemente en países como Italia, España y Brasil; han repercutido en Argentina en distintos contextos y momentos de su historia, en la problematización del lugar del manicomio en la sociedad y en la creación de experiencias e iniciativas superadoras, tales como las desarrolladas en las provincias de Río Negro y San Luis. Estos antecedentes, unidos a particulares condiciones históricasociales, confluyeron para la instauración de leyes en provincias como las mencionadas y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y para que en el año 2010 finalmente se sancionara la Ley Nacional N° 26657, reglamentada tres años después.

Esta normativa constituye un hito en tanto insta a la modificación profunda de prácticas e instituciones en el campo de la salud mental y al cierre definitivo de los hospitales psiquiátricos, que deberán ser sustituidos progresivamente por servicios alternativos, garantes de los derechos de las personas con padecimiento mental. Entre estos servicios menciona la atención e internación en hospitales generales, los centros y hospitales de día y las residencias para personas externadas que no cuentan con apoyo socio-familiar, entre otros.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Contar con este marco regulatorio constituye un eslabón de un proceso más amplio que implica la reformulación del modelo de atención en el campo de la salud mental. Advertir que para esto se requiere de la constitución de actores sociales que luchen por la legitimación de las prácticas reconocidas por la legislación, posibilita ubicar esta cuestión en el plano del cotidiano de los servicios de salud mental. En este sentido, se entiende que la mera presencia de servicios como los arriba mencionados no garantizaría *per se* la producción de prácticas de salud superadoras de aquellas sostenidas en las instituciones manicomiales. Asimismo, es importante reconocer que tales prácticas se inscriben en determinadas condiciones de posibilidad históricas cargadas de conceptos y valores dominantes (Poirel *et al.* 2013).

En este plano del cotidiano es que se inscribe la presente investigación, en tanto se propone estudiar las representaciones y prácticas acerca de la producción de cuidado del hospital de día del servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General (H.I.G.) Dr. José Penna de Bahía Blanca, y cómo se traducen en los procesos de trabajo que allí se despliegan. Se trata de un estudio cualitativo que apela al uso de instrumentos como la entrevista y la observación como vías para acceder a las representaciones y prácticas a través de lo dicho, y también de lo no dicho pero manifiesto en el hacer.

La presente investigación se propone describir las representaciones y prácticas acerca de la producción de cuidado del hospital de día del servicio de Salud Mental del H.I.G. Dr. José Penna de Bahía Blanca, con el propósito de que la indagación de estos aspectos pueda contribuir a la toma de decisiones para el cumplimiento pleno de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (Argentina 2010).

En la medida en que el hospital de día es uno de los servicios ambulatorios preconizados por la mencionada ley, este estudio se detiene en el funcionamiento de un hospital de día, con sus lógicas disciplinarias y características organizativas, para dilucidar en profundidad qué representaciones y prácticas de cuidado intervienen en las acciones de salud de las y los trabajadores.

Se aspira a que esta investigación constituya un aporte para diseñar y gestionar servicios cuyas modalidades de abordaje no solo garanticen los derechos de las personas con padecimiento mental sino que produzcan prácticas de cuidado que disminuyan los procesos de cronificación de las y los usuarios relacionados con las dinámicas sociales e institucionales.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

2. Problema

“Un objeto de investigación, por más parcial y parcelario que sea, no puede ser definido y construido sino en función de una problemática teórica que permita someter a un sistemático examen todos los aspectos de la realidad puestos en relación por los problemas que le son planteados”. (Bourdieu 2002, p. 54)

Tal como se anticipa en el epígrafe, a continuación se delimitará el problema de la presente tesis desde una postura epistemológica que asume la construcción teórica del objeto de la investigación científica (Bourdieu, Chamboredon y Passeron 2002, Cerón-Martínez 2020, Cruz Neto 2007), contemplando sus condicionamientos históricos y sociales, para arribar a la necesidad y pertinencia de su indagación a nivel de la realidad empírica.

2.1. Abordajes del padecimiento mental

El tratamiento de las personas con padecimiento mental ha sido objeto de diversos discursos y prácticas a lo largo de la historia de occidente. Foucault es uno de los principales autores que señala estas variaciones al mostrar cómo los fenómenos de la locura fueron percibidos y tratados diferencialmente según las condiciones de posibilidad históricasociales en que se incluían. En este sentido, indaga la percepción y localización de la locura en la época clásica como condición que se encerraba y mezclaba de modo indiferenciado con pobres, vagabundos, mendigos y desocupados quienes, en calidad de ociosos, eran recluidos y obligados a trabajar en grandes internados. Aquí se reconoce el origen del Hospital General, como estructura semijurídica que responde a la exigencia de orden emanada del poder real y no a fines médicos (Foucault 2009a). Así, para el autor, el Hospital:

Tendrá no solamente el aspecto de un taller de trabajo forzado, sino también el de una institución moral encargada de castigar, de corregir una cierta “ausencia” moral que no amerita el tribunal de los hombres, pero que no podría ser reformada sino por la sola severidad de la penitencia. El Hôpital Général tiene un estatuto ético. (Foucault 2009a, p. 118).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Este despliegue del internamiento¹ fue sostenido por una articulación entre los poderes monárquicos, burgueses y religiosos que buscaban mantener el orden y castigar los desórdenes de la pobreza y la ociosidad, juzgados en términos morales, al tiempo que utilizaban estas casas de confinamiento también con fines económicos. Aquí los locos se identificaban por su incapacidad para trabajar y compartir las regularidades de la vida colectiva (Foucault 2009a):

El confinamiento es una creación institucional propia del siglo XVII. Ha tomado desde un principio tal amplitud, que no posee ninguna dimensión en común con el encarcelamiento tal y como podía practicarse en la edad media. Como medida económica y precaución social, es un invento. Pero en la historia de la sinrazón, señala un acontecimiento decisivo: el momento en que la locura es percibida en el horizonte social de la pobreza, de la incapacidad de trabajar, de la imposibilidad de integrarse al grupo; el momento en que comienza a asimilarse a los problemas de la ciudad. Las nuevas significaciones que se atribuyen a la pobreza, la importancia dada a la obligación de trabajar y todos los valores éticos que le son agregados, determinan la experiencia que se tiene de la locura... (Foucault 2009a, p. 124).

Pero será en el transcurso de la segunda mitad del siglo XVIII que la locura pasará a ser separada en casas destinadas exclusivamente al alojamiento de los locos. Para Foucault, este movimiento precede a su consideración como enfermos que debían recibir cuidados como tales, ya que por el contrario, estos nuevos hospitales dejan poco lugar a la intervención de la medicina. En ellos se produce un aislamiento y especificación de la locura que la separa de los fenómenos indiferenciados de la sinrazón con los que estaba mezclada, dando lugar a la proliferación de categorías para dar cuenta de sus múltiples formas. Este desplazamiento es el resultado de una sensibilidad a la locura que promueve el señalamiento de la diferencia y que le permite hablar por sí misma, pero a condición de alejarla. Foucault señala que esta individualización y diferenciación de la locura, que nace al interior del confinamiento y la liga más fuertemente a él, no estuvo ligada a un progreso humanitario ni médico en su atención. Inversamente, su confusión con los demás internados es vista como injusta para estos últimos, lo que justifica su separación. Además, una serie de crisis económicas provocarán la puesta en cuestión del confinamiento de los pobres y la necesidad de que sean liberados, pasando a

¹ Se opta por mantener el término internamiento, y no el de internación, en la medida en que es el que se utiliza en la traducción de la obra de Foucault, editada por Fondo de Cultura Económica.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

conformar mano de obra barata. Así, una serie de medidas y discursos de fines del siglo XVIII, entre ellas la Declaración de los Derechos del Hombre, conducirán a la permanencia de la locura en el internamiento, previo a la existencia de hospitales de alienados (Foucault 2009a).

Este recorrido trazado por Foucault permite visualizar cómo hasta fines del siglo XVIII la práctica del internamiento operó de modo independiente del pensamiento médico. En este tiempo, ambos se acercarán considerando a la locura un asunto público del que es preciso resguardar a la sociedad a través del confinamiento. En este sentido, se producirá la objetivación positivista de la locura, dada por la capacidad de conocerla a partir de no estar loco. Esta cuestión en principio teórica quedará plasmada a nivel de la experiencia concreta en los asilos de alienados, cuyos principales exponentes son Tuke y Pinel. Para Foucault, el asilo es ámbito de un trabajo moral que busca combatir la degradación a través de la uniformización, lo cual reduce las diferencias. Asimismo, se trata de un espacio judicial con sus propios castigos en el que el alienado, asimilado a un niño, está sometido a una vigilancia y un juicio constantes. Será en este contexto del asilo a fines del siglo XVIII en el que la figura del médico se volverá central para la internación del loco, quien se alienará en la figura del médico. Pero su autoridad e influencia, más que provenir de un saber científico, derivarán de sus rasgos morales (Foucault 2009b). Al respecto Foucault afirma:

Si el personaje del médico puede aislar la locura, no es porque la conozca, sino porque la domina; y lo que dentro del positivismo tomará figura de objetividad, no será sino el otro declive de esta objetivación. [...] El médico no ha podido ejercer su autoridad absoluta en el mundo del asilo sino porque desde el principio ha sido padre y juez, familia y ley, y sus prácticas medicinales son simples interpretaciones de los viejos ritos del orden, de la Autoridad y del castigo. (Foucault 2009b, p. 254-255).

Esta alienación persistirá y se acrecentará con el devenir de la psiquiatría y su énfasis positivista, dando cuenta de una participación del enfermo en esta construcción. En este sentido, los desarrollos de Foucault permiten comprender los orígenes y condiciones de un abordaje de la locura caracterizado por una lógica manicomial que persiste hasta nuestros días.

En momentos posteriores de su obra Foucault revisará lo postulado en su Historia de la locura, sobre todo a partir de sus análisis del problema del poder, entendido como relaciones

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

de fuerzas. Así, en el curso El poder psiquiátrico volverá a explorar las relaciones entre medicina y locura, marcando la precedencia de un modo de relaciones de fuerza denominado “poder de disciplina”, una microfísica del poder disciplinario, anterior al despliegue de cualquier modelo familiar en la práctica psiquiátrica. Para Foucault el núcleo de esta práctica estará constituido por dichas relaciones de poder, de las que posteriormente se desprenderán instituciones, discursos y modelos como el familiar (Foucault 2008). Al referir qué entiende por poder disciplinario el autor lo caracteriza como:

...cierta forma terminal, capilar del poder, un último relevo, una modalidad mediante la cual el poder político y los poderes en general logran, en última instancia, tocar los cuerpos, aferrarse a ellos, tomar en cuenta los gestos, los comportamientos, los hábitos, las palabras...(Foucault 2008, p. 59).

Se trata de un poder que captura tales dimensiones de los cuerpos, llegando a abarcar la totalidad de la vida de los individuos. Expresado en dispositivos disciplinarios como el ejército o la escuela, implica un control pormenorizado y continuo en el que se está todo el tiempo en posición de ser mirado y en el que se apela al ejercicio progresivo y graduado como vía para alcanzar su funcionamiento perpetuo. Un rasgo característico de este poder disciplinario es el de apuntar a las virtualidades del comportamiento, a través de medios como la vigilancia o el castigo, procurando intervenir antes de la producción misma de los actos. Otra de sus características es que los dispositivos articulados a este poder siempre se enfrentan con elementos inclasificables residuales que, en la medida en que se constituyen como un problema, pasarán a ubicarse en sus márgenes (Foucault 2008). Estos elementos justificarán la existencia de sistemas disciplinarios complementarios que los tomarán como destinatarios:

En resumen, el poder disciplinario tiene la doble propiedad de ser anomizante, vale decir, de poner siempre a distancia a una serie de individuos, exponer la anomia, lo irreductible, y de ser siempre normalizador, inventar siempre nuevos sistemas de recuperación, restablecer siempre la regla. Los sistemas disciplinarios se caracterizan por un trabajo constante de la norma en la anomia. (Foucault 2008, p. 76).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Entre las facultades de este poder se encuentra tanto su capacidad de producir individuos como de distinguir lo normal de lo anormal. Foucault sintetizará la operatoria del poder disciplinario en estos términos:

...el poder disciplinario es individualizante porque ajusta la función sujeto a la singularidad somática por intermedio de un sistema de vigilancia y escritura o un sistema de panoptismo pangráfico que proyecta por detrás de la singularidad somática, como su prolongación o su comienzo, un núcleo de virtualidades, una psique, y establece, además, la norma como principio de partición y la normalización como prescripción universal para todos los individuos así constituidos. (Foucault 2008, p. 77).

Este poder disciplinario, individualizador y generalizado, será la clave que permitirá analizar el funcionamiento de la psiquiatría, en tanto para Foucault dicho análisis no puede restringirse al de la institución psiquiátrica. Así, a esta altura de su obra el autor destacará que la instancia médica funciona primero como poder antes que como saber, por lo que será a través del ejercicio de una relación de poder que se llegará a extraer y acumular saber sobre el individuo (Foucault 2008).

Además de los valiosos desarrollos de Foucault, para la delimitación del presente problema de investigación también resulta importante retomar los aportes que, desde otro campo discursivo y disciplinar, realizó un sociólogo como Goffman, en la medida en que extrajo una serie de rasgos y efectos subjetivos de la práctica de la internación en las instituciones psiquiátricas. A partir de la categoría de institución total, Goffman caracterizó al hospital psiquiátrico como un establecimiento en el que todas las actividades de la vida se encuentran programadas, normatizadas y se ejercen en un mismo lugar, bajo una única autoridad y en compañía de muchos otros. Para el autor, en este contexto la marcada división entre internos y el personal supervisor se manifiesta en estereotipos antagónicos hostiles, que se exteriorizan en sus intercambios y comunicaciones restringidas (Goffman 2001). Al mismo tiempo, la tendencia totalizadora de esta institución opone importantes barreras a la interacción de los pacientes internados con el exterior, lo que genera, en palabras del autor, una “primera mutilación del yo” (Goffman 2001, p. 27):

En la vida civil, la programación sucesiva de los roles del individuo, tanto en el ciclo vital como en la repetida rutina diaria, asegura que ningún rol que realice bloqueará su desempeño y se ligará con otro. En las instituciones

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

totales, por el contrario, el ingreso ya rompe automáticamente con la programación del rol, puesto que la separación entre el interno y el ancho mundo dura todo el día, y puede continuar durante años. Por lo tanto se verifica el despojo del rol. (Goffman 2001, p. 27).

Según Goffman, si la permanencia en este “híbrido social, en parte comunidad residencial y en parte organización formal” (Goffman 2001, p. 25) es prolongada, puede producirse en los pacientes internados una desculturación que genera dificultades para enfrentar en el exterior ciertos aspectos de la vida cotidiana (Goffman 2001).

La situación de las personas internadas en hospitales psiquiátricos ha dado lugar a importantes críticas también desde el interior de la psiquiatría, uno de cuyos principales exponentes fue Basaglia². Este psiquiatra italiano visibilizó la fuerte asociación entre pobreza y locura que atravesaba a estas instituciones y sus prácticas, y cuestionó el papel de control ejercido por el psiquiatra al interior del manicomio.

Para Basaglia, ante todo será necesario que el enfermo recobre aquella libertad de la que fue privado, ya que el requerimiento de aislarlo en un espacio cerrado le ha dado al médico el exclusivo rol de vigilar los posibles excesos de la enfermedad, lo que implicaba que el valor del sistema superaba el del objeto de la cura. En cambio, la apertura del manicomio produciría una transformación de la relación del enfermo con su enfermedad y con el mundo, restringida no solo por la patología sino por la prolongada hospitalización que promueve su institucionalización y objetalización, con pérdida de su individualidad (Basaglia 1964). Este

² Franco Basaglia (1924 - 1980) fue un psiquiatra italiano impulsor de uno de los más importantes movimientos de reforma psiquiátrica. Graduado en la Universidad de Pádova, se especializó en psiquiatría en esta ciudad, y cuando en 1961 asume como director del hospital psiquiátrico de Gorizia, se sentirá fuertemente interpelado por las deplorables condiciones en que vivían y eran asistidas las personas allí internadas. Por lo que junto a un grupo de jóvenes psiquiatras inician un proceso de transformación institucional que toma como modelo a la comunidad terapéutica promovida por Maxwell Jones, por el que se proponían alterar radicalmente las formas de organización y de relación dominantes, a partir de la supresión de modos de atención represivos y la institución de espacios democráticos. Inspirado en corrientes existencialistas y fenomenológicas, y atento a las necesidades y condiciones de vida de quienes tuvieron el destino de ser recluidos en instituciones psiquiátricas, Basaglia apuntó a subvertir la lógica manicomial imperante incidiendo en las relaciones de poder que la sustentan. En el año 1971 toma la dirección del hospital psiquiátrico de Trieste, y es allí donde advierte que es necesario ir más allá de la propuesta de la comunidad terapéutica, en la medida en que ésta perpetúa la estructura del hospital psiquiátrico, al modificar solo su funcionamiento interno. Por lo que impulsa un amplio movimiento de reforma psiquiátrica que, contando con el apoyo de numerosos trabajadores y de la autoridad gubernamental, dará lugar al cierre del manicomio y su sustitución por una red de servicios territoriales alternativos. Serán estas experiencias, iniciadas en Italia a partir de los años sesenta, las que sentarán las bases para la posterior formulación y sanción de la Ley 180 de reforma psiquiátrica, en el año 1978. Otro dato a destacar es que en el año 1979 Basaglia es invitado a brindar una serie de conferencias en Brasil como uno de los referentes para el movimiento de reforma psiquiátrica que estaba teniendo lugar en este país. (Colucci y Di Vittorio 2001. *Franco Basaglia*. Guattari y Rolnik 2013).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

psiquiatra, junto a un grupo de trabajadores comprometidos con la necesidad de transformar sus roles sociales en el tratamiento de la enfermedad mental, impulsó una reforma psiquiátrica que se inició en el hospital de Gorizia, se continuó con el cierre del hospital psiquiátrico de Trieste y con la sanción de la Ley 180 en el año 1978 (Italia 1978).

En cuanto a los hospitales de día, si bien la presente investigación no se detendrá en su surgimiento y evolución histórica, sí resulta importante señalar que gran parte de su expansión ha estado ligada a los procesos de reformas psiquiátricas de países como Francia y España. Más allá de que estos servicios se han propuesto con variadas funciones y desde diferentes marcos conceptuales, García y Mas Hesse (2012) destacan entre los factores justifican su inclusión en las redes de servicios de salud mental la optimización del tiempo terapéutico y los recursos:

...evitando el desarraigo y la segregación de los pacientes, haciendo explícito el compromiso de estos con su tratamiento y permitiendo poner en práctica intervenciones terapéuticas psicológicas, sociales y familiares, que apuntan a objetivos específicamente definidos y muchas veces claramente mensurables.

De esta manera, en el Hospital de Día confluyen el cuidado clínico y el comunitario, y entre sus posibilidades está contribuir a la desinstitucionalización, por una parte, sosteniendo a aquellos usuarios que desde el Hospital Psiquiátrico o desde las unidades de hospitalización se están reubicando en la comunidad, por otra, sirviendo de alternativa a los posibles ingresos nuevos, evitándoles el paso por la hospitalización completa y, por último, como lugares de tratamiento intensivo a medio plazo en donde que dar una alternativa más eficaz que la hospitalización a pacientes con tendencia a ingresos múltiples y uso repetido de los servicios de urgencia. (García y Mas Hesse, 2012, p. 389).

El recorrido hasta aquí trazado conduce a la necesidad de considerar ciertas dimensiones del objeto de estudio de esta investigación que será preciso no soslayar para delimitarlo en su complejidad. Esta decisión se funda en planteos como los de Correa Urquiza *et al.* (2006), quienes advierten sobre los reduccionismos que conlleva la operatoria del “fetichismo de la enfermedad” (Correa Urquiza *et al.* 2006, p. 49) que al tiempo que naturaliza las categorías nosológicas y los modos de tratamiento invisibiliza las relaciones sociales que contribuyen a su producción:

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

No obstante, la marginación de los afectados del mundo laboral, la pérdida de sus redes y vínculos, la falta de autonomía para tomar decisiones y ejercer sus derechos de ciudadanía, la negación de su voz como actores o los sentimientos diversos y a veces contradictorios que despiertan en el resto de la población (compasión, miedo, distanciamiento, incluso burla) son fenómenos sociales que están ahí... (Correa Urquiza *et al.* 2006, p. 49).

La necesidad de tener en cuenta estos fenómenos y relaciones sociales en la construcción del objeto de investigación también se apoya en las contribuciones de Basaglia (2013), quien en una de sus conferencias en Brasil, al destacar las condiciones de desigualdad de quienes habitan las instituciones psiquiátricas públicas, afirma: "...comprendimos que la internación de los 'locos pobres' era una consecuencia del hecho de que estas personas no eran productivas, en una sociedad basada en la productividad" (Basaglia, 2013, p. 59).

Rosa y Onocko Campos (2013), quienes se aproximan a los planteos de Correa Urquiza *et al.* y Basaglia, recuperan la perspectiva de Saraceno (1999, en Rosa y Onocko Campos 2013) para visualizar aquellas dimensiones que condicionan tanto la evolución de los trastornos mentales como las prácticas en salud mental, entre ellas los recursos y calidad de los vínculos familiares y/o comunitarios, o el medio social en que la persona vive. Para Rosa y Onocko Campos la inclusión de estas dimensiones posibilita componer una visión más integral de las situaciones de las personas con padecimiento mental:

De ese modo, la persona con trastorno mental es restituida en su integralidad, y el foco de atención de los profesionales de salud mental se amplía más allá de los síntomas y los medicamentos, para otras dimensiones sociales de la vida, que engloban la "existencia sufrimiento". De este modo, los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad-cuidado cobran énfasis, y lo social pasa a ser una dimensión que precisa ser evidenciada en la intervención cotidiana de salud mental, a partir de la reconstrucción de las múltiples referencias que rodean la identidad de la persona con trastorno mental y de sus familiares... (Rosa y Onocko Campos, 2013, p. 313).³

³ "Desse modo, a pessoa com transtorno mental é restituída em sua integralidade, e o foco da atenção dos profissionais de saúde mental se amplia para além dos sintomas e dos medicamentos, para outras dimensões sociais da vida, que englobam a "existência sofrimento". Assim, os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado ganham ênfase, e o social passa a ser uma dimensão que precisa ser evidenciada na intervenção cotidiana de saúde mental, a partir da reconstituição das múltiplas referências que contornam a identidade da pessoa com transtorno mental e de seus familiares..." (Rosa y Onocko Campos 2013, p. 313). Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Movidos por el interés de superar los reduccionismos simplificadores que asocian los problemas de salud mental con situaciones de pobreza, Gama, Onocko Campos y Ferrer (2014) se propusieron estudiar las relaciones entre salud mental y vulnerabilidad, apuntando a visibilizar el proceso relacional y las condiciones concretas en que se produce el proceso de salud-enfermedad-cuidado. Siguiendo a Ayres *et al.* (2003) la perspectiva de síntesis de la vulnerabilidad tomará las articulaciones entre los ejes individual, social y programático, a partir de cuyas condiciones, características e interrelaciones se producirán diferentes situaciones y grados de vulnerabilidad. Para los autores, esta mirada contribuye a dar cuenta del papel de las configuraciones sociales en la construcción y mantenimiento de situaciones de vulnerabilidad, al tiempo que implica la apertura a articulaciones intersectoriales y de redes de atención que integren las diversas dimensiones que inciden en el proceso salud-enfermedad-cuidado. Articulaciones que favorezcan la búsqueda de las potencias de los procesos individuales y colectivos, donde los técnicos operen como mediadores entre los recursos comunitarios y el proceso de producción de salud (Gama, Onocko Campos y Ferrer 2014; Ayres *et al* 2008):

Nuestra intención es trabajar con un concepto de salud mental que posibilite una cierta libertad al sujeto de modo que él pueda dialogar con las diversas instancias sociales (salud, justicia, trabajo etc.) y con sus pares, sin subsumir-se totalmente a un discurso normativo, restando un espacio para su singularidad, para la aparición de su deseo. Es importante destacar este aspecto de eterna creación y recreación de las condiciones de mantenimiento de la salud mental del sujeto.⁴ (Gama, Onocko Campos y Ferrer 2014, p.79).

En Argentina, una reciente investigación que contribuye a profundizar en el proceso salud-enfermedad-cuidado de las personas con padecimiento mental es la realizada por el Centro de Estudios Legales y Sociales (2015). Este estudio indaga, a partir de las perspectivas de las personas con problemas de salud mental en procesos de externación y de los equipos de salud intervinientes, las condiciones y posibilidades para la externación de personas

⁴ “Nossa intenção é trabalhar com um conceito de saúde mental que possibilite uma certa liberdade ao sujeito de modo que ele possa dialogar com as diversas instâncias sociais (saúde, justiça, trabalho etc.) e com seus pares, sem submeter-se totalmente a um discurso normativo, restando um espaço para sua singularidade, para seu desejo aparecer. É importante destacarmos este aspecto de eterna criação e recreação das condições de manutenção da saúde mental do sujeito”. (Gama, Onocko Campos y Ferrer 2014, p.79). Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

internadas en los hospitales psiquiátricos. Al relevar dimensiones como las relaciones vinculares, el acceso al trabajo, vivienda, seguridad social, justicia y salud, muestra cómo la accesibilidad o la barrera a estos derechos sociales inciden marcadamente en las posibilidades efectivas de externación:

Si bien el desmantelamiento del modelo manicomial implica profundas transformaciones en el sistema de salud, este no es el único ámbito que debe generar respuestas para apuntalar externaciones progresivas en condiciones dignas y sustentables. La salud está estrechamente ligada al goce de otros derechos sociales (vivienda, trabajo, seguridad social, etc.) por lo que las barreras que impiden el disfrute pleno de aquellos derechos cobra relevancia. (Centro de Estudios Legales y Sociales 2015, p. 44).

En este sentido, el estudio da cuenta de las múltiples dificultades para acceder y mantener un trabajo a las que se enfrentan las personas con padecimiento mental: "...solo el 13,03% indicó hacer alguna actividad laboral en el mercado abierto ordinario por fuera de los talleres. De ese porcentaje, la mayoría se encuentra en una situación informal o precarizada..." (Centro de Estudios Legales y Sociales 2015, p. 77).

También señala cómo históricamente el hospital psiquiátrico se ha erigido como la principal respuesta institucional frente a múltiples necesidades humanas como la vivienda, producto de que "las prácticas sociales sobre la locura alentaron históricamente la infantilización de las personas con diagnósticos psiquiátricos" (Centro de Estudios Legales y Sociales 2015, p. 55). Actualmente, si bien en varias provincias se han promovido diversas alternativas y dispositivos habitacionales con el objetivo de viabilizar procesos de externación, el estudio advierte la presencia de hogares en los que se replican las condiciones manicomiales:

En hogares como los de Mendoza, el copioso número de habitantes en cada uno recrea la lógica del "pabellón psiquiátrico". Llegan a convivir hasta 32 personas en casas con 6 habitaciones, sin espacios provistos para la intimidad o la apropiación subjetiva de la residencia. Algunos baños de uso común no poseen puerta, los objetos personales deben ser guardados en lockers, pequeños armarios, cajoneras con llave o ser celosamente cuidados para evitar robos. No poseen acceso a la comunicación telefónica o por otras vías. Este es un ejemplo de cómo los dispositivos que buscan promover un espacio distinto del hospital monovalente, pueden reproducir el modelo manicomial, tanto por las lógicas de funcionamiento como por las

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

disposiciones edilicias. (Centro de Estudios Legales y Sociales 2015, pp. 63-64).

Los hallazgos de este estudio dan cuenta de la necesidad de reparar en los múltiples condicionamientos que constriñen las posibilidades de intervención en el campo de la salud mental y la relevancia de reconocer el impacto de las condiciones de desigualdad en la producción del proceso salud-enfermedad-cuidado, desigualdad que en palabras de Breilh implica “...la injusticia o iniquidad (...) en el acceso, una exclusión producida frente al disfrute, una disparidad de la calidad de vida” (Breilh 2015, p. 217).

2.2. El campo de la salud mental en Argentina

Algunos estudios como el de Mantilla y Alonso (2012) relevan el modo en que las ciencias sociales han tomado como objeto de investigación al hospital, dando lugar a una serie de etnografías que lo abordaron a partir de diferentes interrogantes, entre ellos las incidencias de las lógicas institucionales en las prácticas de los trabajadores y los procesos organizacionales. En cuanto al campo de salud mental en Argentina, los autores destacan como una de las características de los ámbitos hospitalarios la frecuente interacción entre saberes psiquiátricos y psicoanalíticos, cuyas concepciones y prácticas diferenciales han dado lugar tanto a tensiones y conflictos como a negociaciones. En este sentido, el trabajo de Mantilla (2015) profundiza desde una perspectiva antropológica en las prácticas y saberes de psicoanalistas que ejercen en un hospital psiquiátrico de la ciudad de Buenos Aires para mostrar cómo éstos inciden en los procesos diagnósticos y terapéuticos. Valiéndose de una metodología cualitativa, estudia el uso de ciertos términos y las intervenciones que ponen en juego las/os psicoanalistas para dar cuenta tanto de la experiencia del/de la paciente como de los tratamientos que realizan, y sostiene que sus armados discursivos pretenden la construcción de una historia legítima del paciente.

Retomando estudios que enfocan la historia de la psicología en Argentina, Mantilla subraya la fuerte tradición psicoanalítica que impregna no solo los servicios de salud mental de nuestro país –con una importante presencia de psicoanalistas en los hospitales públicos y centros de salud– sino diversos aspectos de la cultura general. Como un acontecimiento trascendente en este devenir la autora señala la conformación del servicio de Psicopatología

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

del hospital Evita de Lanús, que especialmente en la década de 1960 y bajo la dirección de Mauricio Goldenberg constituyó un espacio de ampliación de la atención en salud mental con una fuerte impronta psicoanalítica (Mantilla 2015). Carpintero y Vainer (2005) también retomarán la experiencia del policlínico de Lanús, de la que destacan una serie de características de relevancia: la formación de equipos interdisciplinarios, el desarrollo de estudios epidemiológicos, el trabajo comunitario con poblaciones vulnerables, la inclusión de acciones de promoción y prevención, la creación de un curso de capacitación de promotores de salud, el trabajo con otros servicios hospitalarios, entre otras. Por otra parte señalan cómo en la primera parte de la década de 1970 van a coexistir una mayor diversidad de enfoques teóricos y abordajes ligados a la inclusión de los equipos de salud mental en múltiples dispositivos como hospitales de día, hospitales generales, centros de salud mental y espacios comunitarios. Algunas experiencias incluso ya apuntaban a cuestionamientos y transformaciones del hospital psiquiátrico, como la del Centro Piloto del hospital Estevez o la Peña Carlos Gardel impulsada por Alfredo Moffat en el hospital Borda (Carpintero y Vainer 2005).

Los aportes mencionados colaboran en la construcción de la dimensión histórica del objeto de la presente investigación, ya que muestran tanto la importancia que ha cobrado la perspectiva psicoanalítica en los servicios de salud mental de Argentina y su continua interlocución con otros saberes y disciplinas en el marco de los servicios de salud, como la expansión y ampliación de los dispositivos de intervención en salud mental, todo lo cual ha impreso particulares condiciones a los procesos de trabajo que en éstos se despliegan. No obstante, cabe recordar que el arrasamiento operado por la dictadura cívico-militar iniciada en 1976 diluyó varias de las experiencias y movimientos que se venían gestando en este campo, iniciando un período que incluye 110 trabajadores de salud mental desaparecidos y un gran número de exiliados (Carpintero y Vainer 2005), cuyas repercusiones continúan vigentes.

Si bien excede las posibilidades de este estudio profundizar en los procesos históricos que se produjeron a nivel de la atención y las prácticas de salud mental en Argentina, entre los movimientos que se propusieron la crítica y transformación del hospital psiquiátrico es necesario mencionar como hitos fundamentales la experiencia de cierre del hospital psiquiátrico de Allen en la provincia de Río Negro en el año 1988, como producto de un proceso que, inspirado en la reforma italiana, se inició en la década de 1980. Este movimiento

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

acuñó el término desmanicomialización para designar la transformación de un sistema de salud mental hacia un modelo de atención comunitario (Cohen y Natella 2013). Este proceso dio lugar a que en el año 1991 se sancione la Ley provincial 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen Sufrimiento Mental (Provincia de Río Negro 1991). Otra provincia pionera en la necesidad de revisar y modificar las prácticas de atención en salud mental fue San Luis, que transformó su hospital psiquiátrico en un Hospital Escuela de Salud Mental (Chiarveti 2008). Cabe señalar que ambas experiencias, si bien presentaron características diferenciales, se dieron en provincias cuyos hospitales psiquiátricos contaban con un pequeño número de camas.

En los últimos años, en el contexto de nuestro país se consolidaron grupos que, influidos por las experiencias de reformas psiquiátricas como las de Italia, así como por los antecedentes nacionales de Río Negro y San Luis; y fuertemente comprometidos con la necesidad de transformar las prácticas de atención manicomializadoras, lograron constituirse, al decir de Testa, en actores sociales capaces de colocar esta cuestión como tema de debate en la agenda del estado (Testa 2007). Así se crearon las condiciones para la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en el año 2010 y su posterior reglamentación en el año 2013. Esta ley, a la que la provincia de Buenos Aires adhirió en el año 2014 a través de la Ley Provincial 14580, en su artículo 27 prohíbe la creación de nuevos manicomios e indica la adecuación de los existentes a la normativa, hasta tanto se alcance su sustitución por dispositivos alternativos (Argentina 2010).

2.3. Lógica manicomial

En función del recorrido histórico trazado y de este marco normativo, la selección del hospital de día del H.I.G. Dr. José Penna se funda en que constituye un dispositivo que depende de un servicio de salud mental de un hospital general, por lo cual se presentaría como un servicio pertinente a lo indicado por la Ley Nacional de Salud Mental. Sin embargo, varios autores (Pande y Amarante 2011, Rossi 2009, Figueiró y Dimenstein 2010, Dimenstein 2006) han estudiado cómo la mera existencia de un dispositivo no garantiza el destierro de prácticas y representaciones correspondientes a la lógica manicomial, sino que éstas pueden permanecer en distintas iniciativas y componentes del campo social.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Dimenstein (2006) ha profundizado en las condiciones por las cuales persiste la lógica manicomial en el espacio social, mostrando cómo ésta no constituye un patrimonio exclusivo de los servicios y prácticas de salud mental, sino que trabaja en los procesos de subjetivación a partir de deseos y modos de dominar, clasificar, controlar:

...esta lógica manicomial no se restringe a un campo específico de prácticas. Es decir, la fabricación de esos modos de existencia, capturados en su fuerza de invención, de devenires fascistas que se erigen en nombre de la razón, a la corrección de todo lo que escapa a la normalidad, la vigilancia ininterrumpida para no salirnos del orden, la producción de prácticas y tecnologías de disciplinamiento es algo que impregna el cotidiano, que alimenta los modos por los cuales circulan las personas en los espacios sociales, nuestros actos y formas de pensar.⁵ (Dimenstein 2006, p. 78).

Por lo que la producción de cronicidad se enlaza con estas dificultades aún vigentes para avanzar en la superación de los mecanismos productores de exclusión social de las personas con problemas de salud mental. Tal como apuntan Correa Urquiza *et al.* (2006), uno de los principales desafíos de las reformas en salud mental se vincula a la producción de cronicidad y consiste en la construcción de estrategias:

...para no reproducir en los nuevos espacios asistenciales las inercias del modelo manicomial, como la exclusión, el estigma, la segregación, la vida tutelada y otras formas de confinamiento que operan tanto en el plano ideológico como en las prácticas sociales de los sistemas expertos y populares. (Correa Urquiza *et al.* 2006, p. 48).

Cabe destacar que para los autores estas inercias encuentran sus condiciones de posibilidad en la persistencia de relaciones sociales y “lógicas sociales de exclusión de los sujetos con trastornos mentales severos” (Correa Urquiza *et al.* 2006, p. 50), por lo que deberán incluirse estas condiciones y relaciones como marco de este estudio para no caer en un planteo reduccionista del problema.

⁵ “...essa lógica manicomial não está restrita a um campo específico de práticas. Ou seja, a fabricação desses modos de existência, capturados em sua força de invenção, de devires fascistas que se voltam em nome da razão, à correção de tudo o que escapa à normalidade, à vigilância ininterrupta para não sairmos da ordem, à produção de práticas e tecnologias de disciplinarização é algo que perpassa o cotidiano, que alimenta os modos pelos quais circulam as pessoas nos espaços sociais, nossos atos e formas de pensar.” (Dimenstein 2006, p. 78). Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Por otra parte es necesario reconocer de acuerdo con Torre y Amarante (2001) que las modalidades de abordaje en salud mental son producciones históricas atravesadas por saberes, formas de conocer, instituciones y relaciones sociales, y como tales habrá que contextualizarlas en determinadas condiciones históricas y sociales. En este sentido, los autores plantean cómo la transformación del lugar social del loco es producto de un proceso que requiere la continua deconstrucción del modelo manicomial y su lógica implícita que concibe a la enfermedad mental como error a corregir y al enfermo como tutelado al que es preciso aislar para normalizar (Torre y Amarante 2001).

En sus conferencias en Brasil ya Basaglia (2013) subrayaba cómo las instituciones ante todo sirven para mantener las condiciones del Estado y no para servir al ciudadano, en este sentido tienden a instituir relaciones de poder y dependencia, y no de reciprocidad, por lo que será tarea de los técnicos trabajar para romper con esta tendencia desde prácticas que, en la medida en que construyan reciprocidad, sean capaces de responder a las necesidades de los usuarios (Basaglia 2013).

Inspirados en las propuestas de Basaglia y otros actores del movimiento italiano, Torre y Amarante sostienen que, para los trabajadores de salud mental, el desmontaje de este modelo implicará la puesta en marcha de un dispositivo de desinstitucionalización que supone una serie de operaciones, entre ellas el reconocimiento de la complejidad del objeto, que ya no será la enfermedad sino el particular modo de relación con el mundo o lo que Rotelli denomina “existencia-sufrimiento de los pacientes y su relación con el cuerpo social” (Rotelli, De Leonardis y Mauri 1987, p. 172); la toma de responsabilidad individual y colectiva y la orientación a la invención de salud, desde una relación contractual que sustituya la relación de tutela característica del modelo manicomial (Torre y Amarante 2001).

Varios autores (Campos 2009, Onocko Campos 2008, Merhy 2006, Dimenstein 2006) han propuesto una serie de herramientas, recursos y arreglos institucionales que constituyen importantes aportes para reorientar las prácticas de salud mental, entre los que cabe destacar el apoyo matricial, los servicios residenciales terapéuticos, la supervisión institucional y la educación permanente, en el marco de una clínica ampliada con eje en el acogimiento, la construcción de vínculos y la responsabilización de los equipos de salud. No obstante, contribuciones como las mencionadas no resultarán suficientes en la medida en que no se articulen con otras transformaciones sociales, económicas, culturales y políticas orientadas a

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

garantizar derechos sociales fundamentales como vivienda, educación, trabajo, alimentación, entre otros.

Tal como se desarrollará en el apartado correspondiente al estado del arte, el problema recortado presenta similitudes con diversas investigaciones de Brasil acerca de las representaciones sociales de usuarios y trabajadores de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), creados en este país a partir de su reforma psiquiátrica como parte de los servicios sustitutivos al hospital psiquiátrico. Para contextualizar estos servicios es necesario situar, de acuerdo con Mello y Furegato (2008), que en el año 2001 y como producto del proceso de reforma psiquiátrica que se había iniciado previamente, se aprobó en Brasil la Ley Federal N° 10.216 sobre la protección de las personas portadoras de trastornos mentales, la cual pone énfasis en el respeto a sus derechos y en la necesidad de reorientar el modelo asistencial en salud mental. Como parte de las acciones llevadas a cabo para la implementación de esta Ley, se crearon los CAPS como servicios ambulatorios de atención diaria e inserción en el territorio, que tienden hacia la integración familiar, social y comunitaria de los usuarios (Mello y Furegato 2008). Así, en el año 2002 el Ministerio de Salud de Brasil, a través de la Ordenanza N° 336, establece la constitución de distintos tipos de CAPS de acuerdo a un orden creciente de complejidad y el número de población a cargo: los CAPS I se establecen en localidades de entre 20.000 y 70.000 habitantes; los CAPS II se emplazan en territorios de entre 70.000 y 200.000 habitantes, y los CAPS III en ciudades de más de 200.000 habitantes. Además se distinguen los CAPS I y II, para niños y adolescentes; y CAPS ad II para personas con trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Según la normativa, la totalidad de estos servicios se instituyen como puerta de entrada para la atención de salud mental y deben estar capacitados principalmente para la atención de personas con trastorno mental severo y persistente en el ámbito de su territorio. En la mencionada Ordenanza se enumeran detalladamente las características, horarios, recursos humanos, funciones y actividades de estos servicios (Brasil 2002).

De acuerdo a la normativa referida, Mello y Furegato (2008) señalan que entre las modalidades de abordaje de los CAPS se encuentran: actividades grupales, espacios individuales, talleres terapéuticos, visitas domiciliarias, apoyo familiar y actividades comunitarias (Mello y Furegato 2008). Siguiendo a Leão y Barros (2008), los objetivos de los CAPS de Brasil consisten en brindar cuidados clínicos y fomentar la inserción social

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

promoviendo el acceso a posibilidades laborales y a derechos, así como en incrementar y fortalecer las redes sociales en el ámbito de vida del usuario (Leño y Barros 2011). Conforme lo anterior, cabe resaltar que los CAPS cuentan con características propias que los distinguen del servicio seleccionado para llevar a cabo esta investigación, el que se describirá más adelante.

2.4 Ley Nacional de Salud Mental N° 26657

Se toma como marco normativo de esta investigación la Ley Nacional de Salud Mental⁶, sancionada en el año 2010 y reglamentada en 2013, que vela por la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental y problemáticas de adicciones.

En su capítulo correspondiente a la modalidad de abordaje promueve que la atención, basada en los principios de la atención primaria de la salud, esté a cargo de equipos interdisciplinarios y “se oriente al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales” (Argentina 2010) En su artículo 11 profundiza en la importancia de la intersectorialidad al establecer la necesidad de que las áreas de salud, educación, desarrollo social, trabajo y otras que sean necesarias, trabajen coordinadamente en:

... acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas. (Argentina 2010).

Con respecto a la internación, la Ley le dedica un extenso capítulo en el que sostiene que es un recurso terapéutico que debe estar fundado en criterios interdisciplinarios y efectuarse en hospitales generales. Para esta normativa, la internación solo se implementará cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que otras intervenciones en el medio familiar,

⁶ Ley Nacional 26.657: Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley N° 22.914. Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010. Decreto Reglamentario 603/2013: Apruébase reglamentación Ley N° 26.657.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

comunitario o social. Asimismo establece la importante distinción entre internaciones voluntarias e involuntarias y enumera la serie de requisitos que deben cumplimentar ambos tipos de internaciones (Argentina 2010).

En concordancia con su indicación de cierre de las instituciones de internación monovalentes y prohibición de apertura de nuevas instituciones de este tipo; en su Artículo 11, incluido en el capítulo correspondiente a la modalidad de abordaje, promueve el desarrollo de dispositivos que funcionen “bajo la forma de una red de servicios con base en la comunidad” (Argentina 2010), red que debe contar con:

... servicios, dispositivos y prestaciones tales como: centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que favorezca la inclusión social. (Argentina 2010).

En la reglamentación de este artículo se pone énfasis en promover la coordinación intersectorial del sector salud “con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan” (Argentina 2010) para llevar a cabo estrategias “de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria” (Argentina 2010). Además de reiterar los dispositivos arriba enumerados, amplía el espectro al añadir que se deben promover:

... servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas. (Argentina 2010).

Este abanico de posibilidades se adecuará a las particularidades locales, por lo que se propone una selección y apertura de dispositivos según las necesidades de atención de cada población. También la ley prevé que las características y composición de los equipos de salud varíen según estas necesidades locales. De la letra de la normativa se desprende el hospital de

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

día como uno de los servicios considerados adecuados para la atención de las personas con padecimiento mental, lo que da cuenta de su relevancia para contribuir a una efectiva y plena implementación de la mencionada ley.

2.5 La producción de cuidado en el hospital de día del Hospital Interzonal General Dr. José Penna

Los apartados anteriores contextualizan, enmarcan y fundamentan teóricamente la necesidad y pertinencia de estudiar las representaciones y prácticas de las/os trabajadoras/es acerca de la producción de cuidado en el hospital de día de salud mental del H.I.G. Dr. José Penna de la ciudad de Bahía Blanca. Esta producción de cuidado, entendida desde un enfoque relacional, es realizada en acto a partir del despliegue de las acciones y decisiones en el cotidiano inherentes a la micropolítica de los procesos de trabajo en salud (Franco y Merhy 2009).

El mencionado hospital de día es un servicio ambulatorio enmarcado en el servicio de Salud Mental del hospital al que concurren habitualmente personas que cuentan con tratamiento psiquiátrico y/o psicológico en el servicio de Salud Mental y cuyos diagnósticos, tal como se desarrollará posteriormente, en su mayoría pueden incluirse en lo que se ha denominado como trastornos mentales severos.

Estudiar la producción de cuidado en este dispositivo resulta necesario y estratégico dado que constituye un espacio intermediario que puede operar como nexo entre el momento de la internación y el de la e|xternación, al contribuir en el abordaje del padecimiento subjetivo, fortalecer el trabajo con los vínculos familiares y comunitarios, y propiciar articulaciones intersectoriales. Esta ubicación que lo sitúa en un lugar privilegiado justifica analizar su lógica a la luz de sus contribuciones para la aplicabilidad de la ley de salud mental. En este sentido se considera relevante indagar las representaciones y prácticas que articulan los momentos mencionados, focalizando el trabajo cotidiano del hospital de día tanto con los distintos dispositivos del servicio de Salud Mental hospitalario (entre ellos sala de internación, consultorios externos o guardia) como con las dimensiones socio-familiar y comunitaria, incluyendo sus articulaciones con otros servicios y sectores. Cabe recordar que en el marco de la mencionada ley se jerarquizan aquellas intervenciones que posibilitan una

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

inclusión social, lo que supone implementar un conjunto de múltiples estrategias y recursos que según las situaciones incluirán los planos vincular, habitacional, educativo, laboral, comunitario, etc.

La distancia entre las situaciones descritas por los estudios ya mencionados y las condiciones que requiere la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental da cuenta de la complejidad de los obstáculos que aún persisten para configurar alternativas a la institucionalización para las personas con problemas de salud mental. Obstáculos ligados a déficits en la garantía de derecho a vivienda, trabajo, educación, seguridad social, en tanto dimensiones que condicionan fuertemente las prácticas en los servicios de salud. Por lo que en la presente investigación fue preciso reparar en los efectos del contexto actual caracterizado por la insuficiencia de políticas, medios y apoyos para un efectivo acceso a derechos en este grupo poblacional. La superación de tales obstáculos demanda contar con decisiones políticas y acciones intersectoriales para responder a las múltiples necesidades de estas personas. Al respecto Dimenstein (2013) subraya cuál ha sido la política de salud mental de países como Italia o España y en las cuales se ha inspirado Brasil:

A partir de un principio de coordinación, colaboración y complementariedad entre los dispositivos y recursos sanitarios y sociales, esta política tiene como propósito el desarrollo de servicios que atiendan a las amplias necesidades y problemáticas sociales de la población portadora de trastornos mentales, especialmente lo que respecta a la rehabilitación psicosocial, al apoyo a la integración laboral, a la atención residencial y al soporte a las familias. Con ello se busca evitar procesos de deterioro de las capacidades y del funcionamiento social de las personas con trastornos mentales, provocados por las situaciones de abandono y exclusión, así como fomentar posibilidades de autonomía y participación en la vida comunitaria. (Dimenstein 2013, p. 53).

Tal será la orientación que también propone la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina, pero que aún está muy lejos de ser la predominante en el contexto actual. En este sentido en la presente investigación ha sido oportuno indagar, desde la perspectiva del equipo de salud, cuáles son las necesidades predominantes y el grado de acceso a derechos sociales como vivienda, trabajo, educación, alimentación, de las y los usuarios que concurren al hospital de día del servicio de Salud Mental del H.I.G. Dr. José Penna. La exploración de

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

estas dimensiones ha colaborado en la delimitación de las condiciones, posibilidades y limitaciones de las prácticas de producción de cuidado que se despliegan en el hospital de día.

2.6 Pregunta

¿Cómo inciden las representaciones y prácticas de las y los trabajadores en la producción de cuidado en el hospital de día del H.I.G. Dr. José Penna de Bahía Blanca?

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

3. Hipótesis

Si bien la producción de cuidado en el hospital de día del servicio de Salud Mental del H.I.G Dr. José Penna de Bahía Blanca puede relacionarse con múltiples dimensiones: subjetivas, psicopatológicas, socioculturales, familiares, económicas y políticas, en la presente investigación se considera su relación con las representaciones y prácticas de las y los trabajadores de dicho hospital de día. En función de lo planteado en el estado del arte y el marco conceptual de referencia se hipotetiza que esta producción de cuidado se sostiene en una tensión paradójica a nivel micropolítico dado que al tiempo que se vehiculizan ciertas representaciones y prácticas productoras de acogimiento y ampliación de las redes de conexiones existenciales de las y los usuarios, de vínculos que favorecen movimientos liberadores, éstas coexisten con dificultades para sostener articulaciones intersectoriales y comunitarias que favorezcan la integralidad del cuidado, la ampliación de la autonomía de las y los usuarios y su circulación por diversos espacios del tejido social.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

4. Justificación

4.1 Justificación social

En nuestro país la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 constituye un hito en la medida en que apunta a modificar profundamente el modo de abordaje de las personas con padecimiento mental a partir de un enfoque de derechos. Se trata de un marco legal que impulsa el fortalecimiento de múltiples dispositivos de atención, entre los que se encuentran los hospitales de día. Desde su sanción, su implementación ha sido (y continúa siendo) objeto de fuertes luchas entre actores sociales con posiciones diversas (Ardila-Gómez *et al.* 2016), que manifiestan las permanentes tensiones, disputas políticas y resistencias al cambio que coexisten en este campo. En esta puja, tal como señalan Ardila-Gómez *et al.*, “el escaso conocimiento sistemático sobre los servicios comunitarios se torna un elemento en la disputa de poder” (Ardila-Gómez *et al.* 2016, p. 267).

En el contexto arriba descrito, el estudio de las representaciones y prácticas de las y los trabajadores de un hospital de día que se propone favorecer la inclusión social de personas que presentan diagnósticos de trastornos mentales severos, puede visibilizar sus perspectivas y sus vínculos con lo que propone la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Se trata de una elección estratégica en tanto a partir del modo en que operen servicios como el seleccionado podrán realizarse aproximaciones sobre el grado de aplicabilidad de la ley. En este sentido, se considera que investigar la producción de cuidado en el hospital de día del H.I.G. Dr. José Penna de Bahía Blanca puede contribuir como aporte para el diseño y la implementación de políticas y prácticas de salud mental acordes con dicha normativa.

4.2 Justificación académica

Tal como ha sido señalado por investigadores y organismos nacionales e internacionales (Ardila-Gómez *et al.* 2016, Dirección Nacional de Salud Mental 2013, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud 2013), en el actual contexto histórico-social se torna cada vez más necesaria la producción de conocimiento científico en el plano de los servicios de salud mental como insumo que aporte

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

para la fundamentación, sostenimiento y evaluación de las intervenciones en este campo. Constituye una de las razones de esta investigación colaborar en esta tarea fundamental. En este sentido, aspira a producir conocimiento tomando las perspectivas de las representaciones y prácticas de las y los trabajadores que operan en el servicio de salud seleccionado, en su articulación con un marco conceptual que incluye la mencionada normativa, así como ciertas categorías de Deleuze y Guattari que no han sido del todo exploradas en investigaciones del campo de la salud mental de nuestro país. En función de lo anterior es que se considera relevante estudiar también la relación entre las representaciones, las prácticas y los modos de producción de subjetividad en una institución de salud como el hospital de día del H.I.G. Dr. José Penna de Bahía Blanca. Asimismo se propone dialogar con aquellas investigaciones que, principalmente en el contexto de Brasil, han tomado las perspectivas de los trabajadores y usuarios de servicios de salud mental, por lo cual se vinculan con este tema.

4.3 Justificación personal

A nivel personal, elijo investigar las representaciones y prácticas de los trabajadores acerca de la producción de cuidado en el hospital de día porque en este servicio he desarrollado parte de mi práctica como residente de psicología, durante la cual me han surgido interrogantes acerca de los factores que condicionan la escasez de altas de los usuarios en este dispositivo. La posterior rotación por los servicios de salud mental de Trieste, Italia, también contribuyó a dar forma y fundamentación a estos interrogantes, en la medida en que aportó otros elementos para pensar los procesos de transformación de las prácticas en salud mental. Además de las razones expuestas, consideré viable la posibilidad de acceder a esta institución para desarrollar mi trabajo de investigación.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

5. Estado del arte y marco conceptual de referencia

En cuanto a los antecedentes encontrados acerca del tema de la presente investigación, se hallaron predominantemente investigaciones cualitativas, entre las que se seleccionaron aquellas que estudian las percepciones, representaciones y prácticas de distintos actores de los servicios de salud mental, en particular de los usuarios y trabajadores, debido a que presentan puntos de encuentro con las preguntas acerca de la producción de cuidado en el hospital de día del H.I.G. Dr. José Penna de Bahía Blanca.

Si bien en el campo del psicoanálisis muchos autores han investigado y publicado diversos artículos acerca del dispositivo de hospital de día, su lógica de funcionamiento y sus efectos terapéuticos, a los fines del objeto de estudio de la presente investigación se decidió no incluir estos desarrollos en el estado del arte.

Resulta importante como marco contextual reconocer lo que señalan estudios como el de Poirel *et al.* (2013), que advierten sobre la posición dominante en el campo de la salud mental, cuyo énfasis en la eficiencia, asociada a una lectura biomédica que apunta a la mera reducción de los síntomas, incide en un modo de abordaje del padecimiento mental reduccionista, estandarizado y en muchos casos meramente readaptativo. Esta posición condicionaría la dificultad para ponderar las contribuciones de servicios como los hospitales de día, dado que se trata de prácticas menos reconocidas que aquellas dominantes en el campo, lo que las ubicaría en una posición marginal (Poirel *et al.* 2013).

Del conjunto de las investigaciones encontradas, un importante número fueron realizadas en el contexto de Brasil, dentro de las cuales se consideran las que se han abocado a estudiar las representaciones sociales y prácticas de los usuarios y trabajadores de los CAPS, creados en este país como servicios sustitutivos al hospital psiquiátrico. En este sentido, se seleccionaron algunos de los variados estudios acerca de estos servicios que se han desarrollado desde su creación hasta los últimos años y se analizaron teniendo en cuenta sus diseños metodológicos, dimensiones analizadas y principales resultados. Se hizo hincapié en los estudios sobre representaciones y prácticas de los servicios de salud mental. Entre éstos, se consideró su metodología, qué resultados obtuvieron en las dimensiones de las representaciones y prácticas y de los efectos de los servicios de salud mental en la vida de las y los usuarios. Por último, se destacaron aquellos estudios que señalaron dimensiones

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

vinculadas a la institucionalización y cronificación de los usuarios, en la medida en que forma parte del problema de la presente investigación.

6.1 Estudios sobre representaciones y prácticas en los servicios de salud mental

6.1.1 Aspectos metodológicos

Si bien el objeto de estudio de la presente investigación se centra en las representaciones y prácticas de los trabajadores, éstas se encuentran ineludiblemente relacionadas con las de los usuarios y familiares, por lo que en este apartado se mencionarán algunas investigaciones de Brasil que han tomado como objeto las representaciones, percepciones y concepciones de usuarios, familiares y trabajadores, acerca de ciertos servicios de salud mental.

Este conjunto de investigaciones seleccionadas ha utilizado metodologías cualitativas para la aproximación a sus objetos de estudio, con la inclusión de diversas técnicas como entrevistas, grupos de discusión y observación participante de las prácticas, entre otras. Si bien adoptan distintos marcos conceptuales de referencia, su propósito ha sido la indagación de ciertas dimensiones de las representaciones y prácticas de los distintos actores sociales implicados en estos servicios.

Entre los estudios que incluyen las representaciones tanto de usuarios, como de familiares y profesionales acerca de un CAPS, se encuentran los de Mello y Furegato (2008), Figueiró y Dimenstein (2010) y Costa y Paulon (2012). Estas investigaciones indagaron el papel de los CAPS en aspectos como el empoderamiento (Figueiró y Dimenstein 2010) y el ejercicio de protagonismo y participación social (Costa y Paulon 2012) de las/os usuarios.

Tanto Figueiró y Dimenstein (2010) como Costa y Paulon (2012) utilizaron en su metodología la cartografía, y entre sus instrumentos incluyeron entrevistas y observación. Figueiró y Dimenstein (2010) también realizaron grupos de discusión entre los trabajadores; participaron en reuniones de equipo, en asambleas con usuarios, técnicos y familiares; en talleres y acompañamiento a paseos y eventos. Por su parte, Costa y Paulon además se incluyeron en la asociación de usuarios, familiares y militantes de salud mental y en la Asamblea de Usuarios (Costa y Paulon 2012).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Un estudio que tiene muchos puntos de encuentro con la presente investigación es la investigación cualitativa exploratoria desarrollada por Pande y Amarante (2011), quienes se propusieron comprender la producción de nueva cronicidad en un CAPS de Rio de Janeiro por medio de un estudio de caso. A partir del empleo de la observación participante en reuniones de equipo y asambleas; y de entrevistas semiestructuradas con trabajadores, usuarios y familiares; encontraron perspectivas que se asocian a la idea de nueva cronicidad, lo que permitió analizar tanto el funcionamiento del servicio estudiado, como sus avances y desafíos (Pande y Amarante 2011). Si bien se trata de un estudio de caso que enfocó solo uno de los CAPS II de la mencionada ciudad, los autores aspiraron a generar conocimientos que también puedan iluminar otros contextos con problemáticas similares, lo que supone constituirlo como un caso particular de lo posible a partir del cual se podrán repensar las prácticas en otros escenarios, como el del hospital de día H.I.G. Dr. José Penna de Bahía Blanca.

El criterio utilizado por Pande y Amarante para elegir el servicio fue el hecho de que se trata de uno de los primeros servicios de salud mental innovadores creados en Rio de Janeiro, que ha servido como modelo a otros que se instituyeron posteriormente. Los autores indagaron las características del modo de atención del CAPS como servicio sustitutivo al hospital psiquiátrico, las perspectivas de los trabajadores acerca de la cronicidad; los vínculos entre los trabajadores, usuarios y familiares; la trayectoria de los usuarios y los posibles cambios en sus vidas a partir de su vínculo con el CAPS, relevando datos sobre sus actividades diarias, antecedentes de internaciones por salud mental y sus relaciones con otros servicios (Pande y Amarante 2011).

También se seleccionaron cuatro estudios cualitativos que solo toman la perspectiva de los usuarios: Surjus y Onocko Campos (2011), Nasi y Schneider (2011), Ferreira y Pereira (2012) y Lappann Botti y Labate (2011). Surjus y Onocko Campos (2011) realizaron una investigación evaluativa de los CAPS de Campinas desde la mirada de los usuarios, en la que indagaron de qué modo estos servicios brindan respuestas a su sufrimiento psíquico y producen efectos en sus trayectorias vitales. A partir de una perspectiva hermenéutica y utilizando la técnica de grupos focales, estudiaron si los CAPS produjeron cambios en los modos de vivenciar y significar las experiencias de los usuarios (Surjus y Onocko Campos 2011). Nasi y Schneider (2011) se preguntaron sobre los efectos del CAPS en el cotidiano de

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

los usuarios y se propusieron comprender en qué medida colabora para que éstos se relacionen fuera del espacio institucional, o si por el contrario favorece procesos de aislamiento social al interior del CAPS. Ferreira y Pereira (2012) analizaron cómo perciben al servicio pacientes egresados de un hospital de día de salud mental, procurando detectar los cambios que supuso su paso por este y si luego del egreso continúan con su tratamiento. Por su parte, Lappann Botti y Labate (2011) indagaron las funciones, objetivos y propuestas de los talleres en los servicios de salud mental desde la perspectiva de los usuarios. De lo anterior se desprende la presencia de estudios que, si bien abordan diferentes aspectos, han procurado aproximarse a cómo perciben los usuarios los efectos de los servicios de salud mental, los que serán retomados en un apartado posterior.

En cuanto a las investigaciones que solo recortan la perspectiva de los trabajadores de los servicios de salud mental se mencionan en principio dos trabajos desarrollados en municipios del Estado de São Paulo: el de Pereira (2007), quien ha investigado las representaciones sobre la rehabilitación psicosocial de los profesionales de salud mental de servicios abiertos y las dificultades para lograr una atención eficaz; y el de Leão y Barros (2011), quienes tomaron como objeto de estudio las concepciones sobre las prácticas de inclusión social y los conceptos de rehabilitación psicosocial y desinstitucionalización italiana, tomados como fundamentos de dichas prácticas. Un tercer trabajo es la investigación de Paulon *et al.* (2011), realizada en Rio Grande do Sul, que aborda las prácticas de los profesionales psicólogos y psiquiatras de los CAPS para determinar en qué medida potencian el proceso de reforma psiquiátrica de Brasil. A nivel metodológico se trata de una investigación-intervención que apuntó a desnaturalizar los modos de funcionamiento heredados del modelo de internación hospitalocéntrico. El estudio de Carvalho Alves, Dourado y Côrtes (2013) también tomará la perspectiva de los trabajadores enfocando los aspectos organizacionales de los CAPS. A partir de entrevistas semiestructuradas a profesionales, su investigación cualitativa exploratoria se centra en el análisis de cuatro categorías: conocimiento de las políticas de salud mental; condiciones de trabajo; identificación con el área de Salud Mental y reconocimiento profesional.

Hasta aquí se han relevado una serie de estudios sobre representaciones y prácticas que se han enfocado tanto a las perspectivas de los usuarios como de los trabajadores y, en menor medida, de los familiares de las personas con padecimiento mental. Se trata de estudios

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

cualitativos que buscan conocer: en los usuarios, dimensiones como la participación y los efectos de los servicios en sus vidas; y en los trabajadores, las concepciones que guían sus prácticas. Para sus fines se han valido de diversas técnicas en su inserción en el campo, en tanto susceptibles de captar los aspectos concernientes a su objeto de investigación, si bien se observó un predominio de la observación y la entrevista como herramientas fundamentales.

6.1.2 Representaciones y prácticas en los servicios de salud mental

En cuanto a los hallazgos de las investigaciones mencionadas, el estudio de Figueiró y Dimenstein (2010) arroja importantes resultados acerca de la dinámica de los CAPS estudiados, que las autoras agrupan en dos dimensiones. Una es la heterogestión de la planificación de las actividades y de su modo de funcionamiento, que anula la posibilidad de intervención y gestión por parte de los usuarios. Implica una desarticulación entre los usuarios y los CAPS, estos últimos caracterizados por una estructura rígida y estática, definida por los técnicos, quienes concentran el poder y mantienen una relación tutelar de la locura. Esta modalidad percibe al usuario como infantilizado, lo que dificulta su autonomía y su empoderamiento. En este sentido, los investigadores encuentran una invalidación del saber y del discurso de los usuarios; no en el plano de las leyes, políticas e instituciones, pero sí a nivel micropolítico, manifiesto en discursos, perspectivas y brechas en el cotidiano de los CAPS, donde pequeños acontecimientos dan cuenta de un conflicto de fuerzas, como el caso de los talleres y asambleas que funcionan solo desde las propuestas de los técnicos, desconectados de los intereses de los usuarios. La segunda dimensión corresponde a la concepción terapéutico-clínica que guía a los profesionales, caracterizada por los autores como tutelar y de control. Se trata de una clínica que apunta al mantenimiento de lo instituido y a acallar cualquier movimiento instituyente. Se mantiene una visión limitada de la salud, desvinculada del contexto social, político, económico y cultural; lo que lleva a centrar la acción terapéutica solo en el sujeto individual y sus síntomas. Los autores contraponen esta visión a la necesidad de que la clínica salga de los espacios instituidos y apueste a producir movimientos en la sociedad. En este sentido proponen, siguiendo a Rolnik (1997, en Figueiró y Dimenstein 2010), una clínica nómada que piense en la construcción de nuevos modos de

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

subjetivación a partir de una práctica capaz de componer nuevas redes y territorios que actualicen líneas de deseo productoras de salud (Figueiró y Dimenstein 2010).

El trabajo de Costa y Paulon (2012) recorta el problema de qué formas o mecanismos de participación en salud mental potencian el protagonismo de los usuarios, problema ligado al riesgo de institucionalizaciones cronificadoras por parte de los servicios sustitutivos al hospital psiquiátrico. En este sentido, los autores destacan en el plano macropolítico la Ley 10.216 que direcciona el modelo de atención en salud mental hacia este tipo de servicios, no obstante reconocen el riesgo de reproducir también en ellos la institución manicomial. Los autores toman de Deleuze y Guattari los conceptos de macro y micropolítica para dar cuenta de un juego de fuerzas productoras que componen un mismo proceso de subjetivación, donde el proceso molecular, ligado a los flujos de intensidades, puede nacer incluso en lo macro; y lo molar, productor de estratificaciones, también se puede instalar en lo micro, lo que muestra que una producción molar de subjetividad ha de requerir cierta anuencia desde los procesos moleculares (Guattari y Rolnik 2013, Costa y Paulon 2012).

En su investigación Costa y Paulon problematizan las formas y fuerzas en juego para que los usuarios sean protagonistas. Señalan que el problema del protagonismo de los usuarios constituye un instrumento conceptual y metodológico fundamental para enfrentar los riesgos de las cristalizaciones institucionales, cristalizaciones que deben ser superadas para la efectiva participación de los usuarios en el sistema de salud. En este sentido resaltan la importancia de construir territorios donde los usuarios puedan participar y debatir. Los investigadores hallaron espacios colectivos favorables al protagonismo de los usuarios, en la medida en que mantienen vínculos afectivos estables y dan lugar a un territorio subjetivo a partir del cual delinear las propias trayectorias de vida (Costa y Paulon 2012).

Pereira (2007) se centra en las ideas de rehabilitación psicosocial desde las perspectivas de los trabajadores, quienes la asocian a la idea de autonomía, entendida como condición que posibilita la producción de las propias normas y el desenvolvimiento cotidiano. Además la vinculan con la posibilidad de intercambios, socialización, ciudadanía y compromiso. También es concebida por los trabajadores como un proceso complejo, con múltiples variables, contradicciones, dificultades e incertidumbres que obligan a continuas reformulaciones desde los equipos (Pereira 2007). La autora sugiere la necesidad de evaluación de estos servicios por parte de los usuarios, que en los CAPS de Campinas se ha

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

plasmado en el estudio de Surjus y Onocko Campos (2011), al tomar la perspectiva de los usuarios en la evaluación de los servicios. Por su parte, Leão y Barros también indagaron la noción de rehabilitación psicosocial y su asociación con el ejercicio de ciudadanía y la inserción laboral (Leão y Barros 2011).

Paulon *et al.* (2011) hallaron en las prácticas clínicas en salud mental las siguientes características: escucha a la singularidad del usuario, acogimiento colectivo, corresponsabilización en el tratamiento, intervenciones terapéuticas en grupo, diversificación del campo de actuación y prácticas intersectoriales, entre otras. En su estudio los autores observan que varios equipos no se dan espacios en sus reuniones para analizar sus procesos de trabajo y sus resultados, no obstante atisban un movimiento instituyente de una clínica más amplia e interdisciplinaria (Paulon *et al.* 2011).

Por su parte, Carvalho Alves, Dourado y Côrtes (2013) encuentran en su investigación que los profesionales manifiestan satisfacción y compromiso con su trabajo, pero se ven limitados por la falta de soporte y reciprocidad organizacional (Carvalho Alves, Dourado y Côrtes 2013).

También se relevaron investigaciones en el contexto de Argentina que indagan las características y respuestas de los servicios de salud a las problemáticas de salud mental. Se rastrearon publicaciones previas a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental como la de Gerlero *et al.* (2010), que constituye una investigación evaluativa multicéntrica de políticas, planes y servicios en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Río Negro, San Juan y Santa Fe, seleccionadas por ser jurisdicciones con legislación provincial de salud mental. El estudio, que profundiza en las dificultades para efectuar prácticas basadas en “la integralidad, continuidad y calidad en el cuidado de la salud mental” (Gerlero *et al.* 2010, p. 25), articuló instrumentos cualitativos y cuantitativos, entre ellos entrevistas a informantes clave y relevamiento de diferentes fuentes secundarias, lo que facilitó “atender y percibir dinámicas, estructuras, acciones de los sujetos, indicadores y relaciones entre lo micro y lo macro de los diferentes contextos evaluados” (Gerlero *et al.* 2010, p. 25).

Cabe destacar que los autores plantean la situación de abandono y vulneración de derechos de las personas con internaciones prolongadas en instituciones monovalentes y señalan “la débil existencia de redes y estrategias de soporte social para propender a la máxima autonomía e independencia posible de las personas con problemas mentales”

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

(Gerlero *et al.* 2010, p. 25). Este problema se inscribe en un terreno de: "...fuertes inequidades en su cuidado y protección entre los distintos grupos sociales y en las dificultades de acceso y obtención de prestaciones continuadas, en función de la carencia de servicios específicos de atención primaria y modelos descentralizados de atención" (Gerlero *et al.* 2010, p. 25).

Dificultades como las señaladas han dado lugar a la producción de una serie de estudios que han explorado la accesibilidad a la atención en salud de las personas con padecimiento mental, como el de Yanco *et al.* (2012), Garbus (2010) y Faraone *et al.* (2012).

Yanco *et al.* (2012) a partir de un estudio multicéntrico estudian, desde la perspectiva de los trabajadores, la accesibilidad y las modalidades de cuidado de personas con problemas de salud mental en centros de salud de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Paraná y Rosario. La elección de dichos servicios se fundó en la relevancia de su inserción territorial para el abordaje comunitario e integral de las necesidades de salud de la población a cargo, de acuerdo a lo planteado por la estrategia de atención primaria de la salud y la Ley Nacional de Salud Mental. Sus instrumentos incluyeron entrevistas individuales y grupales con trabajadores y gestores de centros de salud que abordan situaciones de salud mental, además de un cuestionario confeccionado ad hoc por las/os investigadoras/es.

Una de las dimensiones de análisis de la accesibilidad recortadas por los autores está constituida por la continuidad e integralidad de cuidados, que supone la articulación de disciplinas, acciones y servicios, tanto en el plano individual como en el colectivo, con el fin de dar respuesta a la complejidad de las necesidades de las personas con problemas de salud mental. Más allá de las diferencias entre las diversas ciudades incluidas en el estudio, en la indagación de estos aspectos encuentran que:

...el predominio de prácticas asistenciales y orientadas sobre prestaciones individuales así como la centralidad de la institución sanitaria para los cuidados de salud mental, conforman un obstáculo fuerte en el desarrollo de actividades colectivas, y denotan algún grado de postergación de las acciones destinadas a actuar sobre aquellos condicionantes y determinantes de los padecimientos subjetivos. (...)

...la propuesta de brindar cuidados de carácter integral encuentra algunos obstáculos en su realización. Esa fragilidad no deviene tanto de la posibilidad de contacto de los usuarios con los servicios, sino del tránsito que éstos desenvuelven entre las diferentes organizaciones de la red, así como de los déficits de mecanismos de cooperación y coordinación en los niveles de gestión de los servicios de salud. (Yanco *et al.* 2012, p. 37).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Estos hallazgos encuentran similitudes con la investigación de Tosi *et al.* (2015) sobre los avances en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en el contexto de los hospitales generales del Gran Rosario. A través de entrevistas a trabajadores, los autores relevan que las relaciones con los otros niveles de atención y sectores son aleatorias y dependientes principalmente de vínculos personales, sin claros lineamientos institucionales, dando cuenta de importantes brechas entre los recursos, políticas y prácticas vigentes, y los que se necesitan para la efectiva implementación de la ley.

Algunos de los obstáculos detectados por las investigaciones argentinas también han sido destacados por estudios de Brasil como el de Dimenstein (2013), quien subraya limitaciones en las concepciones y conformaciones de las redes asistenciales, en la responsabilización conjunta y en la ampliación de las acciones más allá de los servicios de salud (Dimenstein 2013). Cabe señalar que ya Basaglia en sus conferencias en Brasil en 1979 alentaba a los equipos de salud mental a involucrarse en el tejido social “para crear los presupuestos de un consenso que lleve no tanto a una mayor tolerancia, sino a una toma de responsabilidades, un hacerse cargo por parte de la comunidad de los problemas que les pertenecen” (Basaglia 2013, p. 33), tarea que más allá de conllevar múltiples dificultades y desafíos, resulta ineludible a la hora de sostener aquel “optimismo de la práctica” (Basaglia 2013, p. 38) que apela entre sus estrategias al compromiso de la comunidad en la inclusión de las personas con padecimiento mental.

Retomando las producciones del contexto argentino, Garbus (2010) también se propone indagar la dimensión de la accesibilidad a los servicios de salud, en especial la de personas externadas de instituciones de salud mental. La autora, valiéndose de los conceptos de campo y habitus acuñados por Bourdieu y su enfoque relacional, entiende a la accesibilidad como una relación entre los servicios y los sujetos que se produce a partir de la posibilidad del encuentro. Este enfoque obliga a distinguir entre tres niveles en el análisis:

...un nivel económico, político y normativo gubernamental (Macrocontextual), un nivel Institucional en las formas y prácticas de la prestación de servicios (Metaprocesos) y un nivel singular en las representaciones y prácticas de los diversos actores que está vinculado a la dimensión subjetiva (Microprocesos) (Stolkiner, 1994). (Garbus 2010, p. 311).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

En función de lo anterior, la autora señala como un aspecto inherente a su objeto la dimensión de las políticas de acceso a la atención en salud, en la medida en que condicionan las prácticas de los servicios y las modalidades de accesibilidad posibles. Al analizar la articulación de estas políticas con el proceso de reforma de la atención en salud mental Garbus advierte que muchas de las políticas y prácticas enmarcadas en transformaciones del modo de abordaje de los llamados padecimientos mentales “replican y sostienen procesos estigmatizantes en torno a la locura” (Garbus 2010, p. 313).

La autora se detiene en la complejidad de la tensión “tutela-desamparo” (Garbus 2010, p. 313) para mostrar la vigencia de prácticas sostenidas en una lógica de victimización de la locura, incluso en los procesos de reforma en salud mental, y cómo el retiro de la tutela de Estado puede implicar desamparo, lo que recrudece la vulneración de derechos en vez del ejercicio de ciudadanía. Algunas manifestaciones de esta tensión también han sido recientemente señaladas por el Centro de Estudios Legales y Sociales (2015):

Muchas veces los intentos frustrados de articulación con instituciones de la comunidad refuerzan la idea de que ante el posible abandono o desprotección por la falta de respuesta de otros efectores, es preferible mantener la vinculación con el hospital como ente proveedor de asistencia. (Centro de Estudios Legales y Sociales 2015, p. 54).

En cuanto a los procesos de estigmatización, Garbus destaca su carácter de proceso social que colabora en el mantenimiento de situaciones de exclusión en la medida en que “hace que las desigualdades sociales y la exclusión se vean como naturales” (Garbus 2010, p. 313).

Otra investigación que también recorta la problemática de la accesibilidad es la de Faraone *et al.* (2012), quienes realizaron un estudio en las provincias de Santa Fe (ciudades de Rosario y Santa Fe) y Tierra del Fuego (ciudades de Ushuaia y Río Grande), en el que se valieron de entrevistas individuales y grupales a informantes clave—tanto autoridades políticas como trabajadores de salud mental— para indagar la accesibilidad al sistema de salud, las relaciones con hospitales monovalentes en el caso de Santa Fe, hospitales generales y efectores de la red de atención primaria de la salud. Entre sus resultados, las autoras hallan que los actores relacionan el acceso con “la construcción de movimientos instituyentes y contrahegemónicos de elaboración de ciudadanía y de derechos, lo que implica una

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

reconfiguración de las relaciones de poder” (Faraone *et al.* 2012, p. 30). Por otra parte, sus hallazgos dan cuenta de la presencia de concepciones de las problemáticas de salud mental caracterizadas por la complejidad e imbricación “de factores (emocionales, socioeconómicos, educativos y geográficos) que trascienden el ámbito sanitario” (Faraone *et al.* 2012, p. 30). No obstante:

... el discurso de las autoridades políticas incorporó la idea de acceso a la vivienda, la educación, los bienes culturales, la diversión y la recreación, a la integración dentro de una comunidad y al establecimiento de redes de relación, como así también en el análisis de las entrevistas a las autoridades políticas surge la necesidad –y dificultad– de que el sector salud se apropie de esta perspectiva. Según lo referido por los entrevistados aún hay obstáculos para la puesta en marcha de una red de interacción mancomunada de los sectores, en tanto los mismos continúan desarrollando sus prácticas de manera compartimentalizada. (Faraone *et al.* 2012, p. 30).

Otro eje abordado en la investigación de Faraone *et al.* (2012) corresponde a la internación de personas con problemáticas de salud mental en los hospitales generales y a la conformación de equipos entre trabajadores de salud mental y otros trabajadores de salud del hospital. Los principales hallazgos pueden dividirse en prácticas y modos de funcionamiento hegemónicos, que incluyen derivaciones a hospitales monovalentes; y prácticas más abiertas e interdisciplinarias, con inclusión de dispositivos como hospitales de día que contribuyen a la disminución de las reinternaciones.

En cuanto a lo indagado con trabajadores de atención primaria, se señalan experiencias territoriales para poblaciones vulnerables y dispositivos para la atención en crisis en Tierra del Fuego. En Santa Fe, por una parte se destacan dificultades para “coordinar acciones intersectoriales que garanticen trayectorias satisfactorias de acceso” (Faraone *et al.* 2012, p. 32), no obstante se vislumbraron estrategias interdisciplinarias y colectivas destinadas a determinados grupos tales como centros de día, radios comunitarias, microemprendimientos, entre otros:

...que no solo posibilitaron el intercambio fluido de conocimientos, el aprendizaje y la construcción de redes para pacientes y para los propios equipos de salud, sino que además construyeron nuevas trayectorias de acceso al sistema para los conjuntos sociales que habitualmente no recurrían al centro sanitario (jóvenes, hombres adultos, mujeres adultas mayores), favoreciendo la inclusión de las personas no usuarias de los servicios de salud mental. (Faraone *et al.* 2012, p. 32).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Las autoras concluyen que el sistema de salud en las provincias estudiadas aún presenta una organización que dificulta construir alternativas al hospitalocentrismo, lo que se plasma en limitaciones de las prácticas y de las necesarias articulaciones intersectoriales (Faraone *et al.* 2012):

El abordaje del acceso en salud mental desde la concepción de trayectoria obliga a cuestionar la propia estructura sanitaria hospitalocéntrica y la lógica que conlleva. Para ello se requiere indagar acerca de las prácticas y las políticas que se despliegan y fijar objetivos a corto, mediano y largo plazo para establecer formas de organización, gestión e intervención acordes a las necesidades de atención-cuidado de los usuarios (individuales y colectivos) (Faraone *et al.* 2012, p. 33).

No obstante distinguen que Santa Fe ha desarrollado avances en términos de sustitución de las lógicas manicomiales a partir de una red de asistencia que articula “trayectorias de acceso en diversos procesos territoriales, sociales e institucionales” (Faraone *et al.* 2012, p. 33).

Los estudios argentinos seleccionados constituyen contribuciones relevantes en la medida en que permiten aproximaciones al grado de avance en la implementación de la legislación en salud mental y por ende en la garantía de derechos que ésta plantea, señalando aspectos facilitadores y obstaculizadores. El encuentro con estas investigaciones, que toman la perspectiva de las y los trabajadores de servicios de salud para iluminar dimensiones como la accesibilidad y las modalidades de cuidado de las personas con padecimiento mental, resultan esclarecedoras de las dificultades que aún persisten a nivel de las políticas y las prácticas, y en este sentido colaboran en la contextualización del objeto de la presente investigación.

6.1.3 Los efectos de los servicios de salud mental en la vida de los usuarios

Ciertos autores se han interesado por los efectos de los servicios como hospitales o centros de día en términos de adquisición o recuperación de habilidades psicosociales (entre ellas laborales y/o educativas), fomento de la continuidad del tratamiento, disminución de las recaídas y de la necesidad de internación, mayores garantías de derechos y posibilidad de acompañamiento familiar (Román, Cantillo y Salazar 2014).

A continuación se retoman investigaciones, en su mayoría cualitativas y del contexto de Brasil, que se han propuesto indagar los efectos producidos por los servicios de salud

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

mental en la vida de los usuarios (Mello y Furegato 2008, Surjus y Onocko Campos 2011, Nasi y Schneider 2011). Mello y Furegato (2008) encuentran la asociación del CAPS con la reducción del número de internaciones, la inclusión de la familia y de otros aspectos sociales, así como al mantenimiento de la libertad. Por su parte, los familiares lo perciben como un medio de aliviar la sobrecarga que implica la convivencia con personas con trastorno mental (Mello y Furegato 2008). Surjus y Onocko Campos (2011) destacan que los usuarios le otorgan importancia a los espacios de asambleas y de Consejos de Salud como lugares de interlocución; y a la accesibilidad a una cama de noche en ciertos CAPS, en tanto aporta seguridad frente a posibles crisis o dificultades en su lugar de residencia, manteniendo los vínculos con el entorno. También observan una disminución de la fragmentación de la asistencia, al operar con equipos de referencia responsables por la continuidad de los proyectos terapéuticos individuales. Además las diversas modalidades terapéuticas se ven como espacios de circulación afectiva, valoración de cada uno y de relaciones con el contexto. También destacan la posibilidad de desplegar en los CAPS múltiples modos de ser que trasciendan este ámbito, favoreciendo una existencia más satisfactoria y el armado de nuevas trayectorias sociales (Surjus y Onocko Campos 2011). Estos hallazgos dan cuenta de una multiplicidad de efectos en las y los usuarios, ligados a las características de la atención de estos servicios, que podrían ser pensados como potenciadores de salud y de diversos intercambios sociales. Nasi y Schneider (2011) también destacan que estos servicios contribuyen a que la hospitalización sea efectivamente un último recurso, favorecen que los usuarios puedan participar de diversas actividades sociales antes vedadas por la institución manicomial, generan vínculos de confianza con los profesionales y, a través de los talleres, colaboran en la ampliación de su autonomía y la reorganización de su cotidiano. Señalan que el CAPS se constituye en un espacio de escucha, acogimiento, atención y apoyo, donde desde una perspectiva psicosocial se apunta a que el sujeto participe activa y responsablemente en su tratamiento (Nasi y Schneider 2011).

Para Lappann Botti y Labate (2011), también desde un modelo psicosocial, los talleres son representados como terapéuticos cuando se constituyen en espacios de expresión y alojamiento, posibilitan la interlocución, la convivencia de singularidades y la contención del sujeto con sufrimiento psíquico, reconociendo al conflicto como un aspecto del sujeto en un medio social-familiar. Resaltan que los efectos terapéuticos están ligados a la idea de

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

reinserción, a la recuperación de la vivencia cotidiana, así como a la constitución de nuevos lazos —sociales y afectivos— y de relaciones con los espacios de la ciudad. En este sentido, coinciden en que sus estrategias van en la dirección de una clínica ampliada (Lappann Botti y Labate 2011). Ferreira y Pereira (2012), tras articular los datos relevados con el marco referencial de la rehabilitación psicosocial, destacan la importancia de propiciar desde los servicios una relación de cuidado que posibilite la reconstrucción de trayectorias interrumpidas por los procesos psicopatológicos, operando desde la integralidad y la intersectorialidad (Ferreira y Pereira 2012).

Lo referido hasta aquí da cuenta de la multiplicidad de los efectos de estos servicios de salud mental en la vida de las y los usuarios, entre ellos la disminución de las internaciones, la promoción y el fortalecimiento de vínculos e intercambios sociales, el acogimiento de las singularidades, la posibilidad de mayores niveles de autonomía, la ampliación de la clínica y la continuidad de cuidados, entre otros.

También se encontraron estudios que indagan la satisfacción de usuarios o trabajadores como medio para evaluar la calidad de los servicios de salud mental en Brasil y España, para cuyos fines utilizan instrumentos de relevamiento como los cuestionarios. Se decide seleccionar uno de estos estudios, correspondiente al contexto español, país que también ha realizado una reforma psiquiátrica que ha dado lugar a una reorientación de los servicios de salud mental. La investigación fue realizada por Retolaza y Grandes (2003), quienes describen las expectativas de los usuarios que concurren por primera vez a un centro de salud mental vasco, analizando la asociación entre la satisfacción con dicho servicio, ajustada a las expectativas, y variables como las sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel de escolarización y ocupación profesional), el diagnóstico y la mejoría sintomática. A nivel metodológico se trata de un estudio con características diferentes a los estudios mencionados, ya que utiliza una metodología cuantitativa y como herramientas cuestionarios para evaluar expectativas, mejoría clínica y satisfacción. Retolaza y Grandes concluyen que los pacientes con mayor sintomatología inicial resultaron menos satisfechos, aunque su mejoría sintomática mostró una asociación positiva con la satisfacción con el servicio. Otro hallazgo es la irrelevancia de las variables sociodemográficas en la presencia de satisfacción. Los autores señalan que si bien las expectativas sobre intervenciones psicológicas fueron más frecuentes que las biológicas, la menor satisfacción se encontró en quienes tenían estas

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

expectativas más psicológicas que biológicas, resultado que los autores vinculan al predominio de las terapéuticas farmacológicas en el servicio estudiado (Retolaza y Grandes, 2003). Siguiendo a Onocko Campos, este tipo de estudio cuenta con importantes limitaciones dadas por una pretensión de homogeneización para adaptarse a las variables seleccionadas. Además, la peculiaridad de ser evaluaciones de satisfacción generaría la desventaja de no abrirse a la experiencia singular de las y los usuarios.

6.1.4 La cronificación de los usuarios en los servicios de salud mental

En este apartado se retomarán investigaciones de Brasil en las que se han destacado diversos aspectos de la cronificación de los usuarios en los servicios de salud mental como problemática que desafía los objetivos y fundamentos de la reforma psiquiátrica.

Una serie de estudios profundizaron en la producción de nuevas cronicidades “que se expresan en la retención de usuarios, en modos de gestión resistentes a operar por fuera del servicio, en producir puertas de salida y de circulación en la red”⁷ (Dimenstein 2006, p. 72).

En una investigación que aborda las representaciones de los trabajadores de un servicio de salud mental, además de las de usuarios y familiares, Mello y Furegato (2008) señalan que los profesionales registran el riesgo de cronicidad de estos servicios y les preocupan las dificultades para encontrar modos de ampliar la autonomía de los usuarios, posibilitando un apoyo terapéutico que acompañe ante las contingencias y vicisitudes de la vida (Mello y Furegato 2008).

También Costa y Paulon (2012) indagaron en un CAPS dimensiones como el protagonismo y la participación de los usuarios, para lo cual incluyeron, además de la perspectiva de éstos, la de los trabajadores y gestores. Entre sus hallazgos señalan que las asimetrías en las relaciones de poder entre profesionales y usuarios restringen el protagonismo de estos últimos, perpetuando su histórica pasividad, y evidencian los riesgos de una institucionalización cronificadora. Al mismo tiempo, encontraron que el espacio de asamblea en el CAPS sí era capaz de promover momentos de protagonismo, sin embargo advirtieron

⁷ “...produção de novas cronicidades que se expressam na retenção de usuários, em modos de gestão resistentes em operar para fora do serviço, em produzir portas de saída e de circulação na rede...” (Dimenstein 2006, p. 72) Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

que no era lo suficientemente aprovechado por los diversos actores ni por el servicio de salud mental (Costa y Paulon 2012).

Entre las dificultades que refieren los trabajadores de salud mental, Pereira (2007) enfatiza la escasa preparación profesional como factor que incide en la generación de dependencia hacia el servicio por parte del paciente. En este sentido, y siguiendo a Pitta (1996, en Pereira 2007), la autora destaca la importancia de que estos servicios se propongan como espacios de acogida, pero no de permanencia, en los que las intervenciones se dirijan a las necesidades de los pacientes (Pereira 2007). Planteo ya enfatizado en otros estudios y que presenta puntos de encuentro con el problema de la presente investigación, en la medida en que este indaga en el equipo del hospital de día de un hospital general de Bahía Blanca las prácticas cotidianas y sus relaciones con espacios de reflexión, capacitación y evaluación.

En cuanto a los estudios que toman la perspectiva de los usuarios, Surjus y Onocko Campos (2011), en una investigación evaluativa de los CAPS, resaltan la escasa accesibilidad a otras políticas públicas más allá de las de salud y su necesidad para la construcción de redes que sostengan frente a las problemáticas complejas de las personas con sufrimiento mental (Surjus y Onocko Campos 2011). Se observa una concordancia entre este señalamiento y lo planteado por Nasi y Schneider (2011), quienes también subrayan la necesidad de profundizar los lazos con otros sectores y servicios para favorecer una atención integral, ya que sostienen que en el campo de la salud mental no basta con ofertar servicios de salud, sino que éstos tienen que articularse con los sectores de justicia, educación y trabajo, entre otros, para propiciar una mayor circulación social de los sujetos (Nasi y Schneider 2011). Se encuentran similitudes entre estos señalamientos y la hipótesis de la presente investigación, en la medida en que la escasa articulación con otras políticas públicas supondría obstáculos para que las y los usuarios puedan acceder a derechos y circular por otros espacios del tejido social, hipótesis que también se ancla en los hallazgos del Centro de Estudios Legales y Sociales (2015) ya mencionados.

Un estudio que indaga específicamente la producción de cronicidad es el de Pande y Amarante (2011), quienes a partir del análisis de las prácticas discursivas y la producción de sentido en el cotidiano, construyen cuatro grupos de “casos clínicos” donde resaltan características tanto de los usuarios como del servicio que se vinculan con las concepciones de “nueva cronicidad”. El primer grupo de casos se compone con los usuarios parcialmente

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

vinculados al CAPS, quienes circulan por diferentes servicios con escasa disposición a los abordajes, evidencian y utilizan las fallas del servicio para obtener ciertos beneficios personales. El segundo grupo es el de los usuarios con un prolongado vínculo con el servicio y que son percibidos como pacientes-problema, ya que por su modo de presencia cotidiana y sus demandas plantean repetidos y diversos desafíos al equipo. Los trabajadores tienden a resaltar el carácter patológico de las acciones de tales usuarios, leyéndolas como producto de su enfermedad mental. Estos usuarios presentan cierta dependencia institucional y no suelen circular por otros espacios, por lo que se vuelven crónicos aún sin haber pasado por alguna internación por salud mental. El tercer grupo está formado por usuarios que han sido externados de internaciones prolongadas y presentan características de lo que Desviat llamó “nueva cronicidad” que desafían a los servicios sustitativos. Por último, los autores resaltan un cuarto grupo de casos, excesivamente vinculados al CAPS, que participan de muchas de sus actividades y no tienen inconvenientes en adherir a los proyectos terapéuticos propuestos. Para los autores estos usuarios responden a la noción de “nueva cronicidad” elaborada por Rotelli *et al.*, la cual responde a la hiperespecialización en las técnicas de intervención (Pande y Amarante 2011). En este sentido, los investigadores apuntan que:

... con el avance de las formas de tratamiento ofrecidas por los servicios territoriales, tales servicios pueden muchas veces “especializarse” en un determinado tipo de pacientes, ofertándoles actividades al interior del propio servicio que promuevan una deshospitalización, pero no necesariamente un proceso complejo de desinstitucionalización de la enfermedad mental, manteniendo una lógica manicomial basada en la tutela y la dependencia. (Pande y Amarante 2011, p. 2072).

Si bien los autores relevan los importantes avances que ha implicado el CAPS para la vida de los usuarios, en términos de reducir la frecuencia y duración de las internaciones, de ofrecer servicios de calidad y de propiciar relaciones menos jerarquizadas entre trabajadores, usuarios y familiares; en su estudio señalan que aún persisten rasgos de institucionalización en este servicio sustitutivo. En este sentido, señalan que la noción de nueva cronicidad se vincula a fenómenos de empobrecimiento de la vida de los usuarios, con restricción de sus intereses y vínculos y escasos intercambios en su cotidiano. Al respecto, citan a una trabajadora del CAPS quien registra que estos fenómenos pueden ser interpretados tanto como producto de la institucionalización como de la enfermedad mental. Además apuntan que la idea de

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

incurabilidad de la enfermedad mental justifica que los usuarios no reciban un alta del servicio (Pande y Amarante 2011).

A partir del relato de usuarios, familiares y trabajadores, Pande y Amarante desprenden los procesos de dependencia al CAPS estudiado. Por ejemplo, retoman el discurso de una trabajadora para quien la dependencia se favorece en la medida en que no se le informa al usuario que su asistencia al servicio tendrá un tiempo, y considera que los técnicos tendrían que modificar los proyectos terapéuticos en el sentido de disminuir el tiempo que pasa el usuario en el servicio. Así, los autores encuentran que la cuestión del tiempo en el CAPS está atravesada por la indefinición, ya que no hay un alta; y por ser un lugar donde “pasar el tiempo” (Pande y Amarante 2011). Otra característica que surge del estudio es la “infantilización” de los usuarios, hallazgo también señalado por Figueiró y Dimenstein (2010), y relacionado por Pande y Amarante con la infantilización señalada por Goffman como un producto de la institución psiquiátrica (Pande y Amarante 2011).

Al indagar la perspectiva de los trabajadores, Pande y Amarante señalan la inexistencia de un proyecto colectivo que proponga el acercamiento del CAPS a la comunidad, por lo que esta posibilidad depende generalmente solo de las propuestas de algunos trabajadores. Desde la perspectiva de los usuarios, en ciertos casos éstos no toman la iniciativa de usar otros recursos comunitarios y prefieren mantener vínculos solo con el CAPS. Otro aspecto que destacan es cómo continúa presente en los propios usuarios la lógica manicomial que sostiene relaciones de dominación, así como saberes y prácticas cronificadoras (Pande y Amarante 2011). Para los investigadores:

Los técnicos entrevistados encuentran en el CAPS la posibilidad de producción de nueva cronicidad, destacando sobre todo la capacidad del servicio de “mantener” a los usuarios en su interior. Entienden que esto se da por proporcionar un espacio protegido, lo que también implica sobrecarga y dependencia. (...)

Aunque movidos por los ideales de la reforma psiquiátrica, los equipos de los servicios de salud mental pueden reproducir la institucionalización y afirmar el manicomio, de modo que los deseos de manicomio atraviesan el tejido social y están presentes en el cotidiano de las prácticas en el campo de la salud mental” (Pande y Amarante 2011, p. 2074).⁸

⁸ “Os técnicos entrevistados encontram no Caps a possibilidade de produção da nova cronicidade, destacando sobretudo a capacidade do serviço em “manter” os usuários em seu interior. Entendem que isso se dá por proporcionar um espaço protegido, o que também implica sobrecarga e dependência. [...] Ainda que tocados pelos ideais da reforma psiquiátrica, as equipes dos serviços de saúde mental podem reproduzir a

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Retomando lo planteado en la construcción del problema, Pande y Amarante se acercan a Dimenstein (2006) en el reconocimiento de la persistencia de una lógica manicomial que se extiende por diversos espacios sociales y a Figuiéro y Dimenstein (2010) en cuanto a que las concepciones clínicas y la gestión de los servicios pueden potenciar u obstruir los movimientos de los usuarios. En este sentido, estas autoras contribuyen a mostrar cómo los dispositivos pueden funcionar como espacios de captura de las potencias colectivas, actuando de este modo en contra de la necesaria desintitucionalización y transformación de las relaciones sociales con la locura, tarea que no solo se vincula con la presencia de políticas públicas sino con la dimensión micropolítica del cotidiano (Figuiéro y Dimenstein 2010).

Otro trabajo que enfoca el problema de la cronicidad es el de Wetzel *et al.* (2011), quienes a partir de una investigación evaluativa cualitativa en un CAPS de Pelotas, Brasil, que incluyó la perspectiva de usuarios, familiares y trabajadores, encontraron usuarios que concurren regularmente al servicio pero no cuentan con un seguimiento terapéutico personalizado de acuerdo a una mirada psicosocial. Se ofrecen actividades y se espera que los usuarios se incluyan en éstas, pero “esas actividades que deberían ser un medio, se tornan un fin. La actividad toma determinada importancia que se sobrepone a quien ella debería dirigirse. El tratamiento acontece independientemente de la participación del usuario”⁹ (Wetzel *et al.* 2011, pp. 2137-2138). Por lo que tanto los familiares como el equipo subrayan la necesidad de que estos usuarios cuenten con estrategias orientadas en función de un proyecto terapéutico singular (Wetzel *et al.* 2011).

Estas investigaciones arrojan luz para pensar cómo a nivel micropolítico pueden perpetuarse mecanismos de dependencia e institucionalización, incluso en instituciones que se proponen combatir la lógica manicomial.

Del recorrido propuesto en este estado del arte surgen como consideraciones de relevancia para la presente investigación la necesidad de profundizar en las representaciones y los efectos de las prácticas de los servicios alternativos o sustitutivos al hospital psiquiátrico,

institucionalização e afirmar o manicômio, de modo que os desejos de manicômio atravessam o tecido social e estão presentes no cotidiano das práticas no campo da saúde mental”. (Pande y Amarante 2011, p. 2074). Traducción libre de la autora.

⁹ “Mas essas atividades, que deveriam ser um meio, tornam-se um fim. A atividade toma determinada importância que se sobrepõe a quem ela deveria se dirigir. O atendimento acontece independentemente da participação do usuário”. (Wetzel *et al.* 2011) Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

como son los CAPS de Brasil o, en nuestro contexto, los hospitales de día, y despejar a qué producción de cuidado dan lugar.

5.2 Marco conceptual de referencia

“... no es utópico considerar que una revolución,
una transformación a nivel macropolítico y macrosocial,
conciene también a la producción de subjetividad,
lo que deberá ser tomado en cuenta
por los movimientos de emancipación.”
(Guattari 2006, p.40).

A los fines de la presente investigación, el marco conceptual de referencia se compondrá de conceptos, nociones y categorías procedentes de marcos teóricos de las representaciones sociales, la rehabilitación psicosocial, el estudio de las instituciones en la producción de subjetividad y la producción de cuidado desde el enfoque de la salud colectiva. La elección efectuada se sustenta en la necesidad de contar con herramientas que compongan andamiajes conceptuales pertinentes para el abordaje de las representaciones y prácticas de las y los trabajadores acerca de la producción de cuidado en un hospital de día de un servicio de Salud Mental de un hospital general de Bahía Blanca.

5.2.1 La perspectiva de las representaciones sociales

En la medida en que esta investigación se propone indagar las representaciones de las y los trabajadores acerca de la producción de cuidado en un hospital de día de salud mental, el marco conceptual de referencia toma los aportes de Jodelet (1986), quien define a las representaciones sociales como: “...Una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados (...) designa una forma de pensamiento social” (Jodelet 1986, p. 474). Para la autora, constituyen un modo de pensamiento práctico en relación con un contexto como porción del mundo que se pretende comunicar, comprender y sobre el que se ejercen determinadas acciones. En este sentido, las representaciones sociales

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

conllevan un aspecto de construcción y creación de la realidad que articula procesos simbólicos y orienta los comportamientos de los sujetos.

En tanto concernientes a los sujetos como sujetos sociales, las representaciones sociales para Jodelet suponen un contenido, expresado en “informaciones, imágenes, opiniones, actitudes, etc.” (Jodelet 1986, p. 475), y dependen de las posiciones que ocupan los sujetos —individuales y colectivos— en distintos planos de la sociedad, por lo que se trata de una categoría eminentemente relacional.

Por su parte, Spink (1993) retoma este concepto para destacar su importancia en las prácticas sociales, colocando el acento en que se trata de un conocimiento práctico. Esta autora destaca la potencia integradora de las representaciones sociales, como categoría superadora de las limitaciones de los paradigmas objetivista y subjetivista en ciencias sociales, ya que si bien constituyen representaciones de la realidad, estarán mediadas tanto por interpretaciones (por lo que no son su mera reproducción) atravesadas por categorías históricas y subjetivas, como por afectos. Spink subraya los rasgos de flexibilidad y permeabilidad de ciertos contenidos de las representaciones sociales, lo que da cuenta tanto de elementos de estabilidad como de dinamismo, que posibilitan su diversidad e incluso la presencia de contradicciones (Spink 1993).

Los aportes mencionados permiten sostener la potencia de esta categoría para la presente investigación, en la medida en que este estudio apunta a acceder al interjuego entre representaciones y prácticas que contribuyen a la producción de cuidado en el hospital de día para, desde una perspectiva relacional, desentrañar sus múltiples atravesamientos.

5.2.2 Institución y producción de subjetividad

Las instituciones constituyen los enclaves espaciales
de la microfísica de las relaciones sociales
y la microfísica de las operaciones individuales.
La vida de los sujetos en sociedad es, sin duda,
la experiencia de su tránsito por ellas. (Kaminsky 2010, p. 24).

Se torna necesario incorporar en el referencial teórico de la presente investigación el concepto de institución, por lo que se recurrirá a los desarrollos de Kaminsky para quien la institución se caracteriza por ser un espacio significado, descentrado y situado históricamente,

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

que articula relaciones sociales heterogéneas. Posee una organización material, que incluye aspectos edilicios e instrumentales; y una organización jurídica, dada por diversas normativas que las regulan. Para el autor, la institución se encuentra atravesada por un movimiento dialéctico institucional dado por la relación entre lo instituido y lo instituyente, donde lo instituido implica aquellos aspectos dados, cristalizaciones institucionales; y lo instituyente supone un movimiento que pone en cuestión y tensiona lo dado. En este sentido, Kaminsky piensa a la institucionalización como producto de procesos que cabalgan entre lo instituido y lo instituyente, en los que los aspectos explícitos son solo una parte del complejo tejido institucional. En las instituciones, son los grupos los que ponen en marcha el movimiento, los cuales pueden funcionar alternadamente como grupos objeto, cuando son hablados por la institución y se someten a lo instituido; o como grupos sujeto, cuando aspiran a enunciar las propias palabras y a movimientos instituyentes (Kaminsky 2010).

Asimismo, en tanto las instituciones son productoras de los modos subjetivos de habitar en ellas, se tomará el concepto de producción de subjetividad desarrollado por Fernández (Fernández, 2008), para quien lo subjetivo es planteado como proceso, como devenir: “...*dimensión subjetiva que se produce en acto*, que produce sus potencias en su accionar (...) pensar básicamente en un *campo de inmanencia* y no trascendental, *singular* y no universal [cursivas en el original]” (Fernández 2008, p. 280-281).

Otro autor que ha desarrollado una serie de conceptos pertinentes para ser incluidos en el marco conceptual es Guattari (Guattari y Rolnik 2006), quien analiza los procesos de institucionalización y sus efectos en la producción de subjetividad. Debido a que se trata de un marco referencial que ha sido poco utilizado en investigaciones del campo de la salud mental en nuestro país, y en consonancia con ciertos estudios del contexto de Brasil que han tomado este marco teórico, se tomará su concepto de infantilización, como función de la economía subjetiva capitalística, el cual implica:

... que todo lo que se hace, se piensa o se pueda venir a hacer o pensar sea mediado por el Estado. Cualquier tipo de intercambio económico, cualquier tipo de producción cultural o social tiende a pasar por la mediación del Estado. Esa relación de dependencia del Estado es uno de los elementos esenciales de la subjetividad capitalística. (Guattari y Rolnik 2006, p. 57).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Esta infantilización responde a la necesidad de esta economía capitalística de no obstaculizar el control social sobre cada uno de los aspectos de la vida social, y para ejercer esta función serán fundamentales distintos equipamientos colectivos, entre ellos los educativos y los sanitarios, que cobran gran importancia en tanto constituyen una función ampliada del Estado (Guattari y Rolnik 2006). En este sentido, su operatoria y producción buscarán anular y sobre-codificar aquellos elementos subjetivos que irrumpen y conmueven:

Todo lo que es del dominio de la ruptura, de la sorpresa y de la angustia, pero también del deseo, de la voluntad de amar y de crear, debe encajar de alguna manera en los registros de las referencias dominantes. Existe siempre un arreglo que intenta prever todo lo que pueda tener la naturaleza de una disidencia del pensamiento y del deseo. Hay una tentativa de eliminar aquello que llamo procesos de singularización. Todo lo que sorprende, aunque sea levemente, debe ser clasificable en alguna zona de encasillamiento, de referenciación. (Guattari y Rolnik 2006, p. 58).

Estos señalamientos advierten sobre la producción permanente de subjetividad capitalística y su tendencia a cooptar los procesos de singularización bajo referencias instituidas, a través de prácticas y explicaciones que buscan romper con lo más singular para incluirlo en algo ya pensado y así llegar a dominarlo. No obstante, en la medida en que se producen luchas en este plano de la economía subjetiva, habrá posibilidades de desviación y rupturas ante estos modos de captura (Guattari y Rolnik 2006).

En función de lo anterior, en este estudio se tratará de identificar en el hospital de día del servicio de Salud Mental aquellos procesos que dan cuenta de la producción de subjetividad capitalística, serializada (Guattari y Rolnik 2006) y en qué medida son posibles ciertos movimientos de ruptura que hacen lugar a la aparición de “modos de subjetivación originales y singulares, procesos de singularización subjetiva” (Guattari y Rolnik 2006, p. 61).

En palabras de Guattari, el proceso de singularización es automodelador, ya que a través de él un grupo podrá captar y leer su situación, y construir sus propias referencias sin quedar entrampado en dependencias de diverso tipo. Se trata de un proceso que resiste a la subjetivación capitalística, y que al incidir en sus propias relaciones de fuerza, habilita posibilidades de creación y mayores márgenes de autonomía (Guattari y Rolnik 2006):

Eso se siente por un determinado calor en las relaciones, por determinada manera de desear, por una afirmación positiva de la creatividad, por una

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

voluntad de amar, por una voluntad simplemente de vivir o sobrevivir, por la multiplicidad de esas voluntades. Es preciso abrir espacios para que eso acontezca. El deseo solo puede ser vivido en vectores de singularización. (Guattari y Rolnik 2006, p. 62).

Otro señalamiento potente de Guattari para pensar las prácticas en salud mental alude a la tensión, en los procesos de institucionalización, entre la posibilidad de que la protección de la institución oficie como: “un paréntesis transitorio, una posibilidad de tomar distancia, de reencontrar cierto respiro” (Guattari y Rolnik 2006, p. 295) o, contrariamente, “como factor de ‘hundimiento’, de abandono, de infantilización de la relación con la sociedad, con el medio ambiente” (Guattari y Rolnik 2006, p. 295). Se trata de una tensión que se manifiesta en el plano micropolítico y como tal resulta una referencia pertinente para el objeto de esta investigación.

En relación con lo anterior, también se tomará la distinción que Guattari junto a Deleuze establecen entre lo molar y lo molecular, según la cual lo molar establece líneas de segmentos, estratificaciones binarias, territorializaciones; y lo molecular supone líneas de fuga, como aquel flujo que circula por fuera de los binarismos molares y genera desterritorializaciones, “engendra lo nuevo” (Guattari y Rolnik 2006, p. 106). Si bien los autores los diferencian, entre ambos se produce una relación tal que los movimientos moleculares tienden a cristalizarse y reterritorializarse, modificando las organizaciones molares. En palabras de Guattari:

Oponer una política molar de las grandes organizaciones, presentes en cualquier nivel de la sociedad (micro o macro), a una función molecular que considera las problemáticas de la economía del deseo, igualmente presentes en cualquier nivel de la sociedad, no implica una apreciación en la cual lo molecular sería lo bueno y lo molar, lo malo. Los problemas se plantean siempre y al mismo tiempo en los dos niveles. (Guattari y Rolnik 2013, p. 189).

Tomando el ejemplo de ciertos movimientos que se presentan como alternativos a las instituciones, Rolnik (Guattari y Rolnik 2006) señala que éstos también pueden llegar a responder a lógicas molares y, en este punto, llevar a un rechazo de los movimientos moleculares. Si bien esta lógica suele ser más difícil de percibir en estos casos, ya que “implica el espejismo de un supuesto mundo paralelo que transpira una ilusión de autonomía

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

y creación, y cuando creemos haber escapado del ‘conservadurismo’, estamos corriendo el riesgo de caer en otro, más disimulado” (Guattari y Rolnik 2006, p. 106).

La articulación entre molar/molecular y macropolítica/micropolítica, sirve para analizar la dimensión molar y las condiciones, posibilidades, así como los riesgos, para el despliegue de movimientos en el nivel molecular (Deleuze y Guattari 2006). En este sentido, Guattari sostiene que los mismos elementos pueden ejercer acciones emancipatorias a nivel molar, y al mismo tiempo contar con mecanismos y modalidades reaccionarios en términos moleculares (Guattari y Rolnik 2013, p. 189).

La cuestión institucional y la propuesta de desinstitucionalización en el campo de la salud mental han sido abordadas desde la segunda mitad del siglo XX por diversos autores críticos de los efectos alienantes y de arrasamiento subjetivo del hospital psiquiátrico, entre ellos Basaglia (1964), protagonista de una de las principales reformas en este campo. En continuidad con algunos de los planteos de este autor, Alverga y Dimenstein (2006) sostienen que la desinstitucionalización requiere deconstruir las relaciones sociales que desde sus discursos y prácticas reducen la locura a enfermedad mental y que establecen relaciones de causa-efecto entre diagnóstico y pronóstico, enfermedad y cura, exclusión y reinserción. En este sentido, proponen:

...indagar qué fuerzas operan en el campo de la salud mental y problematizar los modos de subjetivación presentes en la contemporaneidad, destacando la relevancia de las intervenciones en el plano micropolítico, que, según Baptista (1999), es un campo de fuerzas donde es posible ‘explicitar e interpelar los posibles manicomios invisibles incrustados en las prácticas sociales, en el día-a-día, en los modos de funcionamiento del pensar. (Alverga y Dimenstein 2006, p.116).¹⁰

5.2.3 La producción de cuidado desde la perspectiva de la salud colectiva

En principio es necesario situar que el cuidado puede considerarse un término polisémico que en el campo científico ha cobrado distintas connotaciones según el objeto de

¹⁰ “...indagar que forças operam no campo da saúde mental e problematizar os modos de subjetivação presentes na contemporaneidade, destacando a relevância das intervenções no plano micropolítico, que, segundo Baptista (1999), é um campo de forças onde é possível “explicitar e interpelar os possíveis manicômios invisíveis incrustados nas práticas sociais, no dia-a-dia, nos modos de funcionamento do pensar.” (Alverga y Dimenstein 2006, p.116). Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

estudio recortado y el marco conceptual desde el que se lo ha abordado. Por ejemplo investigaciones oriundas del campo de las ciencias sociales han analizado el cuidado partiendo de reconocer la condición humana vulnerable y la necesaria interdependencia entre los seres humanos (Martín Palomo y Muñoz Terrón 2015, en López y Findling 2018). En esta línea también se puede encontrar la idea del cuidado como una condición humana fundamental (Heller 2011), por la cual las personas se constituyen en potenciales cuidadoras, siendo las prácticas en salud uno de los principales ámbitos en que dicha condición puede manifestarse (Michalewicz, Pierrri y Ardila-Gómez 2014). Asimismo el cuidado, en tanto actividad humana que posibilita el sostenimiento de la vida, ha sido caracterizado a partir de rasgos como “la feminización, la invisibilización y la falta de reconocimiento social” (Lehner 2018, p.89). Algunas/os autoras/es han señalado que la provisión de cuidados en la sociedad suele organizarse en torno a la familia, el mercado, el Estado y las organizaciones no gubernamentales (Razavi 2007, en Findling, Mario y Champalbert 2014) y su gestión:

...requiere organizar bienes, recursos, servicios y actividades que hagan viable la alimentación, la salud y la higiene personal, así como la estimulación de procesos cognitivos y sociales de las personas que requieren asistencia, tareas que incluyen simultaneidad de roles y responsabilidades en espacios y ciclos difíciles de traducir en tiempo, intensidad o esfuerzo (Findling y López 2015, en López y Findling 2018, p. 9).

Si bien no es objeto de esta tesis profundizar en estos desarrollos, sí se considera pertinente retomar ciertas investigaciones que estudiaron la producción del cuidado en salud y recortar específicamente aquellos desarrollos acerca del cuidado pertenecientes al campo de la salud colectiva, en virtud de que es la corriente en la que se posiciona la presente tesis.

5.2.3.1 El cuidado en la humanización de las prácticas de salud

No se Cuida efectivamente a individuos sin Cuidar poblaciones y no hay una verdadera salud pública que no pase por un atento Cuidado de cada uno de sus sujetos.
(Ayres 2018, p.137)

Al interior del campo de la salud es posible encontrar que el uso del vocablo cuidado ha cobrado una considerable expansión, no obstante su empleo ha estado cargado de variados

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

significados, lo que se ha traducido en prácticas disímiles ancladas en muy diversos enfoques teórico-políticos. Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez (2014) reconocen esta amplitud y heterogeneidad al advertir que:

El poner la lupa en el concepto de cuidado condujo a la observación de que en los últimos años se había producido un incremento en el uso de este término, tanto en la cotidianidad de los servicios como en las publicaciones científicas, documentos técnicos y políticas del Campo de la Salud. Sin embargo, parecía estar siendo utilizado en diferentes sentidos por actores con posiciones distintas, e incluso, antagónicas. (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez 2014, p. 218)

Por lo que a partir de una revisión de diversas publicaciones del campo de la salud se propusieron dilucidar qué se entiende por cuidado en este campo y llegaron a identificar al menos cinco usos del vocablo cuidado: a) como una dimensión de las prácticas en salud relacionada con lo vincular/afectivo, b) como prácticas no formales en salud, c) como un concepto superador de la simple atención, a partir de características como la integralidad y la participación, d) como eje que orienta la atención centrándola en los usuarios y e) como sinónimo de atención (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez 2014).

Teniendo en cuenta los variados usos identificados por estas/os autoras/es, la presente tesis se apoya en aquellas propuestas que plantean al cuidado no solamente como dimensión ligada a lo vincular, sino también como categoría superadora de la atención y que tiene como eje de las prácticas de salud la centralidad en las/os usuarios. En este sentido Tejada de Rivero (2003) recupera el término cuidado (*care*) presente en la Declaración de Alma-Ata en tanto daba cuenta de una concepción de las prácticas de salud superadoras de la idea de atención:

La versión original en inglés usó el término “cuidado” (*care*), y no “atención”. El “cuidado” tiene una connotación mucho más amplia e integral que la “atención”. El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos. (Tejada de Rivero 2003, p.5).

Un investigador del campo de la salud colectiva que no fue mencionado en el estudio de Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez (2014) y que ha realizado importantes contribuciones

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

para conceptualizar la idea de cuidado es Ayres (2000, 2009, 2018). A lo largo de sus trabajos, su perspectiva apunta a relacionar los aspectos técnicos con los aspectos humanistas de la atención a la salud, lo que posibilitaría entre otras cuestiones “transformar un encuentro terapéutico en una relación de cuidado” (Ayres 2018, p. 114). En cuanto a qué entiende el autor por cuidado, en uno de sus artículos planteará que:

...se adopta aquí el término Cuidado¹¹ como designación de una atención de la salud inmediatamente interesada en el sentido existencial de la experiencia del enfermarse, física o mentalmente, y por consiguiente, también de las prácticas de promoción, protección o recuperación de la salud (Ayres 2018, p.124).

En línea con lo anterior, un punto que considera nodal para la humanización de las prácticas en salud es lo que denomina “la permeabilidad de lo técnico a lo no técnico, el diálogo entre esas dimensiones interrelacionadas” (Ayres 2018, p. 124), aspecto que se enlaza con el privilegio de la dimensión dialógica del encuentro desde una apertura y un genuino interés en escuchar al otro (Ayres 2018).

Este autor recupera —y al mismo tiempo pone en tensión— la noción de tecnologías blandas de Merhy, que será retomada más adelante en la presente investigación, y la relevancia de esta dimensión de las interacciones humanas en el trabajo en acto en salud, que para Ayres han de estar abiertas al cambio, a la emergencia de lo nuevo, a la interferencia de cierta sabiduría práctica (Ayres 2018). Para el autor, según cómo actuemos en el espacio de las tecnologías blandas tendremos mayores o menores oportunidades de que “la presencia de ese otro sea más efectiva y creativa”¹² (Ayres 2009, p. 68).

Ayres pone en tensión la noción de tecnologías blandas de Merhy al delimitar el lugar privilegiado del cuidado en las prácticas de salud en términos de una “actitud y espacio de reconstrucción de intersubjetividades, de ejercicio abierto de una sabiduría práctica para la salud, apoyada en la tecnología, pero sin dejar resumirse a ésta la intervención en salud”

¹¹ El mismo autor utiliza la forma de sustantivo propio, con mayúscula, cuando hace referencia a esta concepción.

¹² “la presença desse outro seja mais efetiva e criativa” (Ayres 2009, p.68). Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

(Ayres 2000, p. 120)¹³. En este sentido, para el autor, la acción asistencial adquiere efectivamente el carácter de Cuidado:

Cuando el científico y/o el profesional de la salud no puede prescindir de la escucha de lo que el otro (el paciente o los grupos poblacionales asistidos) desea como modo de vida y cómo, para alcanzar ese fin, puede aprovechar lo que está disponible (saberes técnicos inclusive, pero no solamente, sino también los saberes populares, las convicciones y valores personales, la religión etc.), entonces de hecho no hay más objetos solos, sino sujetos y sus objetos.

(...) Aquí radica fundamentalmente la importancia del Cuidar en las prácticas sanitarias: el desarrollo de actitudes y espacios de auténtico encuentro intersubjetivo, de ejercicio de la sabiduría práctica para la salud, apoyado en la tecnología, pero sin dejar que la acción en salud se reduzca a ella. Más que tratarse de un objeto, la intervención técnica se articula verdaderamente con un Cuidar cuando el sentido de la intervención se convierte no sólo en la consecución de un estado de salud pretendido de antemano, ni sólo en la aplicación mecánica de las tecnologías disponibles para alcanzar ese estado, sino en el examen de la relación entre fines y medios, y su significado práctico para el paciente, según un diálogo lo más simétrico posible entre profesional y paciente (Ayres 2009, p. 64)¹⁴.

Esta cualidad dinámica del cuidado hará que su significado y sus finalidades se sostengan en un movimiento incesante en el que tanto su trayecto como su meta se engendran mutuamente (Ayres 2000). Esto supone:

...abrir espacio para la reflexión y la negociación sobre objetivos y medios de las acciones en salud, sin determinar de modo absoluto y *a priori* dónde y cómo llegar con la asistencia: así es como vemos la dirección política y las

¹³ “atitude e espaço de re-construção de intersubjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a intervenção em saúde” (Ayres 2000, p.120) Traducción libre de la autora.

¹⁴ “Quando o cientista e/ou profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro (o paciente ou os grupos populacionais assistidos) deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível (saberes técnicos inclusive, mas não só, pois há também os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião etc.), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos. (...) É fundamentalmente aí que está a importância do Cuidar nas práticas de saúde: o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde. Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um Cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente” (Ayres 2009, p.64). Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

tareas prácticas de una reconstrucción de las acciones sanitarias cuando se tiene al Cuidado como horizonte (Ayres 2009, p.65).¹⁵

Teniendo en cuenta estas consideraciones, uno de los desafíos claves que el autor plantea para la eficacia del cuidado en salud está dado por el enriquecimiento y la apertura de sus horizontes, ya que:

...un Cuidar efectivo, en el cual la presencia del otro sea activa y las interacciones intersubjetivas sean ricas y dinámicas, exige que tanto la racionalidad orientadora de las tecnologías como los ámbitos y agentes de su operación tengan sus horizontes expandidos. Es preciso superar la conformación individualista, rumbo a esferas también colectivas, institucionales y estructurales de intervención y enriquecer la racionalidad biomédica con constructos de otras ciencias y otros saberes. Todas esas directrices dependen de la necesidad de salir de la jerga sanitaria y de empezar a hacer parte de efectivos reordenamientos tecnológicos las banderas raídas de la *interdisciplinariedad* e *intersectorialidad* – que debemos apoyar. A esas sumaríamos otra, aún no tan celebrada pero ya relativamente valorizada: la de la pluralidad dialógica, es decir, la apertura de los espacios asistenciales a interacciones dialógicas por medio de otros lenguajes, como la expresión artística, el trabajo con lenguajes corporales y también otras racionalidades terapéuticas. (Ayres 2009, p. 70)¹⁶.

En línea con lo anterior, la distinción entre el cuidado y otros términos usuales en el trabajo en salud como tratar, curar o controlar, es sugerida por el autor en otro de sus escritos en el que sostiene que el verbo cuidar, en el sentido de “tratar que sea” (Ayres 2009, p.35), si bien involucra las competencias y tareas técnicas, no se restringe a estas, por lo que considera encarna en forma más rica que los términos tratar, curar o controlar, aquello a lo que deben apuntar las prácticas en salud colectiva (Ayres 2009).

¹⁵ “Recuperar a dignidade da sabedoria prática, da phrónesis, abrir espaço para a reflexão e a negociação sobre objetivos e meios das ações em saúde, sem determinar de modo absoluto e a priori onde e como chegar com a assistência: eis como vemos configurarem-se o norte político e as tarefas práticas de uma reconstrução das ações de saúde quando se tem o Cuidado como horizonte” (Ayres 2009, p.65). Traducción libre de la autora.

¹⁶ “...um Cuidar efetivo, no qual a presença do outro seja ativa e as interações intersubjetivas sejam ricas e dinâmicas, exige que tanto a racionalidade orientadora das tecnologias quanto os âmbitos e agentes de sua operação tenham seus horizontes expandidos. É preciso superar a conformação individualista, rumo a esferas também coletivas, institucionais e estruturais de intervenção e enriquecer a racionalidade biomédica com construtos de outras ciências e outros saberes. Todos esses nortes dependem de que saiam do jargão sanitário e passem a fazer parte de efetivos rearranjos tecnológicos as surradas bandeiras da *interdisciplinaridade* e *intersectorialidade* – as quais nunca será demais endossar. A essas somaríamos outra, ainda, não tão celebrada mas já relativamente valorizada: a da pluralidade dialógica, isto é, a abertura dos espaços assistenciais a interações dialógicas por meio de linguagens outras, como a expressão artística, o trabalho com linguagens corporais e mesmo outras racionalidades terapéuticas.” (Ayres 2009, p. 70). Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Ayres también entiende el cuidado como una categoría que permite designar simultáneamente tanto una comprensión filosófica como una actitud práctica en las acciones de salud. En este sentido el autor argumenta que en términos filosóficos:

Cuidar es querer, es hacer proyectos (...). *El querer es el atributo y el acto de ser*. Cuidar es sostener en el tiempo, contra y desde la resistencia de la materia, una forma de ser simplemente humana. Pero es también soplar el espíritu, es decir, ver que esta forma no es pura materia suspendida en el tiempo (mismidad), sino un ser que intenta ser permanentemente, un ser “que se quiere” (ipseidad) (Ayres 2009, pp. 36-37).¹⁷

Al introducir esta idea de cuidado en el plano concreto de las prácticas de salud, para Ayres también sería posible mantener su significado principal en la medida en que:

Para cuidar se tienen que considerar y construir proyectos; hay que sustentar, a lo largo del tiempo, una cierta relación entre la materia y el espíritu, el cuerpo y la mente, moldeados a partir de una forma que el sujeto quiere oponer a la disolución, inerte y amorfa, de su presencia en el mundo. Entonces es forzoso saber cuál es el proyecto de felicidad que está allí en cuestión, en el acto asistencial, mediato o inmediato. La actitud de cuidar no puede ser apenas una pequeña y subordinada tarea parcial de las prácticas de salud. La actitud “cuidadora” precisa expandirse también hacia la totalidad de las reflexiones e intervenciones en el campo de la salud. (Ayres 2009, p.37)¹⁸

Por lo que Ayres sugiere que cuidar supone trabajar y transitar en función de lo que denomina el proyecto de felicidad de las/os usuarias/os, pensado en términos de “qué concepción de vida exitosa orienta los proyectos existenciales de los sujetos a quienes prestamos asistencia” (Ayres 2009, p.62)¹⁹, y entendiendo que la idea de felicidad supone una experiencia valorada positivamente (Ayres 2018). A la par de estas consideraciones, una

¹⁷ “Cuidar é querer, é fazer projetos (...). *Querer é o atributo e o ato do ser*. Cuidar é sustentar no tempo, contra e a partir da resistência da matéria, uma forma simplesmente humana de ser. Mas é igualmente soprar o espírito, isto é, ver que essa forma não seja pura matéria suspensa no tempo (mesmidade), mas um ser que permanente trata de ser, um ente “que se quer” (ipseidade) (Ayres 2009, pp. 36-37). Traducción libre de la autora.

¹⁸ “Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcial das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. (Ayres 2009, p.37). Traducción libre de la autora.

¹⁹ “qué concepção de vida bem sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência” (Ayres 2009, p.62). Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

indicación valiosa del autor apunta a la construcción de un posicionamiento político que reconozca las dimensiones singular y colectiva del proyecto de felicidad, ya que:

...si bien se acepta que la felicidad humana es, en esencia, una experiencia de carácter singular y personal, de lo que se trata cuando se discute la humanización de la atención de la salud como una *propuesta política*, que contempla también a las instituciones del Estado, es de la validación democrática de valores que puedan aceptarse públicamente como promotores de esa experiencia de *felicidad*²⁰ (Ayes 2018, p.116).

Lo que implicará, entre otras cuestiones, tener en cuenta que gran parte de los obstáculos a la felicidad provienen de la vida en común, por lo que sólo colectivamente se podrán construir respuestas efectivas para superarlos (Ayes 2018). Del mismo modo el autor destaca que:

La distribución de los recursos para la protección contra las enfermedades, la recuperación a partir de ellas o la minimización de impactos negativos sobre la vida, tanto como la propia concepción y operación de dichos recursos, son igualmente productos de la vida social, en la cual finalidades y medios son continua e interactivamente reconstruidos.

Por ello, para la construcción del Cuidado, tan importante como invertir en la reflexión y transformación de las características de las interacciones interpersonales en los actos asistenciales y a partir de los mismos, es sumergirse, una vez más y cada vez más, en las raíces y significados sociales de las enfermedades en su condición de obstáculos colectivamente puestos a proyectos de felicidad humana y de forma articulada, de la disposición socialmente dada de las tecnologías y servicios disponibles para su superación. En ese sentido, en la producción sobre el Cuidado, se considera de fundamental relevancia la articulación de iniciativas teóricas y prácticas que vinculen los cuidados individuales a aproximaciones de corte sociosanitario (Ayes 2018, pp. 135-136).

También resulta pertinente recuperar dos aspectos fundamentales que para Ayes se entrelazan en el cuidado y que resultan cruciales para la humanización de las prácticas de salud: la responsabilidad y la identidad. Se trata de aspectos mutuamente implicados ya que por un lado responsabilizarse supone hacerse cargo de las propias acciones, lo que conlleva la necesidad de que tanto los equipos de salud como quienes formulan y gestionan las políticas: “se cuestionen por qué, cómo y cuánto se responsabilizan por los proyectos de felicidad de las

²⁰ Cursivas en el original.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

personas cuya salud cuidan, preocupándose, al mismo tiempo, por hasta qué punto esos individuos son concedores y partícipes de tales compromisos” (Ayres 2018, p.128-129). Por otro lado, asumir ciertas responsabilidades en la relación con el/la otro/a implica cuestiones de identidad, ya que según Ayres:

...preguntarse por qué, cómo y cuán responsable se es por algo es como preguntarse quién se es, qué lugar se ocupa ante el otro. Esa reconstrucción continua de identidades en y por el Cuidado, tanto desde el punto de vista existencial como desde el punto de vista de las prácticas de salud, es otro aspecto al que se debe prestar atención cuando se trata de humanizar la atención a la salud (Ayres 2018, p.129).

Una investigadora que recupera los aportes de Ayres para proponer un enfoque psicosocial del cuidado es Paiva (2018), autora que pone en valor la perspectiva del cuidado orientada por un enfoque de derechos y reductor de vulnerabilidad que colabore en la construcción y concreción de los proyectos de felicidad de las/os usuarias/os (Paiva 2018). Para Paiva, la dimensión psicosocial del cuidado debe responder a estos proyectos de felicidad y de calidad de vida enmarcándose en un proceso de trabajo “que acoja esa imaginación creadora y no la moralice con tradiciones discursivas” (Paiva 2018, p.89). En línea con esta propuesta concibe al cuidado desde una perspectiva emancipatoria en la medida en que:

...cuando hay creatividad por parte de los profesionales de salud para formular propuestas en los servicios de salud y planear la dimensión psicosocial del Cuidado conforme la definimos, se ofrece la invitación a la emancipación de un sufrimiento que sólo puede ser comprendido como psicosocial, es decir, sufrimiento o limitación implicado en el contexto (de la persona y en la persona). La emancipación será, en consecuencia, necesariamente psicosocial (Paiva 2018, p103).

En síntesis, lo hasta aquí retomado da cuenta de cómo la perspectiva de Ayres aporta valiosas contribuciones conceptuales acerca del cuidado como categoría que apuesta fuertemente a enriquecer la praxis en el campo de la salud colectiva.

A continuación se ha decidido recuperar los trabajos de Merhy y Franco en torno a la producción de cuidado desde el enfoque de los procesos de trabajo. Dado que sus aportes enlazan en forma dialéctica procesos de producción de cuidado y de subjetividad, se

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

consideran potentes desarrollos conceptuales para indagar el objeto de estudio de la presente investigación.

5.2.3.2 Los procesos de trabajo en la producción de cuidado en salud

Merhy y Franco son autores que en el contexto de la salud colectiva brasileña han estudiado la producción de cuidado ligada a los procesos de trabajo en salud a partir de un referencial que se enmarca en las teorizaciones de Deleuze y Guattari, centrando sus investigaciones en las fuerzas micropolíticas, posibilitadoras de múltiples conexiones rizomáticas. En este sentido, sostienen que el análisis de la micropolítica resulta pertinente para despejar las prácticas que operan en la multiplicidad de los procesos de trabajo en el cotidiano de los servicios de salud, prácticas en las que se entrecruzan dimensiones ético-políticas y subjetivas (Franco y Merhy 2011). Para los autores, la micropolítica de los procesos de trabajo en salud alude al despliegue de las acciones y decisiones en el plano cotidiano que realizan, en acto, la producción de cuidado, con un carácter eminentemente relacional (Franco y Merhy 2009). En este sentido, Franco y Merhy harán hincapié en el papel de los procesos de trabajo en la producción del cuidado al señalar que:

El cuidado se produce a partir del protagonismo de cada sujeto, individual o colectivo, en la escena de la producción de salud, es decir, en el lugar de encuentro entre los trabajadores de los servicios y los usuarios, que son los destinatarios finales de todo el esfuerzo productivo. (...)

El trabajador es detentor de una determinada propuesta de organización de la producción del cuidado, como también portador de una cierta subjetividad que opera en el acto de su intervención sobre el otro, produciendo el cuidado. Cuenta cómo ve a sus compañeros de equipo, cómo valora la vida del otro, cómo se dispone a actuar, etcétera. En salud cuenta el modo en que el trabajador asume determinadas actitudes ético-políticas junto a sus pares, sus dirigentes y los usuarios. Y esas actitudes están siempre entre el polo de un cuidado burocrático, poco cuidadoso e ineficaz, o un cuidado más receptivo, que establece vínculos y responsabilidades con relación al usuario y su problema de salud. (Franco y Merhy 2016, pp. 109-110).

Para Merhy (2016), en cada encuentro entre trabajador de la salud y usuario dirigido a la producción del cuidado se va a generar un espacio intercesor que estará presente, cada vez, en acto:

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

La imagen de ese espacio es similar a la de la construcción de un espacio común, en el cual uno interviene sobre el otro, por eso se caracteriza como proceso intercesor y no como una simple intersección, pues contiene en su constitución la lógica de la mutua producción en acto micropolítico, que supone la producción de uno en el otro (Merhy 2016, p. 152).

Partiendo de la categoría de tecnologías, Merhy (2006) distingue la presencia de tres tipos de tecnologías en los procesos de trabajo en salud: las tecnologías duras, compuestas tanto por maquinarias y aparatología utilizados como instrumentos para el trabajo en salud, así como por normas y estructuras organizacionales; las blanda-duras, que incluyen los diversos saberes y conocimientos disciplinares estructurados, que al ponerse en juego con el otro conllevan un componente relacional; y las tecnologías blandas o leves, que están compuestas por los procesos relacionales, vinculares, ligados al encuentro con el otro, que operan tanto en el plano del acogimiento como de la gestión, y para las que se también serán necesarios conocimientos específicos. Estas tecnologías son fundamentales para que las/os trabajadoras/es de la salud desarrollen las actividades cuidadoras en su interacción con las/os usuarias/os, por lo que deberían primar en los procesos de trabajo en salud, en tanto son pilares para desempeñarse a nivel del núcleo cuidador inherente a toda práctica de salud (Merhy 2006). Respecto de la dimensión cuidadora de las prácticas de salud, Merhy señala que ésta apunta a producir: procesos de habla y escucha, relaciones intercesoras con el usuario y el modo como éste construye sus necesidades en salud, relaciones de acogimiento y vínculo, un determinado posicionamiento ético y la articulación de saberes en función de los proyectos terapéuticos (Merhy 2016, p. 91).

Si bien las tres variantes de tecnologías operan en los procesos de trabajo en salud, la distinción propuesta por Merhy permite visualizar qué tipo de tecnologías son predominantes, comandando las acciones de los servicios y su relación con las/os usuarias/os. Así, en el modelo tecnoasistencial hegemónico, los procesos de trabajo fuertemente centrados en una lógica de producción de procedimientos, comandados por tecnologías duras y dura-blandas, subestiman fuertemente el papel de las tecnologías blandas. Al concebirlas como secundarias, las/os trabajadoras/es empobrecen su dimensión cuidadora y, por ende, su responsabilización por las/os usuarias/os.

Teniendo en cuenta lo anterior, la particular conformación tecnológica que adquiera un servicio de salud formará parte de la micropolítica de los procesos de trabajo. En este sentido,

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Merhy señala la relevancia de analizar dos procesos agenciados por todo trabajador de la salud: clínicos, que implican operaciones de cuidado, productoras de responsabilización, acogimiento y vínculos; y gerenciales, en términos de los procesos de gestión de la red necesaria para llevar adelante el proceso de cuidar en el marco de un proyecto terapéutico centrado en las necesidades del usuario (Merhy 2006).

Para Merhy (2006) el trabajo en salud gira principalmente en torno al trabajo vivo en acto, que implica al trabajo en el mismo momento de su producción, en el que predominan las tecnologías blandas ya que se toman las decisiones y se generan acciones en el momento mismo del encuentro con el otro. Uno de sus rasgos característicos es el alto grado de libertad con el que se despliega, ya que en lo fundamental son los propios trabajadores quienes a partir de sus modos de pensar y actuar definen las características de su trabajo (Merhy 2006, Franco y Merhy 2009, Franco y Merhy 2011).

No obstante, una permanente tensión entre regulación y libertad imprime un sello particular al trabajo en salud (Franco 2006). Franco formula la perpetua tensión entre líneas de regulación normativas y líneas de libertad en los siguientes términos:

El trabajo vivo sufre procesos de captura por la normativa que hegemoniza el funcionamiento del servicio de salud, pero, al mismo tiempo, su capacidad rizomática, de abrir líneas de fuga y trabajar con lógicas más propias, que son del propio sujeto que opera el sistema productivo, es capaz de encontrar nuevos territorios de significaciones, que dan sentido para, por ejemplo, la producción de cuidado cuando tratamos del caso de salud. (Franco 2006, p. 460)²¹.

En este sentido señala que el trabajo vivo se distingue por estar formado por flujos que se conectan en forma rizomática, por ser autogobernable, potencialmente instituyente y creativo, en tanto capaz de posibilitar el despliegue de líneas de fuga. Este trabajo posibilita la construcción de redes en el cotidiano a partir de flujos y conexiones, que trazan caminos según las necesidades de los usuarios y las posibilidades con que cuentan esas redes (Franco 2006).

²¹ “O trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, mas, ao mesmo tempo, sua capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde. (Franco 2006, p. 460). Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Para este autor las redes son inherentes al trabajo en salud, no obstante en su conformación y modos de operar podrán adoptar diversas formas, según predomine la normatividad o bien el trabajo vivo. Es por esto que señala la importancia de indagar, en cada servicio o equipo de salud, qué tipo de red se construye y cuál es su modo de funcionamiento, esto es, si tiende más hacia lo molar, capturada por prácticas serializadas; o hacia lo molecular, produciendo múltiples flujos productores de cuidado y que posibilitan la aparición de lo nuevo (Franco 2006). Frente a esta posibilidad de captura, Franco (2006) propone el enlace de la autogestión con el auto-análisis, en términos de un conocimiento contextualizado de la realidad en la que opera el trabajador, que potencie la capacidad de intervenir en ésta para salirse del aprisionamiento. Además, esta captura opera sobre el deseo, que para Deleuze y Guattari implica una energía cuyo rasgo característico es la de ser una fuerza productora del mundo social. Será este deseo el que, al encontrarse siempre en agenciamientos, movilice e implique a los trabajadores de los servicios de salud desde una ética del cuidado y responsabilización por los usuarios (Franco y Merhy 2011).

A partir de los planteos de estos autores resulta posible articular los planos de las representaciones y de las prácticas, en la medida en que las representaciones implican significados que orientan a los trabajadores en su modo de percibir y actuar en el mundo, lo que da lugar a una composición singular. De acuerdo al modo singular como el trabajador signifique a los usuarios y a los otros trabajadores, operará de determinadas maneras, pero este modo de significar podrá variar en función de los encuentros con esos otros, lo que devendrá en cambios a nivel de la producción de subjetividad (Franco 2006).

Para Franco, apoyado en las ideas de Deleuze y Guattari, es en el plano de la subjetividad, como producción social atravesada por la experimentación de la vida, donde se juegan los modos específicos de significar y comprender el mundo. Esta subjetividad tiene una fuerte capacidad de incidir y darle forma a las prácticas (Franco y Merhy 2009), por lo que si se pretenden transformar éstas, inevitablemente habrá que actuar en el plano de la subjetividad. Es posible encontrar en su planteo puntos en común con los desarrollos de Campos (2009), ya que ambos focalizan en la importancia de actuar en la producción de subjetividad para propiciar transformaciones en los servicios de salud, así como en la potencia de diseñar de proyectos terapéuticos singulares de acuerdo a las necesidades de los usuarios.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Se ha decidido incluir el análisis de los procesos de trabajo en salud propuesto por Franco y Merhy (2009) ya que posibilita acercarse a los mecanismos por los cuales pueden generarse diversos modos de producción del cuidado y procesos de subjetivación en el marco de una institución de salud, tanto en el sentido de una liberación como de una sujeción reproductora de prácticas de tutelaje. En este sentido, se asume que en las prácticas de salud pueden operar simultáneamente tanto líneas productoras de una subjetividad capitalística, caracterizada por segmentaciones binarias; así como líneas de fuga moleculares, que liberan de esta sujeción a los binarismos y posibilitan agenciamientos colectivos de deseo (Deleuze y Guattari 2006, Guattari 2013).

Tomando las conceptualizaciones de Deleuze y Guattari; Merhy, Feuerwerker y Silva (2012) apuntan que el manicomio se caracteriza fundamentalmente por la restricción de las redes de conexiones existenciales solo a los territorios ordenados por la enfermedad, lo que da cuenta de un posicionamiento anulador de otros modos de vida posibles. Los autores se detienen en el nivel de la micropolítica del trabajo vivo en acto para analizar cómo el interjuego de las tecnologías en salud pueden llevar a una ampliación o bien a una inhibición de estas redes de conexiones existenciales. En uno de sus estudios se proponen analizar las barreras y la accesibilidad en salud mental en términos cualitativos, entendiendo la barrera como aquello que corta las redes de conexiones existenciales y el acceso como una vía que las posibilita. Esta distinción los lleva a preguntarse, en cada caso, si el cuidado desde un determinado servicio le sirve o no a ese usuario para ampliar sus redes de conexiones existenciales, lo que implica la posibilidad de que dicho servicio funcione, o bien en términos de barrera, o bien como acceso (Merhy, Feuerwerker y Silva 2012).

En este punto resulta importante señalar que para Merhy (2016) la producción de cuidado se anuda a “un cierto modelado tecnológico de realizar el encuentro entre el usuario y su mundo de necesidades, como expresión de su ‘modo de andar la vida’, y las distintas formas productivas (tecnológicas) de capturar y hacer de ese mundo su objeto de trabajo” (Merhy 2016, p. 88). En el proceso de producción de cuidado los tres tipos de tecnologías pueden estar presentes, pero tendrán diversas configuraciones según el modelo tecnoasistencial que predomine, lo que redundará en una mayor o menor eficacia del cuidado producido (Franco y Merhy 2016). La producción de cuidado involucra “...una compleja trama de actos, de procedimientos, de flujos, de rutinas, de saberes, en un proceso dialéctico

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

de complementación, pero también de disputa”²² (Cecilio y Merhy 2003, p. 198), dado que coexisten múltiples lógicas, saberes, prácticas, sentidos e intereses (Cecilio y Merhy 2003). A partir de las relaciones y tensiones entre estos componentes, que incluyen la implementación de distintas tecnologías, las prácticas de salud podrán favorecer u obstaculizar la integralidad en la producción de cuidado. En palabras de Merhy y Franco, el perfil del cuidado será producto de la micropolítica del proceso de trabajo, esto es, del actuar cotidiano y del uso de distintas tecnologías por parte de los trabajadores de la salud, en sus relaciones con los otros trabajadores y con los usuarios (Merhy y Franco 2016). Teniendo en cuenta las características del modelo tecnoasistencial hegemónico ya mencionado, Franco y Merhy proponen apostar a un proceso de transición tecnológica para construir formas más eficaces de producir el cuidado, basadas en las tecnologías más relacionales y dependientes del trabajo vivo:

La transición tecnológica implica un nuevo patrón de producción del cuidado, que altera no solo el modo de organización del proceso productivo, sino que además invierte la composición técnica del trabajo, configurando la hegemonía del trabajo vivo en los procesos de trabajo, mediada por ciertas intencionalidades vinculadas con el acto de cuidar, lo que significa operar la asistencia con sentidos diferentes de los existentes en el ‘modelo medico hegemónico, productor de procedimientos’, pues su acción está volcada al campo de necesidades de los usuarios (Franco y Merhy 2016, p. 178).

De lo anterior se desprende que el análisis de los procesos de trabajo posibilita identificar qué tipos de tecnologías predominan y a qué actos dan lugar los encuentros entre trabajadores y usuarios. Para analizar estos procesos de trabajo y desentrañar algunos de sus problemas, Franco y Merhy se valen de una serie de herramientas metodológicas, entre ellas la construcción de un flujograma descriptor, como instrumento analizador que toma el relato de los trabajadores para representar gráficamente su proceso de trabajo a partir del recorrido que va trazando un usuario por los servicios de salud. El armado de este flujograma aporta datos sobre la atención del usuario que es tomado como analizador, datos que posteriormente serán objeto de interpretación y análisis, apostando al surgimiento de un sentido y una apropiación del proceso de trabajo que redunde en el modo de operar de esos trabajadores (Franco y Merhy 2004).

²² “...uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa.” (Cecilio y Merhy, 2003, p. 198). Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Las aproximaciones de estos autores resultan contribuciones relevantes para un posicionamiento que no se inscriba en un pensamiento simplificador, sino que busque adentrarse en la complejidad del cotidiano de un hospital de día de un servicio de salud mental para analizar los procesos de cuidado y subjetivación a que este da lugar. Por lo que los aportes mencionados se toman para el análisis en la medida en que posibilitan visualizar procesos que operan en el plano de la micropolítica del trabajo en salud y la producción de subjetividad. Además, como ya se señaló anteriormente, constituye un marco referencial escasamente utilizado en estudios que indagan problemáticas del campo de la salud mental en Argentina.

5.2.4 Rehabilitación psicosocial

En tanto el objeto de investigación indaga la producción de cuidado desde la perspectiva de las y los trabajadores, otro concepto que se ha decidido incluir, teniendo en cuenta los estudios indicados en el estado del arte, es el de rehabilitación psicosocial. En la medida en que en la mayoría de los estudios se asocia la rehabilitación con el ejercicio de ciudadanía, resulta pertinente la definición propuesta por Saraceno B., De Luca L. y Montero Barquero F., para quienes la rehabilitación consiste en el:

...conjunto de todas las actividades tendentes a la maximización de las oportunidades del individuo, para su recuperación y a la minimización de los efectos discapacitantes de la cronicidad (...) La rehabilitación es una actitud estratégica del trabajador, una condición emotiva del encuentro entre el servicio y el usuario, una política de superación de las separaciones existentes entre los diferentes ambientes y recursos disponibles. (Saraceno, De Luca y Montero Barquero 1992, pp. 9-10).

Tanto los conceptos mencionados, así como el marco normativo establecido en la Ley Nacional de Salud Mental, han servido como instrumentos para acceder a las representaciones y prácticas de las y los trabajadores acerca de la producción de cuidado el hospital de día, lo que constituye el objeto de la presente investigación.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

6. Objetivo general

Describir y analizar la relación entre las representaciones y prácticas de los trabajadores en la producción de cuidado en el hospital de día del servicio de Salud Mental del H.I.G. Dr. José Penna de Bahía Blanca.

7. Objetivos específicos

Identificar las representaciones de los trabajadores acerca de la producción de cuidado en el hospital de día del servicio de Salud Mental del H.I.G. Dr. José Penna de Bahía Blanca.

Describir las prácticas de los trabajadores que se relacionan con la producción de cuidado en el hospital de día del servicio de Salud Mental del H.I.G. Dr. José Penna de Bahía Blanca.

Analizar la relación entre las representaciones de los trabajadores acerca de la producción de cuidado y las prácticas que sostienen en esta institución.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

8. Metodología

Esta investigación es un estudio cualitativo descriptivo que indagó las representaciones y prácticas de las y los trabajadores acerca de la producción de cuidado en el hospital de día de un servicio de Salud Mental de un hospital general de Bahía Blanca.

Se realizó en la ciudad de Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, entre septiembre de 2018 y febrero de 2019, en instalaciones de la institución así como en otros espacios pertinentes para el relevamiento de datos. Por tratarse de un estudio cualitativo en un servicio de tamaño reducido, no se seleccionó una muestra sino que el criterio de inclusión abarcó a la mayor parte de las y los trabajadores del hospital de día. Se consideró trabajador/a a lo que la Organización Mundial de la Salud denomina “trabajador sanitario”, categoría que incluye a toda persona cuyas tareas se orientan a promover la salud y se encuentran remuneradas (Organización Mundial de la Salud 2006).

Entre los distintos tipos de estudios cualitativos, el estudio de caso se muestra como un método adecuado para estudiar un objeto en profundidad. Yin (2009) sostiene que estos estudios suelen utilizarse para indagar procesos y fenómenos complejos diversos, sean individuales, grupales, organizacionales, políticos, etc. y en los que las preguntas de investigación giran en torno al cómo o el por qué de su producción. Para este autor el estudio de caso constituye una investigación de un fenómeno en profundidad, que incluye la importancia del contexto en el que se inscribe y del cual suele resultar difícil delimitarlo (Yin, 2009).

Vasilachis de Gialdino (2006) retoma de Stake (1999) que en los estudios de caso el énfasis en la particularización y la profundidad sustituyen la validez de la generalización de sus resultados, no obstante pueden iluminar problemas más amplios o similares; y señala que “El caso es definido como un sistema delimitado en tiempo y espacio de actores, relaciones e instituciones sociales donde se busca dar cuenta de la particularidad del mismo en el marco de su complejidad” (Vasilachis de Gialdino 2006, p. 220).

Para Stake (1999) el caso constituye un sistema, por lo que no recomienda utilizarlo para estudiar procesos, y se caracteriza por su particularidad:

El cometido real del estudio de casos es la particularización, no la generalización. Se toma un caso particular y se llega a conocerlo bien, y no

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

principalmente para ver en qué se diferencia de los otros, sino para ver qué es, qué hace. Se destaca la unicidad, y esto implica el conocimiento de los otros casos de los que el caso en cuestión se diferencia pero la finalidad primera es la comprensión de este último. (Stake 1999, p. 20).

Los estudios de caso se caracterizan por el empleo de diversas fuentes de información para abarcar y describir el objeto de estudio (Yin 2009; Minayo 2009), lo que supone una búsqueda de “la mayor riqueza posible, respetando la mirada de los actores sociales involucrados” (Vasilachis de Gialdino 2006, p. 220). Para Minayo:

Los estudios de caso utilizan las estrategias de investigación cualitativa para mapear, describir y analizar el contexto, las relaciones y las percepciones con relación a la situación, fenómeno o episodio en cuestión. Y son útiles para generar conocimiento sobre características significativas de eventos vivenciados, tales como intervenciones y procesos de cambio (Minayo, 2009, p. 133).

Si bien se tiene presente que “las elecciones metodológicas facilitan a la vez que restringen o limitan nuestro acceso a los problemas que buscamos abordar, teniendo consecuencias tanto a nivel descriptivo como en el análisis y elaboración teórica de los datos” (Sy 2013, p. 144), en función de la delimitación del objeto de estudio y de las ventajas del estudio de caso arriba señaladas, es que se ha optado por esta modalidad, en la medida en que se consideró pertinente para posibilitar su adecuado abordaje.

8.1 El hospital de día del Hospital Interzonal General Dr. José Penna como espacio de la investigación

El hospital de día del H.I.G. Dr. José Penna de la ciudad de Bahía Blanca es un servicio ambulatorio emplazado a unos trescientos metros de las instalaciones correspondientes al hospital general, de cuyo servicio de Salud Mental depende. Creado en el año 1998, funciona de lunes a viernes en la franja horaria de 8.30 a 15 horas. A este espacio concurren personas que cuentan con tratamiento psiquiátrico y/o psicológico en el servicio de Salud Mental y cuyos diagnósticos pueden encuadrarse mayormente en lo que se ha denominado como trastornos mentales severos.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

El equipo técnico del hospital de día está compuesto por dos residentes de psicología, una psicóloga de planta, una trabajadora social becaria, una trabajadora social residente, dos residentes de psiquiatría, tres enfermeras y un trabajador social que recientemente ha comenzado a ejercer la función de jefatura. Las y los usuarios cuentan con seguimientos variables por distintos miembros de este equipo técnico, según sus necesidades, demandas y situaciones particulares.

Se trata de un servicio que ofrece actividades principalmente grupales entre las que se encuentran talleres productivos y creativos, asambleas y eventuales actividades sociales en la comunidad. Al momento de la investigación el hospital de día contaba con los talleres de revista, pintura, radio, huerta y música, distribuidos en los distintos días de la semana. Además, algunas de las personas usuarias del hospital de día participaban de un taller de teatro en un teatro de la ciudad y de un programa de radio en Radio Universidad, ambos espacios sostenidos a través de proyectos de extensión de la Universidad Nacional del Sur. Los talleres de pintura, radio, huerta, música y teatro estaban coordinados por talleristas de diversas disciplinas, entre ellas música, artes plásticas, agronomía y periodismo. El taller de revista era coordinado por residentes de psicología, trabajo social y eventualmente psiquiatría. También semanalmente se reunían usuarias/os y trabajadoras/es en un grupo de reflexión al cual no podían ingresar personas ajenas a la institución tales como estudiantes o la investigadora. Las asambleas eran convocadas con frecuencias variables en función de ciertas necesidades emergentes. Asimismo en esta institución las y los usuarios contaban con la posibilidad de almorzar de lunes a viernes.

Durante algunos años las/os talleristas fueron financiados con fondos provenientes del presupuesto municipal. A comienzos de 2016, la decisión municipal de no continuar con el financiamiento de este recurso ha implicado por momentos la reducción de las actividades del hospital de día y la búsqueda de otras fuentes de financiamiento. Recientemente se ha iniciado un proyecto de espacio cultural, cuyas características fueron objeto de indagación en esta investigación.

Resulta necesario contextualizar el hospital de día en el marco del servicio de Salud Mental del cual depende, servicio que cuenta con una sala de internación, consultorios externos de psiquiatría y psicología, atención e internación de salud mental en la guardia general, unidad de alcoholismo y la coordinación técnica de hogares para personas externadas

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

(financiados por el municipio de Bahía Blanca), denominado PREA (sigla que corresponde a Programa de Rehabilitación y Externación Asistida). Este servicio cuenta con una jefatura de servicio general a cargo de una psiquiatra, con las jefaturas de sala de internación y de la unidad de alcoholismo, también a cargo de profesionales psiquiatras, y con una Unidad de Psicología cuya jefatura la ejerce una psicóloga. Dada su condición de servicio de un hospital provincial interzonal, brinda atención a pacientes de los diversos municipios que componen la Región Sanitaria I del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.²³ No obstante la modalidad de dicha atención se ha modificado en los últimos años, ya que actualmente recibe menos derivaciones para evaluación e internación de los municipios de la región, dada la creciente tendencia a que los procesos de atención e internación se produzcan en el contexto de residencia de las personas, en consonancia con lo planteado por la Ley Nacional de Salud Mental.

Retomando las particularidades del hospital de día descritas, podría anticiparse que algunas de sus características, tanto edilicias como de la cantidad y condiciones del personal y de los recursos asignados, lo colocan en una situación de desventaja respecto de otros espacios del servicio de Salud Mental. Estas peculiaridades fueron tenidas en cuenta a los fines de la investigación, ya que se trata de aspectos que inciden en el desempeño cotidiano.

En función del recorrido previo de la investigadora y en línea con algunos hallazgos retomados en el estado del arte, la presente investigación en un primer momento apuntaba a estudiar los procesos de cronificación de las y los usuarios desde la perspectiva de las y los trabajadores. Posteriormente, tras el planteo de dificultades desde los miembros del servicio de Salud Mental para aceptar la investigación en estos términos, se decidió redefinir el objeto para explorar en profundidad las representaciones y prácticas acerca de producción de cuidado desde la perspectiva de las y los trabajadores del hospital de día, teniendo en cuenta sus modos de funcionamiento y procesos de trabajo.

²³ La Región Sanitaria I comprende los partidos de Adolfo Alsina, Adolfo Gonzales Chávez, Bahía Blanca, Coronel Rosales, Coronel Dorrego, Coronel Pringles, Coronel Suárez, Guaminí, Monte Hermoso, Patagones, Puán, Saavedra, Tornquist, Tres Arroyos y Villarino.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

8.2 Acerca de la investigadora

Quien realizó esta investigación se ha formado como residente de psicología en el servicio de Salud Mental del H.I.G. Dr. José Penna entre los años 2009 y 2014, por lo que algunas de las personas entrevistadas han sido compañeras de trabajo durante el periodo mencionado y siguen en contacto con la investigadora en otros espacios de intercambio ligados a la salud mental. No obstante, dados los fines de la presente tesis que implican la aproximación a un objeto de conocimiento delimitado científicamente y que corresponde al mundo social, resulta pertinente valerse de lo planteado por Bourdieu acerca de la necesidad de operar una ruptura epistemológica que implique la construcción de una “nueva mirada” (Bourdieu y Wacquant 2014, p. 307):

Lo que se llama “ruptura epistemológica”, es decir la puesta entre paréntesis de las pre-construcciones habituales y de los principios comúnmente en funcionamiento en la elaboración de dichas construcciones, a menudo presupone una ruptura con modos de pensar, conceptos y métodos que tienen a favor toda la apariencia del *sentido común*, del sentido ordinario, y del buen sentido científico (todo aquello que la tradición positivista dominante honra y reverencia) (cursivas del original). (Bourdieu y Wacquant 2014, p. 308).

Estos señalamientos, así como aquel que sostiene la necesidad de una objetivación: “...que no sea la visión meramente parcial y reduccionista que uno puede adquirir, estando dentro del juego, (...) sino más bien la visión abarcadora que se adquiere de un juego que es posible captar como tal por haberse retirado de él” (Bourdieu y Wacquant 2014, p. 316), se tuvieron en cuenta a lo largo de todo el proceso de trabajo de campo, procurando ejercer una continua vigilancia epistemológica (Bourdieu, Chamboredon y Passeron 2002) que contribuyera a sostener la ruptura mencionada. Esta vigilancia se valió del esfuerzo por situar la posición personal de la investigadora, apelando a recursos como el ejercicio de explicitar tanto la inevitable afluencia de recuerdos y significaciones ligados a la práctica previa de la investigadora como residente de psicología, como la resonancia frecuente con afectos, situaciones y terminología ligados a la trayectoria y práctica profesional como psicóloga y docente, con un enfoque y un posicionamiento teórico-político particular en el campo de la salud mental. En este sentido, a la hora de mirar, escuchar y analizar lo relevado en el

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

cotidiano se procuró poner entre paréntesis —en el sentido de tomar distancia de— estos recuerdos y significaciones en tanto preconstrucciones habituales, teniendo presente el riesgo de que el contacto y la familiaridad con la institución y algunas/os de sus miembros puedan conducir a que las observaciones sean confundidas con prejuicios (Arakaki 2011). Siguiendo a Bourdieu, Chamboredon y Passeron (2002) y a Arakaki (2011), se consideró la posibilidad de que los preconceptos emergentes de la familiaridad aludida adquieran la forma de una “ilusión de la transparencia” (Bourdieu, Chamboredon y Passeron 2002, p.150) que funcione como obstáculo epistemológico en la aproximación al objeto de estudio. Para enfrentar tal obstáculo resulta indispensable un ejercicio de extrañeza que opere como precaución “para luchar metódicamente contra la ilusión de un saber inmediato que funde la familiaridad con el mundo social” (Bourdieu, Chamboredon y Passeron 2002, p. 153). Por lo que fue preciso elucidar estas preconstrucciones, transitar el proceso de investigación teniendo presente y tratando de registrarlas en la medida de lo posible, para objetivar y limitar su incidencia en la relación con el objeto de estudio. Algunos elementos que ayudaron a sostener este ejercicio fueron el cuidado por la rigurosidad descriptiva de las observaciones y la profundización en las significaciones propias de las personas entrevistadas, desde una sensibilidad atenta al punto de vista nativo (Martínez Hernández 2009), las reiteradas lecturas de los registros y la prolongada presencia en el campo desde un lugar inédito hasta el momento para la investigadora, soportes claves que se considera contribuyeron a captar con una adecuada vigilancia epistemológica la lógica del objeto de estudio.

8.3 Fuentes de datos e instrumentos

Las fuentes de datos que se utilizaron fueron primarias, obtenidas a partir de entrevistas semiestructuradas y observación participante. En este sentido se sigue la propuesta de Bourdieu “de movilizar todas las técnicas que sean relevantes y prácticamente utilizables, dada la definición del objeto y las principales condiciones de la recolección de datos” (Bourdieu y Wacquant 2014, p. 281).

Teniendo en cuenta la complejidad que representa el objeto de estudio, en el trabajo de campo se articularon diversos instrumentos de investigación cualitativa a los fines de captar las dimensiones de las representaciones y prácticas de las y los trabajadores del hospital de

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

día. En su origen el proyecto preveía incluir también la técnica de grupo focal, la cual decidió no realizarse debido a la amplia riqueza de material ya aportado por las observaciones y entrevistas.

Se seleccionó la entrevista semiestructurada, planteada por Minayo como herramienta flexible que apunta a indagar las propias vivencias del entrevistado y provocar sus propias visiones e interpretaciones. Para lograrlo, se confeccionó una guía de entrevista conformada por una serie de ítems que posibilitaron ampliar y profundizar los distintos matices del objeto de estudio para hacer emerger las relevancias. Esta guía se implementó de modo flexible en el transcurso del trabajo de campo, producto de las interacciones con los entrevistados, de lo emergente en las observaciones y del constante proceso reflexivo llevado a cabo por la investigadora (Minayo 2009).

En cuanto a la observación, algunos investigadores (Benevides *et al.* 2010) la utilizan como modo de confrontar lo dicho bajo las diversas modalidades del discurso con la práctica concreta en el espacio donde se produce, procurando hallar sus congruencias y discordancias. A diferencia de lo planteado por estos autores, en este estudio se sostiene que el valor de este instrumento va más allá de dicha confrontación y está dado por su potencia para acceder a dimensiones y características de las prácticas y los procesos de trabajo que se producen en el hospital de día, y a las lógicas disciplinarias en su articulación con las relaciones de poder que de otro modo quedarían vedadas para el/la investigador/a. Siguiendo a Strasser, la observación no ha servido para enmendar contradicciones entre prácticas y representaciones sino a los fines de analizar el vínculo complejo entre ambas y recuperar lo que no es dicho, por diversos motivos (Strasser 2011).

La determinación de la cantidad de entrevistas y observaciones siguió un criterio de saturación, que al decir de Minayo implica "...el conocimiento formado por el investigador, en el campo, al conseguir comprender la lógica del grupo o de la colectividad en estudio" (Minayo 2009, p. 164).

Se tuvo en cuenta que la sola presencia de la investigadora, con sus acciones, sus actitudes, afectan el medio observado, por lo que se procuró reconocer esta incidencia en los registros observacionales (Guber 2016).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

8.3.1 Observación participante con diario de campo

Se utilizó en primera instancia la observación participante de diversos aspectos del hospital de día como herramienta que posibilitó una primera aproximación al campo. Se consideró que a partir de lo relevado a través de este medio podrían surgir nuevos interrogantes a ser explorados en las entrevistas. Además esta técnica resulta privilegiada para acceder a procesos tanto personales como grupales, permite aprehender acciones, relaciones y vínculos en el propio contexto en que éstos se producen y propiciar el surgimiento de intercambios espontáneos (Sy 2013).

La guía de observación se subdividió en diversos ejes de acuerdo con las categorías conceptuales seleccionadas (ver Apéndice A). Las observaciones se orientaron a indagar aspectos de las prácticas cotidianas vinculados al problema de investigación, por lo que se procuró en la medida de lo posible observar diversos espacios y actividades del hospital de día: reuniones de equipo, entrevista de admisión, talleres, asambleas, entre otras actividades. En los espacios de talleres la investigadora participó como una participante más junto a las y los usuarios.

Las observaciones se realizaron entre los meses de septiembre de 2018 y febrero de 2019 y, en conjunto, sumaron un total de 36 horas 15 minutos. Se observaron las dinámicas, intercambios, circulación en espacios como la puerta de entrada, pasillos, patio, comedor, oficina de enfermería y oficina del equipo. También se participó de un encuentro de los talleres de pintura, revista, música, radio y en varias reuniones de equipo.

Además las observaciones fueron complementadas y enriquecidas por conversaciones “espontáneas” con usuarias/os y trabajadores, sin olvidar que éstas también están orientadas por las identidades latentes que construyen los informantes respecto del rol de la investigadora (Sy 2013). Se decidió tomar un registro escrito con posterioridad para no obstaculizar estos intercambios y conversaciones espontáneas. Para favorecer la mayor rigurosidad en el recuerdo de lo observado se procuró realizar los registros lo antes posible luego de cada observación.

En cuanto al tiempo destinado a las observaciones, se siguieron las consideraciones de Giovanello Díaz (2009), quien considera que en las investigaciones en servicios de salud y particularmente las relacionadas con los encuentros usuario-trabajador de la salud, la

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

posibilidad de que la presencia de la investigadora distorsione lo que allí ocurre es menor, dado que la especificidad de lo que se pretende indagar forma parte de “prácticas/posturas que no son fácilmente reproducibles si no son incorporadas como un modo de ser y estar en el servicio”²⁴ (Giovanello Díaz 2009, p. 80).

8.3.2 Entrevistas semiestructuradas individuales a trabajadoras/es del hospital de día

A través de la entrevista semiestructurada se procuró acceder a las representaciones de las y los trabajadores del hospital de día acerca de su trabajo, sus relaciones con las prácticas y la producción de cuidado. La elaboración de la guía de entrevista y la selección de sus ejes temáticos estuvo orientada por lo relevado en el estado del arte y por las categorías ya mencionadas en el marco conceptual de referencia (Ver Apéndice B). Las dinámicas de las entrevistas se caracterizaron por una flexibilidad y apertura que dio lugar a que las personas entrevistadas se exhibieran en torno a temas particulares que consideraban relevantes y que los movilizaban en su tarea cotidiana.

Un aspecto a destacar es que todos los miembros del equipo aceptaron ser entrevistados y mostraron predisposición tanto para la investigación en general como para acordar los días y horarios para las entrevistas. Con la mayoría de las y los trabajadores se realizaron entre dos y tres encuentros de entrevistas de duración variable. Si bien la mayoría de las entrevistas tuvieron una hora de duración aproximadamente, dado que debido a encontrarse en horario y con requerimientos laborales, no era posible extender por más tiempo los encuentros; en algunas la duración fue cercana a las dos horas. En conjunto las entrevistas comprendieron un total de 18 horas y 50 minutos. Se entrevistaron a nueve trabajadores del equipo, siete mujeres y dos varones, de las disciplinas trabajo social, psicología, enfermería y medicina. En cuanto a la situación laboral de las personas entrevistadas, cuatro de ellas se encontraban en el primer año de las residencias de profesionales de la salud de la Provincia de Buenos Aires²⁵ (dos en la disciplina psicología, una en trabajo social y uno en psiquiatría); las

²⁴ “práticas/posturas que não são facilmente reproduzíveis se não incorporadas como um modo de ser e estar no serviço”. (Giovanello Díaz 2009, p. 80). Traducción libre de la autora.

²⁵ Las residencias constituyen un programa de formación de posgrado para profesionales de la salud en ámbitos asistenciales en toda la provincia. El hospital en el que se desarrolló la presente investigación es sede de residencia de numerosas disciplinas y especialidades (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 2019. Residencias. Información. Disponible en: www.ms.gba.gov.ar/sitios/residencias/informacion/).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

dos trabajadoras de enfermería eran parte del personal técnico, un trabajador social y una psicóloga eran parte del personal profesional y una trabajadora social estaba contratada por una beca post-residencia.

8.3.3 Consideraciones acerca de las observaciones y entrevistas

El hecho de que la investigadora haya transitado parte de su residencia de psicología en la institución y haya compartido espacios de trabajo con algunas de las personas entrevistadas obligó a un ejercicio de extrañamiento constante y a un corrimiento del lugar de ex residente hacia el de investigadora. En este sentido en las entrevistas en la medida de lo posible se procuró solicitar ampliaciones a las personas entrevistadas, con el objetivo de no dar por supuestas ni por sabidas las connotaciones de ciertas expresiones o términos que pudieran resultar conocidos. El clima de confianza que se logró en la mayoría de las entrevistas incidió en que en ciertos intercambios las/os entrevistados se explayaran ampliamente acerca de aspectos de su interés y por momentos resultó difícil para la investigadora volver a redirigir las conversaciones hacia el objeto de la investigación. No obstante se considera que esta apertura y flexibilidad también contribuyó a dotar de mayor riqueza, matices y densidad al material relevado.

En cuanto a las observaciones, la práctica cotidiana de la observación al tiempo que contribuye a generar confianza con los informantes, “exige el registro riguroso de lo observado, tan pronto como resulte posible, de modo de evitar olvidos y buscando la rigurosidad descriptiva, dejando en suspenso las propias interpretaciones, juicios, valoraciones y especulaciones teóricas.” (Sy 2013, p.146), por lo que se procuró que los registros observacionales siguieran estas consideraciones y asimismo resultaran provechosos para la indagación en la entrevistas. Siguiendo a Guber, se optó por registrar todo lo posible de ser recordado para establecer luego las relaciones de los datos con el objeto de la investigación (Guber 2016).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

8.4 Entrada al campo

La estrategia de entrada al campo partió de acordar un encuentro con el trabajador social y jefe del hospital de día, Miguel, para comentarle la índole del trabajo de campo y analizar las posibilidades de circulación de la investigadora en el espacio institucional. Se coordinó mediante mensajes de texto el día y horario del encuentro, pero el día fijado el jefe no se encontraba en el hospital de día, sino en el servicio de Salud Mental (ubicado en el hospital general). En su lugar recibió a la investigadora una psicóloga, Silvana, quien se comunicó (luego de varios intentos) con él, quien le solicitó que se reúna ella con la investigadora. En este encuentro Silvana comentó los talleres y actividades vigentes y en cuáles se podrían realizar observaciones.

Se decidió comenzar el primer acercamiento a través de la observación participante como técnica privilegiada para el acceso a las prácticas, por lo que durante el primer mes se concurrió al hospital de día en diferentes días y horarios. Previamente se elaboró una guía de observación que contemplara las dimensiones a abordar en función del objeto de investigación. Si bien en las observaciones se tuvieron en cuenta estos ejes planteados previamente, también se dio lugar a la emergencia de aspectos antes no contemplados pero que resultaran significativos a los fines del estudio.

El recurso de la observación participante colaboró en la entrada al campo y favoreció la generación de intercambios y conversaciones espontáneas con las y los usuarios y trabajadores.

Luego de haber transitado el primer mes de observaciones y de que la presencia de la investigadora empezara a ser habitual en la institución, se les propuso a las y los trabajadores la realización de entrevistas. En cuanto a los ámbitos en los que éstas se realizaron, excepto una que se desarrolló en el domicilio de la entrevistada, las demás se hicieron en distintos espacios del hospital de día como el salón de ventas y biblioteca, el salón de usos múltiples y otro salón para uso de los talleres. El hecho de haberse realizado luego de un tiempo de inmersión en el contexto institucional, en el propio espacio de trabajo y durante el horario laboral de los miembros del equipo, enriqueció las posibilidades de articulación entre lo dicho y lo observado.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

8.5. Procesamiento y análisis de los datos

Las dimensiones de análisis se correspondieron con los mencionados objetivos de identificar las representaciones de las y los trabajadores acerca de la producción de cuidado, describir las prácticas de las y los trabajadores que se relacionan con la producción de cuidado y analizar las relaciones entre tales representaciones y las prácticas que sostienen en esta institución.

En los ejes que se indagaron en las entrevistas y observaciones (Apéndices A y B) se operacionalizaron las principales categorías analíticas que orientaron el análisis, las cuales fueron definidas en los siguientes términos:

Representaciones sociales: Siguiendo a Jodelet (1986), constituyen un modo de pensamiento práctico en relación con un contexto como porción del mundo que se pretende comunicar, comprender y sobre el que se ejercen determinadas acciones. En este sentido, las representaciones sociales conllevan un aspecto de construcción y creación de la realidad que articula procesos simbólicos y orienta los comportamientos de los sujetos. Para la autora suponen un contenido expresado en “informaciones, imágenes, opiniones, actitudes, etc.” (Jodelet 1986, p. 475) y dependen de las posiciones que ocupan los sujetos, individuales y colectivos, en distintos planos de la sociedad, por lo que se trata de una categoría eminentemente relacional.

Producción de cuidado: para Cecilio y Merhy (2003) involucra “...una compleja trama de actos, de procedimientos, de flujos, de rutinas, de saberes, en un proceso dialéctico de complementación, pero también de disputa” (Cecilio y Merhy 2003, p. 198), dado que coexisten múltiples lógicas, saberes, prácticas, sentidos e intereses. A partir de las relaciones y tensiones entre estos componentes, que incluyen la implementación de distintas tecnologías, las prácticas de salud podrán favorecer u obstaculizar la integralidad en la producción de cuidado.

Procesos de trabajo en salud: Merhy (2006) plantea que incluyen tres tipos de tecnologías: duras, blanda-duras y blandas. Las tecnologías duras, compuestas tanto por maquinarias y aparatología utilizados como instrumentos para el trabajo en salud, así como por normas y estructuras organizacionales; las blanda-duras, que incluyen los diversos saberes y conocimientos disciplinares estructurados, que al ponerse en juego con el otro conllevan un

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

componente relacional; y las tecnologías blandas, que implican los procesos vinculares, ligados al encuentro con el otro, que operan en el núcleo cuidador tanto en el plano del acogimiento como de la gestión, por lo que deberían primar en los procesos de trabajo en salud (Merhy, 2006). Una de las características de los procesos de trabajo en salud es su alto grado de libertad, ya que son las/os propias/os trabajadoras/es quienes al pensar y actuar definen las características de su trabajo (Merhy 2006; Franco y Merhy 2009; Franco y Merhy 2011).

Dada la interdependencia entre estas categorías en la construcción del objeto de estudio, a los fines del trabajo de campo se las operacionalizó e incorporó a las guías de observación y de entrevista (apéndices A y B) para indagar aquellos conocimientos, significados, percepciones, opiniones, actitudes y/o acciones de las/os trabajadoras/es acerca de los siguientes aspectos:

Caracterización de las y los usuarios. Redes y condiciones de vida. Accesibilidad a derechos sociales.

La concurrencia de las y los usuarios al hospital de día. Condiciones y modos de ingreso al hospital de día, factores condicionantes, frecuencias y cambios en los modos de participación.

Modalidades de seguimiento de las y los usuarios. Construcción de proyectos terapéuticos. La posibilidad de altas del hospital de día.

Dinámica del equipo. El trabajo cotidiano en el hospital de día: objetivos, usos del espacio, actividades. Características del equipo, de los abordajes disciplinarios e interdisciplinarios, de las prácticas clínicas y de gestión, de los espacios de reflexión sobre las prácticas.

Molar y molecular: de acuerdo a las conceptualizaciones de Deleuze y Guattari (2006), lo molar establece líneas de segmentos, estratificaciones binarias, territorializaciones; y lo molecular supone líneas de fuga, potencias, flujos que circulan por fuera de los binarismos molares y generan desterritorializaciones. Entre ambos se produce una relación tal que los movimientos moleculares tienden a cristalizarse y reterritorializarse, modificando las organizaciones molares (Deleuze y Guattari 2006). Estas categorías permiten dar cuenta de aspectos del modo de funcionamiento del servicio de salud: si tiende más hacia lo molar, capturado por prácticas serializadas; o hacia lo molecular, produciendo múltiples flujos

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

productores de cuidado y que posibilitan la aparición de lo nuevo (Franco 2006). Para la operacionalización de esta categoría se indagaron los conocimientos, significados, percepciones, opiniones, actitudes y acciones de las/os trabajadoras/es en relación con los siguientes aspectos:

El tiempo y el lugar del hospital de día en la vida de las/os usuarias/os. Dinámica de las actividades cotidianas. Modo de participación e involucramiento de los usuarios en la organización, desarrollo y gestión de las actividades. Relaciones y articulaciones entre aspectos organizacionales, clínicos y subjetivos.

Rehabilitación psicosocial: se la definió como "...el conjunto de todas las actividades tendentes a la maximización de las oportunidades del individuo [...] La rehabilitación es una actitud estratégica del trabajador, una condición emotiva del encuentro entre el servicio y el usuario, una política de superación de las separaciones existentes entre los diferentes ambientes y recursos disponibles." (Saraceno, De Luca y Montero Barquero 1992, pp. 9-10). Su operacionalización condujo a indagar los conocimientos, significados, percepciones, opiniones, actitudes y/o acciones de las/os trabajadoras/es en relación con los siguientes aspectos:

Intersectorialidad e integralidad. Características de las relaciones del hospital de día con otras áreas del servicio de Salud Mental, con instituciones comunitarias y otros sectores. En función de qué necesidades, objetivos o estrategias se establecen estas relaciones. Grado de participación de las y los usuarios en estas relaciones. Articulaciones con familiares y referentes. Los efectos en las y los usuarios de su participación en el hospital de día y de las relaciones del hospital de día con otras instituciones y sectores. Posibilidades de espacios de circulación social por fuera del hospital de día. Procesos y acciones que según las/os trabajadoras/es contribuirían a que las y los usuarios transiten por otros espacios comunitarios.

En cuanto al empleo de las técnicas mencionadas, las observaciones se registraron en forma cronológica y se indicaron los siguientes aspectos: espacio donde transcurre la observación, fecha y horario de realización, personas presentes, su ubicación en el espacio, tareas que realizan, intercambios, movimientos, entre otros aspectos que se consideraran significativos. Las entrevistas fueron transcritas por la investigadora, quien procuró registrar

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

en la medida de lo posible aquellas pausas, reformulaciones, dudas, actitudes y aspectos expresivos que resultaran pertinentes en función del objeto de la investigación.

A los fines del análisis se procesó el material de modo artesanal, por lo que se realizaron sucesivas lecturas de lo relevado en entrevistas y observaciones. Las lecturas se acompañaron de anotaciones al margen para organizar el material de acuerdo a sus contenidos y en función de los objetivos de la investigación. A continuación se seleccionaron fragmentos que fueron agrupados en distintos temas en función de los mencionados objetivos y relacionados con las categorías teóricas pertinentes.

En cuanto a los temas elegidos para la organización y el análisis del material relevado, se construyeron las siguientes categorías procurando captar y analizar aquellos aspectos fundamentales que dan cuenta de la lógica interna del objeto de estudio (Minayo 2010):

Contexto y condiciones políticas e institucionales: caracterización, desde las perspectivas de las/os trabajadores, del marco contextual, político e institucional en el que se inscribe el hospital de día, en tanto condiciones de posibilidad de las representaciones y prácticas de las/os trabajadoras/es.

Caracterización de los destinatarios del hospital de día: perspectivas de las/os trabajadores acerca de las y los usuarios en términos de su padecimiento mental y su acceso a derechos sociales como vivienda, educación, alimentación, trabajo, en tanto condiciones de posibilidad para las representaciones y prácticas de las/os trabajadores del hospital de día.

Surgimiento histórico y objetivos del hospital de día: significados de las/os trabajadoras/es en torno a los orígenes y la razón de ser de este servicio.

El espacio del hospital de día: características del espacio físico y sus usos, circulaciones, modos de habitarlo, ritmos y actividades.

El equipo del hospital de día: significados, conocimientos, percepciones, actitudes, acciones y relaciones entre las/os trabajadores en su cotidiano.

Representaciones y prácticas acerca de la producción de cuidado: significados, percepciones, actitudes y acciones de las/os trabajadores en sus relaciones y trabajo cotidiano con las/os usuarios/as. Dada la amplitud de este último tema se decidió subdividirlo en los siguientes subtemas: el hospital de día como espacio terapéutico, desafíos de los procesos de trabajo en el hospital de día, los efectos del hospital de día en las y los usuarios, el hospital de

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

día como lugar de referencia, relaciones con otras áreas del servicio de Salud Mental y relaciones con otras instituciones y sectores.

Los materiales se analizaron en parte siguiendo la propuesta del análisis de contenido, en la medida en que, siguiendo a Minayo, supone procesos de inferencia que permiten un pasaje desde el plano manifiesto de los enunciados hacia niveles más profundos, latentes y/o estructurales que están anclados en el contexto de su producción (Minayo 2009). Entre las variadas modalidades de análisis de contenido apuntadas por la autora se considera el aporte del análisis temático, ya que permite desentrañar ciertos núcleos de sentido y sus relaciones en función del problema, las preguntas, hipótesis y objetivos de la investigación, lo que puede posibilitar reformulaciones o ampliaciones. En este sentido, tal como plantea Cáceres, fue importante la flexibilidad en la construcción de las guías de entrevistas y observación en función de no limitar el hallazgo de temas y dimensiones relevantes para la investigación (Cáceres 2003).

8.6 Aspectos éticos

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos y el Comité de Investigación del H.I.G. Dr. José Penna de Bahía Blanca. Se les explicó a las/os participantes la índole de la investigación a realizar y se les solicitó la firma de un consentimiento informado que se encuadró en la legislación vigente (ver Apéndice C al final del trabajo). En el caso de las y los usuarios, al participante no alfabetizado se le leyó y explicó detalladamente el consentimiento y se procuró corroborar la comprensión de la información a partir de adaptaciones, preguntas y aclaraciones que apuntaron a favorecer el entendimiento de sus aspectos centrales. En cuanto a las y los usuarios que cuentan con representante legal se solicitó también a éste la firma del consentimiento informado.

Una vez finalizada la tesis se destruirán todos aquellos registros provenientes de las técnicas empleadas.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

9. Presentación, análisis y discusión de los resultados

El secreto, por lo demás,
no vale lo que valen los caminos
que me condujeron a él.
Esos caminos hay que andarlos.
(Borges 1984, p. 990)

En este capítulo se presentarán los resultados y las discusiones que se desprenden de las observaciones y entrevistas agrupados en los siguientes ejes: contextualización y condiciones políticas e institucionales, caracterización de los destinatarios del hospital de día, surgimiento histórico y objetivos del hospital de día, el espacio del hospital de día, representaciones y prácticas del equipo, representaciones y prácticas acerca de la producción de cuidado. En cada uno se retomarán fragmentos de entrevistas y/o registros observacionales que expresen aspectos significativos a destacar de las representaciones y las prácticas que se visualizaron en el hospital de día. En todos los registros se han utilizado seudónimos para proteger el anonimato de las/os participantes.

1. Contextualización y condiciones políticas e institucionales

Para enmarcar las representaciones y prácticas de los trabajadores acerca de la producción de cuidado en primer lugar es preciso detenerse en ciertos aspectos político-institucionales que enmarcan y condicionan el trabajo cotidiano del equipo.

Tal como se mencionó anteriormente, el hospital de día del H.I.G Dr. José Penna se ubica en un edificio separado por unos trescientos metros del hospital general, situación que le imprime ciertas particularidades. Por ejemplo, en el trabajo de campo se pudo advertir cómo ciertas tareas que en el hospital se realizan habitualmente no se dan con la misma regularidad y continuidad en el hospital de día, lo que supone frecuentes solicitudes a las instancias hospitalarias por parte del jefe de la institución, en un esfuerzo por visibilizar que estas instalaciones también son parte del hospital general. En el siguiente registro observacional de una mañana en la institución aparecen algunos elementos de lo recién señalado, en este caso en relación con las tareas de limpieza:

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Llego al hospital de día y Miguel, el jefe de la institución, está en el patio de adelante charlando con dos muchachos. Luego de unos minutos entra a la oficina del equipo y comenta que las personas con las que estaba hablando se encargan de mantener los patios del hospital, y que él pidió hace mucho tiempo que como el hospital de día es parte del hospital, que vengan también. Agrega que el personal de limpieza no viene desde hace dos semanas, que la persona a la que le correspondía hacer esta tarea dijo que no quería venir más al hospital de día. Recuerda que esta persona tenía que concurrir dos veces por semana de 9 a 15 hs, pero venía menos de dos horas cada día y no limpiaba los baños porque decía que estaban muy sucios. Agrega que habló con la supervisora de limpieza para que mande a alguien, pero ésta le respondió que cuentan con muy poca gente. (Registro observacional, 15/02/2019).

De las observaciones y entrevistas se desprende la condición de marginalidad y precariedad en que se encuentra inmerso este hospital de día. Precariedad no sólo a nivel edilicio, observable por ejemplo en la presencia de numerosas goteras o en las condiciones del mobiliario, sino también en lo que respecta a la provisión de recursos necesarios para su funcionamiento. En este sentido, en las entrevistas las y los trabajadores mencionaron que los talleristas no son personal del hospital, por lo que sus salarios y la provisión de los materiales necesarios para los talleres no están a cargo de la institución. Estas condiciones de precariedad obligan a buscar los recursos a través, por ejemplo, de la presentación de proyectos en diversos organismos del Estado. Así, para la refacción del techo, uno de los entrevistados señaló que ya tienen un proyecto presentado y aprobado por la Dirección Nacional de Salud Mental, dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Para el pago a los talleristas presentaron otro proyecto en el marco de la Ordenanza municipal 12600 de solidaridad cultural, que también fue aprobado. No obstante, al momento del trabajo de campo estas instancias aún no habían enviado los fondos destinados a la ejecución de los proyectos. Estas situaciones dan cuenta de la fragilidad de los recursos destinados a sostener este espacio, de cómo el equipo debe recurrir a diversas convocatorias para lograr algún aporte económico, hacer un seguimiento de lo presentado e insistir a través de múltiples medios, lo que inevitablemente genera un empleo de tiempo en estas gestiones, un desgaste que repercute en la tarea cotidiana y pone en riesgo la continuidad de los espacios. En este sentido, una mañana la tallerista de huerta le comenta al jefe que tomó un nuevo trabajo por lo que va a seguir viniendo al hospital de día, pero por menos tiempo. Luego el jefe comentará a los allí presentes que esta tallerista “está viniendo gratis otra vez” (registro observacional,

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

22/10/2018). Estas condiciones coinciden con lo planteado por Weber Suardiaz (2014), quien identifica que al menos en la provincia de Buenos Aires la Ley Nacional de Salud Mental no ha sido acompañada con políticas públicas orientadas a su efectiva implementación.

Se observaron y escucharon dificultades para el acceso a ciertos recursos que no implican un costo elevado pero resultan básicos para el funcionamiento de la institución, como lo es por ejemplo una computadora para la biblioteca. Un entrevistado refiere que decidieron dar las computadoras que tenían porque no servían, dado que no soportaban la conexión a internet. El mismo trabajador comenta que hace dos años pidieron al hospital una computadora para ser usada por las y los usuarios, pero aún no la han provisto. Actualmente para utilizar una computadora con conexión a internet las y los usuarios deben hacerlo en la oficina del equipo, lo que conlleva muchas veces tiempos de espera cuando el espacio está en uso con otra actividad, por ejemplo si el equipo está en un momento de reunión o con alguna entrevista. Incluso una las residentes de psicología comentó que ella o su compañera de residencia llevaban semanalmente sus computadoras personales para que una usuaria trabajara en la escritura de su libro.

En cuanto a las políticas públicas de salud mental, además de la demora en la financiación de los proyectos ya mencionadas, en lo que respecta a las personas usuarias de este hospital de día también se advirtió el desfinanciamiento, la interrupción o discontinuidad de programas como el Promover la Igualdad de Oportunidades de Empleo ²⁶ y el Vuelta a Casa²⁷ sin la emergencia de otras políticas públicas que den respuesta a necesidades como la inclusión laboral o el acompañamiento en las externaciones. Al momento del trabajo de campo, el jefe del hospital de día refiere que solo un usuario aún cobra el programa Vuelta a

²⁶ El programa Promover la Igualdad de Oportunidades de Empleo está destinado a trabajadores desocupados mayores de 18 años con certificado de discapacidad, quienes perciben una ayuda económica por un tiempo máximo de 24 meses. A través de este programa, que contribuye a facilitar procesos educativos, formativos y laborales, las personas pueden acceder a talleres de orientación laboral o de apoyo a la búsqueda de empleo, cursos de formación profesional, certificación de estudios formales, acciones de inserción laboral, asistencia para el desarrollo de emprendimientos independientes, entre otras posibilidades. (Ministerio de Producción y Trabajo 2019).

²⁷ El Programa Vuelta a Casa apunta a mejorar la calidad de vida de las personas con padecimiento mental y adicciones, facilitar y acompañar la externación, favorecer la continuidad del tratamiento, contribuir al sostenimiento económico, la autonomía e inclusión socio-comunitaria. Para lograr estos objetivos brinda un apoyo económico y promueve articulaciones institucionales e intersectoriales, entre otras acciones (Ministerio de Salud y Desarrollo Social 2019). A nivel de la Provincia de Buenos Aires, este programa funciona a través de un convenio entre el Ministerio de Desarrollo Humano, que financia las becas, y el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, que selecciona a los beneficiarios y sostiene a través de sus equipos el proceso terapéutico (Cohen 2017).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Casa, cuyo monto no ha sido actualizado desde la creación del programa, lo que dado los efectos de la inflación de los últimos años lo convierte en una suma irrisoria. El mismo trabajador realiza una lectura de cómo inciden las condiciones mencionadas en la tarea cotidiana, y encuentra que como equipo se vuelcan más a trabajar con las problemáticas de los hogares en los que viven las y los usuarios cuanto más precarizadas están las otras actividades del hospital de día. La descripción y modalidad de estos hogares serán incluidas en el siguiente apartado.

2. Representaciones acerca de las y los destinatarios del hospital de día

2.1. Caracterización de las y los destinatarios desde la perspectiva de los trabajadores

“Te doy una idea para la tesis:
que pongas que nosotros acá venimos también
por un plato de comida todos los días.”
(Comentario de Manuel, usuario del hospital de día.
Registro observacional, 01/10/2018)

A continuación se realizará una descripción de los destinatarios del hospital de día en función de lo relevado a través de las observaciones y entrevistas. En particular se los caracterizará en función de aspectos como la índole del padecimiento mental que presentan, el nivel de acceso a derechos sociales y las características de sus redes y vínculos sociofamiliares.

En términos generales las y los trabajadores entrevistados coinciden en que al hospital de día concurren personas que cuentan con atención en el servicio de Salud Mental del H.I.G. Dr. Jose Penna y cuyos padecimientos mentales implican tanto una dificultad para generar y/o sostener tanto lazos sociales, como iniciativas deseantes:

“... los procesos que a veces son lentos, y en el medio tenés esta cosa por ahí un poco de la enfermedad o de la psicosis que (...) un día te dicen que sí, otro día te dicen que no... no sé, trabajás una externación a un hogar y... digo, sumado a todo este abanico de vidas arrasadas en un punto, porque aparecen un montón de problemáticas nuevas, se suma la cuestión de la patología en sí, digamos, que es como esto pero ¿qué querés? ¿dónde está tu deseo? O sea... pensamos una estrategia, la continuamos... no, claro, no son... o sea, no es la neurosis ahí... eso también entra en juego... (Entrevista a Mariana, trabajadora social. 16/11/2018).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

“Algunas cosas comunes de muchos usuarios es la pérdida de lazo social, la dificultad para conseguir un trabajo, la lejanía con la familia, la circulación por instituciones, el haber atravesado una internación.” (Entrevista a Leticia, trabajadora social. 04/12/2018)

Los usuarios ingresan a partir de una entrevista de admisión en la que participan profesionales de psicología y trabajo social, quienes tienen la autonomía para decidir la inclusión de las personas en el hospital de día. Frente a la indagación de para quiénes está destinado el hospital de día surgieron diferentes posiciones entre las/os entrevistadas/os. Algunas trabajadoras plantearon cómo ciertos criterios para el ingreso, como el de tener un diagnóstico de psicosis, con el paso de los años se fueron flexibilizando producto de situaciones puntuales con ciertos usuarios que generaron cambios en los modos de llevar adelante sus prácticas:

“... hemos pensado y hemos tratado de adaptar, y también se puede para personas no exclusivamente psicóticas ¿sí? Nos ha costado bastante, pero quizás en el caso por caso es donde hay que adaptar ¿sí? porque aunque todos tengan diagnóstico de psicosis son todas personas distintas.” (Entrevista a Silvana, psicóloga, 13/12/2018).

En este sentido, una de las trabajadoras sociales señala que esta flexibilización de los criterios de ingreso podría estar relacionada con diversas condiciones y situaciones que atraviesan las personas usuarias del hospital de día:

“... nos pasa por ahí personas que según nuestro criterio profesional no deberían ingresar, pero a veces accedemos a una admisión o a un ingreso porque creemos que en su vida cotidiana no sé, la cuestión asistencial, o el hecho de que vaya a comer, o aunque sea a tomar mate con otros, es algo que puede generar efectos en lo terapéutico positivos. Entonces creo que hay mucha flexibilidad en relación a eso también”. (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018).

En cuanto a las representaciones acerca de las y los usuarios del hospital de día, la mayoría de los entrevistados mencionan que se trata de personas con escasos recursos económicos y habitacionales y cuyos vínculos familiares no son estables o suelen tener una presencia eventual. Algunos trabajadores sociales describieron el modo en que se relacionan

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

las dimensiones familiar, habitacional y laboral con la cuestión del padecimiento mental en estos términos:

“Miguel: ...siempre hay un tema con la vivienda, creo por un lado, por lo que genera la cuestión psicopatológica de la falta de lazo social y la falta de vinculaciones que posteriormente o con la aparición de la enfermedad les permita ser acogidos por la familia en algún lugar. En la mayoría hay un contacto familiar, pero es escaso, es eventual, es de visita, no es convivencial, digamos.

(...) Frente al modo de vida que implica por ahí la abulia, o la falta de inserción laboral o de compromiso con determinadas actividades fijas laborales y que otorguen un sustento, siempre hay algo que aparece en el orden familiar y convivencial que desata alguna crisis o algún reproche o algún reclamo y eso repercute en el lazo, ¿no?” (Entrevista a Miguel, trabajador social, 12/12/2018).

“Leticia: La dificultad que más circula tiene que ver con el trabajo y la vivienda. Mario [usuario] siempre dice salud mental es tener trabajo y una casa. Hay una imposibilidad de que vean garantizado el derecho a la vivienda y al trabajo. No sólo que hoy es muy difícil conseguir trabajo, sumado a la estigmatización en relación a la locura. Toda persona puede trabajar, pero en salud mental por esta cuestión de lo crónico del padecimiento muchas veces se dificulta sostener establemente un trabajo.(...)

Por ejemplo Amalia, hoy la municipalidad no entrega bolsón de alimentos. (...) Ella cobra una pensión por discapacidad, una de las pocas políticas públicas, pero tiene que tener un diagnóstico, un porcentaje de discapacidad. Hoy esa pensión es de \$5800. Sólo podría sostener alguna changa o trabajo informal, porque si la toman en blanco se le da de baja la pensión. (...) Ponemos a la gente en esa disyuntiva. A veces un derecho se convierte en un impedimento. Al cobrar una pensión no le puedo tramitar una ayuda económica municipal. Ella también cobra la AUH (Asignación Universal por Hijo), es como un hasta acá llegaste, como en la cuerda floja. Ellos se aferran mucho a lo que les da estabilidad, estabilidad con pinzas.

La vivienda tiene más que ver con la ruptura de vínculos, la pérdida de lazo social. Son personas que han estado mucho tiempo internadas, que perdieron el contacto con sus familias o fallecieron sus familiares (...).

Parece una bola de nieve. Enfermedad psiquiátrica, imposibilidad de sostener un trabajo, esto te imposibilita ser dueño de una vivienda. Una cosa se va sumando a la otra.” (Entrevista a Leticia, trabajadora social, 20/12/2018).

En el fragmento recortado la dimensión psicopatológica de las y los usuarios se particulariza con otro rasgo como la abulia, que también fue señalado por las psicólogas de la institución como característico de los destinatarios del hospital de día. Una de ellas vincula la abulia con una cuestión estructural en consonancia con el enfoque psicoanalítico que orienta

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

su mirada "...con la estructura de los pacientes, con algo más relacionado a la psicopatología, con la abulia, una dificultad para introducir cambios." (Entrevista a Nadia, psicóloga, 27/12/2018). Otra de las psicólogas también destaca esta dimensión:

"Lo que más recibimos son pacientes que tienen una estructura psicótica, y creo que por la condición de su estructura, tanto en la esquizofrenia con el aislamiento, la abulia, eh... por ahí el desinterés... por ahí no el desinterés, me corrijo. No saber hacer con el otro, con el lazo, cómo hacerlo, pero propio digamos de la patología. Y lo mismo con la paranoia, por ahí en el sentido de que se vive a este otro como dañino o como... un gozador. En estas dos patologías el lazo se ve dificultado. Creo que por estos motivos que expliqué recién. Entonces generalmente se realiza la derivación para que algo de ese lazo social se favorezca acá, entre ellos mismos." (Entrevista a Lorena, psicóloga, 08/01/2019).

En cuanto a la dimensión laboral, la mayoría de las y los usuarios que concurren se encuentran desempleados. El jefe del hospital de día se expresa en torno a algunas trayectorias laborales diferenciales en función de la edad de las y los usuarios, de sus contextos de vida y del modo en que la aparición del padecimiento mental ha repercutido en sus posteriores trayectorias laborales:

"Estamos hablando de pacientes que todos se encuentran desempleados, todos. (...) En algunos de ellos eventualmente hay alguna changa, alguna tarea eventual que les deja algún dinero (...). Por ahí a los más jóvenes todavía vos los ves con esa esperanza o con esa cuestión de que alguna cosita todavía hacen, porque les da el cuerpo, porque les da el físico, porque todavía el estado de salud no les ha hecho notar que la cantidad de pastillas o el tratamiento que tienen encima les impida tareas ¿viste? (...) Los que ya pasan los 40 años empiezan como a quedar absolutamente detenidos en la actividad laboral (...).

Hay otros que han tenido alguna experiencia laboral, que son los más viejos, que han estado en el mercado laboral en algún momento pero que con la aparición de la enfermedad, la irrupción de los síntomas, se cortó, y están como atravesados por el miedo a si hago algo...". (Entrevista a Miguel, trabajador social, 12/12/2018).

El mismo entrevistado aporta el ejemplo de un usuario cuyas inquietudes laborales atraviesan su recorrido por el hospital de día y muestra cómo éstas se articulan con las dimensiones de su padecimiento y de su modo de andar la vida:

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

“Algunos de ellos, por ejemplo Horacio, (...) él reactivó la semana pasada con el kiosco, y bueno, él es un vendedor de todo lo que se te ocurra. Pero también, de a etapas ¿no? de a momentos. Cuando anda bien él puede salir a ofrecer y vender, y vende lo que sea. No tiene como una posibilidad de organizar esa tarea en forma estable, de regularla, de decir ahora vendo, ahora acopio, ahora compro. Siempre es en función de objetivos y de metas muy cortas que es de acá a dos días, tres, esta semana. Hoy son las plantas, la semana que viene son alfajores, la otra semana son... entonces es como... bueno, muy a corto plazo.” (Entrevista a Miguel, trabajador social, 12/12/2018).

Lo hasta ahora señalado por Miguel expone las dificultades para obtener y sostener un trabajo de las y los usuarios del hospital de día, y cómo éste aún es un anhelo, sobre todo para las personas más jóvenes. El mismo entrevistado comenta que quienes no tienen una inserción laboral formal y cuentan con un certificado de discapacidad pueden acceder al cobro de una pensión no contributiva:

“La mayoría de (...) los pacientes más grandes, han obtenido de años a esta parte lo que es la pensión por discapacidad digamos, del Ministerio de Desarrollo, que también ahí hubo como un antes y un después. Hace 15 años atrás las pensiones eran gratificables y eran otorgadas medio por la dádiva de algún funcionario (...) y después eso se convierte en una ley (...) y nosotros vimos como todo ese pasaje, muchos de ellos empezando a acceder a las pensiones que en algún punto los ubica dentro de un esquema mínimo de ingresos, mínimo, (...) que ellos pueden manejar mensualmente...” (Entrevista a Miguel, trabajador social, 12/12/2018)

Un dato a destacar es que una vez iniciado el trámite de la pensión, ésta demora cerca de un año e incluso dos años hasta que la persona llega a cobrarla²⁸. En ese lapso los trabajadores sociales del hospital de día suelen solicitar una ayuda económica municipal que suele estar sujeta a los vaivenes de las decisiones políticas municipales. En este sentido, en el último tiempo han percibido mayores obstáculos para gestionar este recurso económico, lo

²⁸Actualmente las pensiones no contributivas se gestionan a través de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) y los requisitos para acceder a esta prestación son: tener menos de 65 años de edad; no percibir, ni el beneficiario ni su cónyuge, ninguna jubilación, pensión, retiro o prestación no contributiva; acreditar disminución de la capacidad laboral de al menos un 76%; no contar con empleo en relación de dependencia, ni estar inscripto como autónomo o monotributista; no tener bienes, ingresos ni recursos para la subsistencia; no tener parientes obligados legalmente a brindar alimentos o que éstos se encuentren impedidos para hacerlo; ser argentino nativo, argentino naturalizado con, por lo menos, 5 años de residencia continuada o extranjero con, por lo menos, 20 años de residencia efectiva en el país y no estar detenido a disposición de la justicia (Agencia Nacional de Discapacidad. Solicitar una pensión no contributiva por invalidez). El monto de estas pensiones es equivalente al 70% de la jubilación mínima.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

que impacta tanto en su tarea cotidiana como en las posibilidades de sostén de las y los usuarios:

“...Eso también es, lamentablemente, muy susceptible del momento político de cada estado municipal. En algún momento era más fácil, vos la iniciabas y el monto era prácticamente el mismo que el de la pensión. Entonces era fácil de iniciar, el monto era alto, y la comprensión era sencilla, digamos, hasta que le salga la pensión, que va a salir, en un año, se inicia esto. Hoy eso está un poco más trabado, digamos, las justificaciones que hay que esgrimir son cada vez mayores, los plazos de renovación son cada vez más cortos, y los montos de esas ayudas son muchísimo más chicos que los de la pensión. Así que sí, pero bueno, sigue estando, creo que sí, son derechos un poco no legalizados pero sí consensuados o de costumbre que se van instalando y uno los puede ir peleando aunque sea desde ahí, desde la costumbre.” (Entrevista a Miguel, trabajador social, 12/12/2018)

La mayoría de las y los usuarios del hospital de día viven en residencias conocidos como “hogares” debido a que no disponen de una vivienda propia o familiar, por lo que el monto que cobran, tanto de las ayudas económicas como de la pensión por discapacidad, se destina prácticamente en su totalidad para el pago de algún hogar asistido o convivencial. En cuanto a las modalidades de estos hogares se distinguen dos posibilidades:

“Nadia: Por un lado están los hogares que pertenecen a la ONG²⁹ (Organización No Gubernamental), y otros hogares que son más concurridos, en algunos conviven más de 30 personas, en los que hay un encargado. Creo que esos hogares (...) son lugares que me parece que no favorecen la rehabilitación de los pacientes. Los de la ONG pareciera que tienen mayor autonomía para decisiones, decidir qué cocinar, salir, recibir visitas, ir a algún lugar. Los otros tienen horarios preestablecidos para desayunar, para almorzar, para acostarse, o no pueden salir de noche. Parecen un minimanicomio.

(...) Creo que la ONG les ofrece lugares como más familiares. Son departamentos o casas donde viven tres, o cuatro, o cinco a lo sumo. Y bueno, tienen otras condiciones. Tienen habitaciones, son hogares más reducidos, y ellas [las referentes de la ONG] están más presentes en... bueno, también eso puede ser contraproducente, a veces toman decisiones sobre los pacientes. Pero bueno, se trata de trabajar en equipo con ellas también para que no sean arrasadoras y que puedan respetar la singularidad de cada uno.” (Entrevista a Nadia, psicóloga, 27/12/2018).

²⁹ La ONG Saludable Mente de la ciudad de Bahía Blanca se ocupa de gestionar casas de convivencia para personas con padecimiento mental.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

“Miguel: Son hogares donde está todo muy reglamentado, muy uniformado, muy... puesto para el común de los habitantes, entonces hay poco espacio para la elección personal, para lo subjetivo, para...”

Entrevistadora: ¿Y eso lo ven ustedes acá?

Miguel: Eso está todo el tiempo, digamos, gran parte de las intervenciones tienen que ver con administrar, comunicar, generar espacios de diálogo, de reclamos, de cuestiones que suceden al interior de los hogares (...)

Hay lugares que son pequeños manicomios, entonces vos llamás y nunca encontrás al... o sea, tienen tanta gente y tanto personal que están todo el día cambiando y vos decís algo y parece que lo estás diciendo a un hospitalito. (...)

Ahora con lo del viaje a Mar del plata, la cantidad de veces que llamé para que le preparen la ropa a Héctor, y siempre hablaba con alguien distinto. La indicación de que vaya con 5 calzones limpios ¡nunca llegaba! De hecho se fue con un solo calzón, terminamos comprando calzoncillos en Mar del Plata para que tuviera allá. ‘Y sí, yo se lo anoto para el turno. Lo anoto, lo anoto, lo anoto.’ Sí, lo anoto pero él se fue sin ropa (...) él no sabe la ropa que tiene. Por ponerte un ejemplo ¿no? Y es un paciente querido adentro, que goza de un lindo lugar adentro del hogar (...) es apreciado. Y aún así es un nadie ¿entendés? dentro del hogar. (...)

Por lo menos es eso, un manicomio en salida, en retirada, en caída, venido a menos, que tiene que ver con preocuparnos, hablarnos, pelearnos, y establecer estrategias para que lo que pasa en los hogares sea de otra manera”. (Entrevista a Miguel, trabajador social, 12/12/2018).

Lo anterior se enlaza con una serie de tensiones principalmente entre el equipo del hospital de día y la Curaduría Oficial producto de distintos posicionamientos institucionales:

“Miguel: Son hogares que te generan un lugar con facilidad o por ahí les reciben gente sin el recurso económico, y empiezan a cobrar el espacio en tres meses, cuatro (...). Entonces esos favores que se generan, y ese sistema de fidelidades que se va desarrollando es como muy difícil de destrabar ¿viste? Curaduría nunca se va a poner en contra o a denunciar esos espacios. Nosotros trabajamos con Curaduría, por lo tanto tampoco vamos a salir a denunciar en caso de... o lo hacemos en situaciones extremas, digamos. Entonces toda esa cuestión es en algún punto como si fuera una... sí, una... una manifestación de lo manicomial en la sociedad ¿viste? Una manifestación de esos pactos que encerraba el manicomio puestos en la sociedad civil, o que todavía perduran en las instituciones y que nos cuesta mucho destrabar. Y cuando los ponés en evidencia, y cuando los destrabás, viene el reproche, viene el reclamo, viene la dificultad. Nos ha tocado que hemos hecho alguna denuncia en el hogar y bueno, eso nos ha generado conflictos con la Curaduría, nos ha generado faltas de apoyo en otras cosas”. (Entrevista a Miguel, trabajador social, 12/12/2018)

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

En cuanto al acceso al derecho a la alimentación, también sitúan variaciones vinculadas con la situación socioeconómica actual, la que incide en una mayor concurrencia de las y los usuarios al comedor del hospital de día:

“En el último tiempo ha sido muy frecuente escuchar cómo les cuesta vivir con la pensión. Muchos han retomado el comedor del hospital de día porque no les alcanza para vivir. Hubo momentos por ejemplo donde algunos pacientes no venían al comedor de acá, del hospital de día; que bueno, es un comedor precario, justo, que es muy parecido al del hospital general, entonces bueno... o les recuerda a la internación, o al hospital, entonces muchos de ellos durante algún tiempo elegían no venir, (...) porque podían comprarse algo afuera, hacerse de comer. En el último tiempo uno ve que aparecen todos, y algunos de ellos... con Mario lo hemos conversado mucho, él me ha dicho no sé si te diste cuenta pero estoy viniendo más seguido porque no me alcanza, porque necesito, porque...y a la noche no como. Como acá bien durante el día, y a la noche no como. (...)

Lo que va pasando últimamente es que cuando queda de más, acá en el hospital, acá mismo se come. Algunos que... me lo ha dicho Manuel, me lo ha dicho Héctor: cuando hay, se come. La otra vez lo hablaba yo con Héctor —que lo cargábamos porque se había comido como 5 platos—, ‘Héctor, ¿qué pasó? Bueno, yo tengo esa costumbre, que cuando hay se come’ (citando a Héctor).” (Entrevista a Miguel, trabajador social, 12/12/2018).

También una de las psicólogas señala algunas dificultades en el acceso a una alimentación y vestimenta adecuadas que atraviesan a la mayoría de las y los usuarios:

“Siempre son condiciones bastante humildes (...) antes traían [al hospital de día] un poco más de comida y hasta se llevaban la comida para la noche, porque muchos no tienen para comer, digamos. No tienen para vestir,... por ahí nos dicen ‘necesito zapatillas’ y entonces nosotros vamos y preguntamos, no sé, o por ahí yo les traigo alguna de mi marido que dejó de usar... es medio informal, digamos. (...) En una época acá también teníamos la posibilidad de que agarren ropa que necesiten... traían donaciones. (...) A veces es invierno y están poco abrigados, o no tienen medias... (Entrevista a Silvana, psicóloga, 13/02/2019).

Otra característica a destacar es que las personas usuarias que concurren habitualmente a la institución, muchas de las que lo hacen desde hace varios años y hasta más de una década, han atravesado previamente internaciones prolongadas en servicios de salud mental. Al respecto las psicólogas residentes señalan que el hospital de día está más orientado hacia esas personas:

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

“Lorena: Vemos también, que lo estuvimos charlando hace poco en la reunión de equipo, que el hospital de día es para pacientes mayoritariamente crónicos, digamos de los viejos crónicos entre comillas que se les dice en el servicio. Pacientes que han estado en el neuro o en la sala X³⁰, y que fueron externados y siguen acá, o sea, como que permanecen en el hospital de día. Pero son los viejos conocidos, digamos, del servicio. (...) Pienso por ejemplo en Héctor, que es muy claro en él, porque es re importante, se ordena su vida en torno al hospital de día: su semana, su mes, su año. (...) La mayoría tiene los amigos acá y las actividades que realizan son las que se desprenden de acá, y es re importante para ellos, creo yo.

Entrevistadora: Hablás de Héctor que justo vino de un manicomio, de una internación muy larga...

Lorena: Yo siempre pienso en los que estuvieron internados en el neuro muchos años. Y tuvieron que vivir cosas... feas, cuestiones de estar muy medicados, de no poder salir, que nadie los visite, estar encerrados básicamente. Tener esta experiencia de estar acá ahora, con esta nueva ley de salud mental, debe ser sentirse libres para ellos. Efectivamente que nadie les controle nada, que ellos pueden sentir que pueden entrar, salir, bailar, cantar, dormir si tienen sueño, comer cuando quieren. Debe ser muy impactante para ellos tener esas dos experiencias en torno a su enfermedad.” (Entrevista a Lorena, psicóloga, 8/1/2019).

“... La mayoría son mayores de 40 años. Hay muy pocos que tienen 30. La mayoría eran pacientes que estaban internados... Muchos estuvieron internados en el neuropsiquiátrico y con los cambios, con la nueva ley, fueron a vivir a hogares. Sí, el hospital de día funciona como un lugar que los sigue alojando y más que nada funciona para ese tipo de pacientes.” (Entrevista a Nadia, psicóloga, 27/12/2018)

Tanto Nadia como Lorena ubican una dificultad para que otras personas jóvenes o recientemente externadas puedan servirse de la oferta institucional del hospital de día:

“Vemos que los pacientes que ahora son externados no mantienen una participación acá, o vienen algunas semanas y bueno... o se insertan en otros lugares.” (Entrevista a Nadia, psicóloga, 27/12/2018).

³⁰ Los trabajadores denominan “neuro” a la antigua sala de internación de agudos que funcionaba en instalaciones de lo que anteriormente era un hospital neuropsiquiátrico. Con el nombre de Sala X se refieren a otra sala de internación que pertenecía al servicio de Salud Mental, ubicada en uno de los pabellones del anterior hospital y caracterizada como sala de crónicos. Ambas salas fueron cerradas hace aproximadamente 9 años, producto del marcado deterioro edilicio en el que se encontraban. Actualmente el servicio de Salud Mental cuenta con una sala de internación de corto plazo en las instalaciones del hospital general, que cuenta con 12 camas, distribuidas en 6 de mujeres y 6 de varones. Una de las habitaciones, que está separada del resto, está destinada a la observación de los pacientes más agudos. Situada frente a la enfermería, se la conoce como “habitación de contención”. Existe una habitación extra, llamada de mediano y largo plazo, para pacientes estabilizados pero que permanecen internados debido a problemáticas sociales o de vivienda que dificultan la externación.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

“En cambio cuesta que vengan pacientes nuevos. (...) Nos cuestionamos mucho qué proponemos para los nuevos, para los más jóvenes, para que puedan encontrar algo distinto acá, algo que les sirva.” (Entrevista a Lorena, psicóloga, 8/1/2019).

En relación con lo anterior una trabajadora social y las psicólogas mencionaron que en el último tiempo algunos jóvenes con padecimiento mental habían empezado a concurrir, la mayoría durante su internación en la sala de internación del servicio de Salud Mental, pero al poco tiempo, y luego de la externación, dejaron de hacerlo. Esto las llevó a reconocer cierta dificultad del hospital de día para convocar y dar respuesta a las necesidades de estos jóvenes y a preguntarse cómo generar propuestas para ellos:

“Algunos jóvenes vinieron unos días pero después no vinieron más. Estábamos contentas nosotras, por un recambio de la edad, otra cosa... no sé por qué no vinieron más.” (Comentario de Lorena, psicóloga. Registro observacional, 17/10/2018).

“Me acuerdo que he participado de entrevistas de personas de entre veinte y treinta, ponele, y no sé si les resulta interesante o los convoca las cuestiones que el hospital de día tiene para ofrecer. Por ahí le podemos encontrar la veta si a alguno le gusta escribir o le gusta esto o lo otro, pero bueno, no todos se interesan. A veces también es ´no, pero a ese lugar van todos los locos´. Como que no se identifican con la población que circula por acá.” (Entrevista a Leticia, trabajadora social, 20/12/2018).

En la entrevista con Nadia, al conversar sobre las personas que dejaron de concurrir a la institución vuelve a surgir la misma inquietud acerca de lo que el hospital de día puede o no ofrecer a las personas jóvenes:

“Nadia: Si deja de venir, podemos llamar para preguntar qué pasó, por qué no está viniendo, si no se sintió cómodo...”

Entrevistadora: ¿Y ahí con qué se han encontrado? Cuando alguien deja de venir ¿qué es lo que han escuchado que les han dicho?

Nadia: Sí, hemos notado últimamente que más que nada con pacientes jóvenes que... en principio ellos eligen participar por ejemplo del taller de música, que es lo que suele convocarlos más. Y bueno... asisten a unos encuentros y después dejan de venir. Eso lo observamos particularmente con unos chicos que empezaron a venir, de unos ventipico de años, y bueno, pensábamos que tal vez hay mucha, hay una diferencia de edad entre los pacientes que participan hace años, o que tal vez no hay una oferta de talleres que los convoque más. Eso también era algo que estábamos pensando estos días, y también para proponernos, para el año que viene, de

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

qué podemos ofrecer a los pacientes más jóvenes, para la rehabilitación.”
(Entrevista a Nadia, psicóloga, 27/12/2018).

En una de las últimas reuniones de equipo presenciadas reaparece esta inquietud, esta vez en boca de Silvana, la psicóloga que tiene más años de trabajo en la institución:

“El otro día estaba pensando en esos que vinieron y se fueron, que en una época eran todos raperos. Los jóvenes pasan por el hospital de día y se van. Podríamos pensar algo para ellos... me cuesta porque no soy joven. Pero eran psicóticos, necesitan un espacio. Se los puede llamar con una propuesta pensada para ellos. No sé si [nombra al tallerista de música] podría hacer o un segmento o algo diferente para ellos”. (Comentario de Silvana. Registro observacional, 11/02/2019).

Estos registros muestran cómo esta inquietud la manifiestan mayormente las psicólogas, quienes además de hipotetizar los motivos por los que las personas jóvenes no mantienen la participación en el hospital de día, reconocen que podrían necesitar de un espacio como éste para contribuir a su rehabilitación y esbozan la posibilidad de introducir otra propuesta para convocarlas.

Resultó llamativo que dos usuarios que participan habitualmente del hospital de día previamente habían ingresado por el Servicio de Emergencia al hospital, traídos por personal policial. Una de las enfermeras comenta que a uno de ellos los policías lo encontraron “tomando alcohol y fumando porro” (Registro observacional, 12/10/2018) y lo llevaron al hospital, y que había estado esposado y con custodia durante su internación en la guardia. Dice que le pasó lo mismo a otro usuario que había sido trasladado al hospital por la policía, a lo que agrega “pobre, él es incapaz de matar una mosca” (Registro observacional, 12/10/2018).

En cuanto a la circulación por otros espacios por fuera del hospital de día, la mayoría de las y los entrevistados mencionan que no es habitual que participen de otros espacios sociales o comunitarios y que quienes sí lo hacen suelen participar principalmente de instituciones religiosas. Sólo de un usuario mencionan que va a jugar al fútbol a un club cercano al hogar donde vive. Otros dos usuarios en conversaciones espontáneas con la investigadora comentaron que cursan el nivel secundario de adultos en el Centro Provincial de

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Atención, conocido como CPA³¹, institución que se encuentra emplazada a una cuadra del hospital de día. Algunas entrevistadas vinculan esta escasa circulación con la historia de exclusión, prejuicios y estigma en torno de las personas con padecimiento mental en la sociedad:

“Entrevistadora: ¿Tienen los usuarios circulaciones por otros espacios de la comunidad, además de venir acá?

Leticia: Sí, algunos van al cine. Otros salen a hacer cosas al centro.

Entrevistadora: ¿Pero lugares de referencia además del hospital de día?

Leticia: Curaduría [se ríe]. Paradójicamente uno de los lugares de referencia es Curaduría. Porque... han... no sé si es que han perdido o les hemos quitado ciertas habilidades sociales, entonces hay gente por ejemplo que no sabe manejar dinero, entonces no puede ir a hacer las compras. Cosas que son completamente subjetivantes y no se puede hacer (...).

Me parece que ahí no hay mucha circulación por otros espacios porque nosotros como sociedad no les damos la posibilidad de (*sic*). Más allá de las cuestiones individuales y particulares que tienen que ver con la historia de cada uno ¿no? lo que te guste o no te guste, lo que quieras o no quieras. Pero más allá de todo eso, me parece que no hay mucha chance de poder andar. No sé, pienso generalmente que el día de cualquier persona que venga acá es venir al hospital de día, el día del cobro ir hasta Curaduría o la Municipalidad, o al Banco, o donde vayan a cobrar. Por ahí reunirse con algún amigo, ir a visitar a alguien las personas que tienen otros vínculos por fuera de los que están acá, y hasta ahí llegamos digamos.” (Entrevista a Leticia, trabajadora social, 20/12/2018).

“Algunos participan, van a la iglesia. Trabajos prácticamente no porque la mayoría tienen pensiones, pensiones por discapacidad. Salvo algunos casos puntuales que se dedican a vender alguna cosa. Pero la mayoría no. Hay una paciente que tiene una acompañante terapéutica y hace actividades por fuera del hospital de día, de visitar a alguien, o va al cine o a tomar un helado con el acompañante. Y el resto... no escuché que participen de otras actividades por fuera.(...)

Tal vez por los estigmas o prejuicios que ellos cargan, que ellos mismos creen, tal vez, puede ser que se limiten o no se planteen la posibilidad de hacer otras actividades. O sea por el mismo sistema y la misma sociedad... o sea, la ley de salud mental nueva plantea que el paciente debe rehabilitarse en la comunidad, y creo que también la comunidad debe recibir a los pacientes y debe darles un lugar. Bueno eso, todavía, si bien está planteado en la ley, en la realidad hay prejuicios, y se sigue considerando al loco como peligroso, no se le da el lugar que debería tener.” (Entrevista a Nadia, psicóloga, 27/12/2018).

³¹ El Centro Provincial de Atención (CPA) es una institución dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires dedicada al abordaje de las personas con consumo problemático de sustancias.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Al conversar con Miguel sobre qué condiciones considera que favorecerían que circulen por otros espacios sociales, las vincula a “intereses y búsquedas personales que obviamente provienen del deseo” (Entrevista a Miguel, trabajador social, 12/02/2019). Al recordar en torno a qué giran estos intereses reaparece la inquietud laboral que ha escuchado en muchos usuarios: “... por eso es que también creo que hay algo que hacer con lo laboral, porque hay muchos de ellos que lo laboral los sigue convocando y sigue estando como en el centro ¿no?” (Entrevista a Miguel, trabajador social, 12/02/2019). A continuación menciona la situación de Horacio, un usuario que frecuentemente expresa su deseo de trabajar y de quien afirma “su interés está puesto ahí ¿no? y no en venir acá” (Entrevista a Miguel, trabajador social, 12/02/2019). Al explayarse en torno a por qué considera que igualmente concurre al hospital de día sostiene:

“Creo que viene por una concesión que ha hecho con la gente de Curaduría que le está bancando un lugar afuera. Entonces muchos de ellos participan porque hay una mediación de otra institución, del poder judicial, de algún médico, de alguien que les indica. El tema es ver dentro de eso que es indicado, de eso que es señalado, qué se puede rescatar, para que no quede únicamente puesto en juego eso que ha sido indicado. (...) Horacio sabe que va a venir acá y que va a pasar por acá porque institucionalmente le conviene, y porque socialmente, en términos de los profesionales que lo ven y que lo acompañan, ya ha ido boyando y ha ido descubriendo que cuanto más esté acá... primero que cuando está acá solemos hablar bien de los que están acá. Entonces él sabe que si viene acá, si participa, nosotros vamos a hablar bien de él en el CPA, en la Curaduría, donde sea”. (Entrevista a Miguel, trabajador social, 12/02/2019).

De las palabras de Miguel se puede desprender que ciertos usuarios, fuertemente atravesados por lógicas institucionales de tutela y control, sostienen un vínculo que podría considerarse estratégico con el hospital de día en tanto esta relación puede favorecer sus proyectos y recorridos personales. No obstante puede formularse el interrogante de cómo esa misma lógica en cierto modo es sostenida en el trabajo cotidiano del equipo del hospital de día y atraviesa sus relaciones con las y los usuarios.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

2. 2. Discusión acerca de las y los destinatarios del hospital de día. Accesibilidad a derechos. Un mundo manicomial.

2.2.1. Accesibilidad a derechos

En términos generales la caracterización de los destinatarios del hospital de día correspondería a lo que se ha denominado como personas con trastorno mental severo o grave, término que hace alusión “a los trastornos mentales graves de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social” (Gisbert *et al.* 2002). López y Laviana (2007) señalan que este término, que sustituye la idea de paciente crónico característica del modelo de clasificación manicomial, incluye una serie de dimensiones para su definición operativa: a) una sintomatología psicótica, que supone dificultades de captación de la realidad y de manejo de las relaciones sociales, lo que en términos diagnósticos suele incluir cuadros como esquizofrenia, otras psicosis y algunos trastornos de personalidad con rasgos más ligados a las psicosis; b) una evolución prolongada, generalmente mayor a los dos años, con una utilización habitual de recursos sanitarios y sociales; y c) un componente de discapacidad, que implica “alteraciones en varios aspectos funcionales, como el alojamiento, la conducta social, el funcionamiento en la vida cotidiana, las relaciones sociales y el empleo.” (López y Laviana 2007, p. 193). A las mencionadas dimensiones los autores agregan una cuarta, especificada como de carácter contextual o relacional, y que incluye “la existencia de un medio social próximo poco tolerante y/o «agotado»” (López y Laviana 2007, p. 193, cursivas en el original). Más allá de que el término de trastorno mental severo o grave es heterogéneo y aún se encuentra en debate (López y Laviana 2007, Gisbert *et al.* 2002), adentrarse en esta discusión excede los objetivos de la presente investigación. Sí se pretende que esta primera aproximación pueda ser complejizada a la luz del diálogo de los resultados de la investigación con aquellas categorías conceptuales y estudios previos que resulten potentes para aportar a la comprensión del objeto de estudio.

Tal como se mencionó en el planteo del problema, autoras como Rosa y Onocko Campos (2013) reconocen que los recursos y calidad de los vínculos familiares y/o comunitarios o el medio social condicionan tanto la evolución de los trastornos mentales como las prácticas en el campo de la salud mental. Estas dimensiones posibilitarían

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

comprender a la persona con padecimiento mental en su integralidad, al incluir no sólo la cuestión sintomática o psicopatológica sino las múltiples dimensiones sociales de su vida (Rosa y Onocko Campos 2013). Será preciso, entonces, incluir y caracterizar estas dimensiones para aproximarse al modo como inciden en las personas usuarias y en las posibilidades de trabajo del equipo del hospital de día.

Los múltiples déficits en la garantía de derechos sociales como vivienda, trabajo, educación, ya señalados, son dimensiones que condicionan fuertemente las prácticas en los servicios de salud. Los efectos que el contexto histórico-social actual, caracterizado por el recorte y/o la insuficiencia de políticas, medios y apoyos para un efectivo acceso a derechos en este grupo poblacional, se traducen en que la mayoría de personas usuarias residan en hogares asistidos con un alto grado de precariedad en la cobertura de sus necesidades básicas, que varios expresen frecuentemente su preocupación por la falta de trabajo o la escasez de sus ingresos económicos, que el equipo del hospital de día encuentre que personas usuarias concurren con mayor frecuencia para poder hacer uso del comedor, porque sino no comen, entre otras situaciones. Es claro que la garantía de los derechos mencionados demanda contar con decisiones políticas y acciones intersectoriales para responder a las múltiples necesidades de estas personas. No obstante, las y los trabajadores entrevistados sitúan no sólo la escasez de políticas públicas con la orientación que plantea la Ley Nacional de Salud Mental, sino el desfinanciamiento de programas como el Vuelta a Casa, cuyo monto nunca se actualizó y que disminuyó significativamente el número de beneficiarios; o la imposibilidad de contar actualmente con el Programa Promover, vinculado a la capacitación e inclusión laboral.

En cuanto al acceso a la alimentación, pudo observarse por ejemplo el papel relevante del hospital de día como lugar que brinda el almuerzo de lunes a viernes, más allá de que la comida ofrecida es “de hospital” y como tal a muchos les recuerda a la internación. Tal como lo expusieron varios trabajadores y uno de los usuarios, contar con un plato de comida diario para muchos es un motivo de peso para concurrir a la institución, pero si su situación económica se lo permitiese tal vez elegirían comer en otro lugar. Esta elección del hospital de día como lugar donde obtener al menos una comida diaria da cuenta de la puesta en juego de estrategias de autoatención en sentido amplio (Menéndez 2009) por parte de las y los usuarios.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

También pudo escucharse en muchas oportunidades la preocupación de ciertas personas usuarias por encontrar una salida laboral, planteada en varias ocasiones al equipo del hospital de día. Algunos miembros del equipo como Miguel establecieron una distinción entre aquellas personas usuarias más jóvenes y las que tienen más de 40 años, en términos de que las primeras aún conservan expectativas y deseos de desempeñar algún trabajo, lo que los lleva muchas veces a emprender iniciativas en circuitos de informalidad. La situación de Horacio descrita por Miguel también ilustra la modalidad inestable y de corto plazo con que algunos de estos sujetos pueden sostener estas iniciativas laborales. Es posible conjeturar que si contara con ciertos apoyos para el acceso a una inclusión laboral, otras serían las formas en que podría sostener estas iniciativas. En este punto es necesario destacar también el hecho de que el haber transitado recorridos de internaciones por salud mental para muchas/os pudo haberles significado la interrupción de sus estudios.

Los resultados presentados, en cuanto a que los destinatarios del hospital de día son personas que atraviesan importantes dificultades para acceder a derechos sociales como alimentación, educación, trabajo y vivienda, coinciden con lo hallado por el Centro de Estudios Legales y Sociales (2015) en cuanto a las barreras de acceso a los derechos sociales, derechos de los que también depende la posibilidad de acceso a la salud. Así, en su estudio con personas en procesos de externación de hospitales psiquiátricos encontraron que un muy bajo porcentaje de éstas indicó hacer alguna actividad laboral por fuera de los talleres, y que de ese porcentaje, la mayoría lo hace bajo una modalidad informal o precarizada (Centro de Estudios Legales y Sociales 2015).

Si se tienen en cuenta las dimensiones del trastorno mental severo o grave arriba apuntadas, las personas que padecen dicho trastorno requerirán de una serie de soportes y apoyos sociales para el efectivo acceso a estos derechos. Tales apoyos son contemplados en la letra de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, ley que se ha inspirado en experiencias de reformas previas nacionales como la de Río Negro e internacionales como la de Italia, ya mencionadas en la delimitación del problema de investigación. Así, en el artículo 11 del Decreto Reglamentario de esta ley se prevé disponer de diversos dispositivos que conformen:

una red de servicios con base en la comunidad. Dicha red debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como: centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que favorezca la inclusión social. (Argentina 2013).

Reformas psiquiátricas como la de Italia han incluido entre sus orientaciones la de ofrecer apoyos para la inclusión laboral de las personas con padecimiento mental. En este sentido son conocidas por ejemplo las cooperativas de Trieste, que abarcan diversas actividades comerciales, de servicios, artesanales, culturales, entre otras (Rotelli, De Leonardis y Mauri 1987). También en Trieste, las becas de trabajo son un instrumento terapéutico rehabilitativo que aspiran a favorecer la adquisición de competencias para una inserción en el mundo del trabajo, con los fines de promover la integración social y además colaborar en la construcción identitaria y de un rol social no exclusivamente ligado a la enfermedad (A.S.S. N° 1 Triestina 2005):

El trabajo además de proveer una renta, aparece hoy como un factor determinante en la construcción de una identidad modificada socialmente, en la adquisición de autonomía, es lugar de consolidación de confianza y respeto de sí, de intercambios y relaciones, de aprendizaje, de valorización, de crecimiento personal y profesional. Si el trabajo se ha convertido en llave de acceso a "derechos" y "llave de estructuración de la existencia humana y social" (Rotelli), la intervención rehabilitativa en salud mental debe plantearse la cuestión de la exclusión del mercado de porciones de población cada vez mayores. (A.S.S. N° 1 Triestina 2005, p. 3).³²

Inspiradas en los aportes de la reforma italiana, en Argentina se han documentado varias experiencias de prácticas de inclusión laboral para las personas con padecimiento mental, una de ellas es la del Café Basaglia en la Ciudad de Buenos Aires. Esta iniciativa, que se orienta por el modelo conceptual de la empresa social italiana y de la salud mental

³² “Il lavoro oltre a fornire un reddito, appare oggi fattore determinante nella costruzione di una identità socialmente scambiabile, nell’acquisizione di autonomia, è luogo di rafforzamento di fiducia e rispetto di sé, di scambi e relazioni, di apprendimento, di valorizzazione, di crescita personale e professionale. Se il lavoro è “diventato chiave di accesso di diritti” e “chiave di strutturazione dell’esistenza umana e sociale” (Rotelli), l’intervento riabilitativo nella salute mentale deve porsi la questione dell’esclusione dal mercato di quote di popolazione sempre maggiori.” (A.S.S. N° 1 Triestina 2005, p. 3). Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

comunitaria, se propone capacitar a personas usuarias de los servicios públicos de salud mental en situación de vulnerabilidad sociolaboral y dificultades relacionales, para su inserción socio-laboral. Se conformó un grupo de trabajo que se capacitó en temas de empresas sociales, logró potenciar las capacidades de cada uno y promover mayores niveles de autonomía. El Café Basaglia alquila una franja horaria en la Casona Cultural de Humahuaca, además ha contado con diversas fuentes de financiamiento provenientes de Italia y a nivel nacional ha recibido el aporte del Programa Promover la Igualdad de Oportunidades de Empleo (Mouratian 2014).

Para finalizar, es preciso despejar qué concepciones de trabajo sustentan las iniciativas de inclusión laboral de las personas con padecimiento mental, dado que éstas también pueden responder a imperativos de normalización que no amplíen sino que restrinjan aún más sus posibilidades de vida. Para este ejercicio puede servir de orientación la distinción que plantean Babinski y Hirdes (2004) entre vida productiva y producción de vida, según la cual la primera connota sólo el hecho de hacer algo, mientras que la segunda se orienta en la vía de la realización personal al otorgarle valor a la vida.

2.2.2. Un mundo manicomial

Lo manicomial no es un lugar,
sino una práctica social, cultural,
política e ideológica.
(Merhy 2016, p. 190)

Una condición que atraviesa la vida de las personas usuarias y que impregna muchas de sus situaciones y relaciones cotidianas es la persistencia de una lógica manicomial que aún atraviesa las relaciones sociales con la locura (Correa Urquiza *et al.* 2006), la cual será asunto de discusión en este apartado.

En las situaciones de varios/as usuarios se observa de qué modo interactúan los mecanismos productores de exclusión social de las personas con problemas de salud mental (Correa Urquiza *et al.* 2006) y que responden a una lógica manicomial que concibe a la enfermedad mental como error a corregir y al enfermo como tutelado al que es preciso aislar para normalizar (Torre y Amarante 2001). En palabras de Merhy, el mundo manicomial, que no se reduce a lugares sino que se construye a través de múltiples prácticas, es generador no sólo de exclusión sino también de una inhibición del deseo. En este complejo de relaciones y

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

prácticas sociales en que se configura este mundo manicomial, la persona con padecimiento mental ve reducida su capacidad para actuar y decidir sobre su vida (Franco y Merhy 2016).

Las situaciones de aquellos usuarios que ingresaron a la guardia del hospital producto de una intervención del personal policial presentan rasgos del poder disciplinario caracterizado por Foucault (2008), ya que se puede pensar que las fuerzas de seguridad encuentran en estos sujetos ciertos atributos asociados a la locura, la marginalidad o al consumo de sustancias y deciden enviarlos al hospital para ser evaluados por personal de salud, más allá de que estas personas hayan cometido o no algún acto reprochable. Tal como se mencionó previamente, este poder disciplinario apuntará a las virtualidades del comportamiento, a través de medios como la vigilancia o el castigo, procurando intervenir antes de la producción misma de los actos. Además, se trata de un poder que pretende normalizar a los individuos, y en este sentido el hospital es utilizado como un medio para esta empresa de normalización (Foucault 2008).

Muchas de las personas usuarias que concurren habitualmente al hospital de día han padecido internaciones prolongadas en las salas de internación de salud mental del mismo hospital, en una época en la que funcionaban dos salas denominadas Sala X y “el neuro”. Algunas incluso han tenido la experiencia de internaciones, también prolongadas, en instituciones monovalentes privadas de la ciudad de Bahía Blanca o públicas del Gran Buenos Aires. Pero ciertas características de los hogares asistidos en los que la mayoría de las y los usuarios vive actualmente, también muestran la fuerza de la lógica manicomial que atraviesa los distintos espacios sociales y que no se reduce a las instituciones de salud. Incluso algunos de los entrevistados denominan a estos hogares como pequeños manicomios, en los que todas las actividades como la alimentación, la higiene, el descanso, las salidas, son normatizadas y estandarizadas en un para todos homogeneizador y arrasador. Además de las condiciones de hacinamiento, producto de que en algunos de estos hogares el número convivientes asciende a cerca de 30 personas, quienes están allí alojados no disponen de una llave de la residencia, no pueden salir en horarios nocturnos y deben adaptarse a los horarios y ritmos impuestos por las/os encargados. Estas particularidades de los hogares presentan coincidencias con la caracterización que hiciera Goffman (2001) de la institución total, en la que todas las actividades de la vida se encuentran programadas, se ejercen bajo una única autoridad y en compañía de muchos otros. Estas características también se asemejan a lo relevado por el

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Centro de Estudios legales y Sociales en su informe Cruzar el Muro, ya que en dicha investigación hallaron dispositivos residenciales con rasgos similares a los arriba señalados, en una clara reproducción del modelo manicomial, tanto en sus las lógicas de funcionamiento como en las disposiciones edilicias (Centro de Estudios legales y Sociales 2015).

Cabe destacar además que estas residencias no cuentan con ninguna habilitación ni supervisión como hogares para personas con padecimiento mental. Esta situación ha sido motivo de preocupación de los ediles y referentes de instituciones de salud, judiciales y de la sociedad civil que participan de la Mesa de Salud Mental del Honorable Concejo Deliberante de Bahía Blanca, entre los que también se encuentran algunos de las y los trabajadores del hospital de día. En el marco de esta Mesa se han promovido una serie de encuentros con los encargados de estos hogares con el objetivo de ofrecer un espacio de escucha y acompañamiento que contribuya a mejorar las situaciones y calidad de vida de las personas allí alojadas.

Otra parecería ser la situación de las personas que residen en las casas de convivencia administradas por la ONG Saludable Mente, en las que conviven grupos de no más de 5 personas. En estas casas cada conviviente cuenta con la llave de su vivienda y se organizan para las tareas de cocina y limpieza, por lo que es posible pensar que aquí se promueven mayores niveles de autonomía que en los hogares arriba descritos. Incluso algunos usuarios del hospital de día previamente vivieron en alguno de los hogares asistidos y luego se mudaron a alguna de estas casas de convivencia, lo que puede considerarse una conquista de mayor autonomía.

Ciertos hallazgos en relación a las características de las y los usuarios, las barreras en el acceso a ciertos derechos y las dificultades para que el hospital de día se constituya en un espacio de cuidado también para las personas jóvenes pueden vincularse con los complejos procesos sociales de estigmatización en que se encuentran inmersas las personas con padecimiento mental. Para Garbus (2010) estos procesos se ligan a la valorización de determinados grupos en relación a otros y refuerzan mecanismos de exclusión y desigualdad social. En este sentido, el estigma contribuye a que los fenómenos de segregación aparezcan como naturales y no como producciones sociales (Parker y Aggleton 2003, en Garbus 2010). Para la autora, el estigma y los procesos de estigmatización, lejos de corresponder meramente

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

a acciones entre individuos, operan en aquel punto de cruce entre cultura, poder y diferencia (Garbus 2010).

Para profundizar lo hasta aquí planteado resulta pertinente recuperar la tensión tutela-desamparo que sitúa Garbus a propósito de las relaciones entre el Estado y las personas con padecimiento mental, según la cual hasta ahora el principal modo que ha encontrado el Estado para responder a estas personas ha sido a través de la tutela y victimización, pero que para evitar estas consecuencias no se puede correr el riesgo del desamparo. Por lo que la autora propondrá poner a trabajar esta tensión como parte del debate actual en el campo de la salud mental (Garbus 2010).

Teniendo en cuenta lo desarrollado en este apartado podría caracterizarse a los destinatarios del hospital de día como personas con padecimiento mental grave y con dificultades para acceder a derechos sociales como alimentación, educación, trabajo y vivienda, cuyas vidas se inscriben en relaciones de poder con características disciplinarias y manicomiales, productoras de estigmatización y en las que se identifica el funcionamiento de mecanismos de exclusión, tutela e inhibición del deseo.

Pero estos sujetos concurren al hospital de día del H.I.G. Dr. José Penna, espacio que forma parte de un conjunto de instituciones y agentes con los que habitualmente establecen relaciones. La presente investigación se enfoca en las representaciones y prácticas de las y los trabajadores de este hospital de día acerca de la producción de cuidado, por lo que fue preciso indagar, desde un enfoque relacional, qué producen esas representaciones y prácticas, cuestión que se abordará en próximos apartados.

3. Representaciones acerca de los orígenes y objetivos del hospital de día del H.I.G. Dr. José Penna

A continuación se expondrán las representaciones de las y los trabajadores acerca del surgimiento histórico de este hospital de día y de cuáles consideran que son los objetivos y funciones de esta institución para el abordaje de las personas con padecimiento mental.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

3.1. Surgimiento histórico y objetivos del hospital de día

“El hospital es un pequeño *oasis* en el día para muchos.
 (...) Pienso que para ellos es un refugio.
 (...) El hospital de día es una anestesia de su drama... afuera”.
 (Entrevista a Luisa, enfermera, 18/12/2018)

Respecto de los orígenes del hospital de día Miguel —quien trabaja desde hace más años en la institución— refiere que surge históricamente como una “alternativa al encierro” (Entrevista a Miguel, trabajador social, 06/11/2018) que significaba la internación prolongada por salud mental en el hospital general. Con posterioridad, y tras una serie de modificaciones institucionales que condujeron al cierre de salas del servicio de salud mental —una de ellas con internaciones prolongadas— y a la disminución de los tiempos de internación, al hospital de día se le agregaron funciones de sostén de derechos, de sostenimiento del tratamiento propuesto por el servicio de Salud Mental, de circulación social y ampliación del lazo social. De la observación de una reunión de equipo puede extraerse que para Miguel el lazo social significa “el modo de circular por el mundo” (Registro observacional, 11/02/2019). El entrevistado también refiere que a partir del año 2010, y como efecto de la propuesta de un usuario, el hospital de día incorpora entre sus funciones una tarea cultural que lo vincula con otras instituciones y espacios de la ciudad, como escuelas, museos, entre otros.

Una de las psicólogas, Silvana, destaca diferencias en cuanto a las funciones del hospital de día para usuarios que atravesaron internaciones prologadas y para quienes no han vivido esas experiencias. No obstante, según la entrevistada la dimensión del encierro puede aún estar presente para estos últimos, no ya como producto de una internación, sino por la persistencia de una sintomatología que condiciona las posibilidades de lazo social de estas personas con padecimiento mental. En este sentido, el hospital de día se propone como un espacio “intermedio” cuyas funciones se orientarían a colaborar en la restitución de este lazo social:

“Silvana: ... el hecho de que el hospital de día funcione como un paso intermedio, no sé si entre la internación y lo social, sino más bien entre la enfermedad y lo social.

Entrevistadora: ¿Y cómo sería eso?

Silvana: Y, porque ahí hay diferentes maneras... No es lo mismo cuando viene una persona que estuvo internada veinte años, todo el movimiento...

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

bueno, vos te acordás de Gastón [usuario], con todos los temores, todos los prejuicios del paciente del afuera para volver a salir después de veinte años. Yo siempre digo lo mismo, es como si te raptara un extraterrestre y te devuelve veinte años después. Es ominoso, es terrible, para mí es terrible, desubjetivante bajo todos los aspectos que uno pueda pensar. Ahora las personas no están internadas tanto tiempo ¿sí? Sin embargo salen de alta, estabilizados en su patología, pero esta patología tiene estos síntomas negativos. Entonces por ahí no tienen los síntomas de riesgo, positivos ¿sí? porque la internación es solamente en el momento de riesgo, pero la persona vuelve a su casa y vuelve a quedar encerrada en su habitación. Por eso digo que es entre la patología y el mundo, no entre la internación, digamos, porque eso se carga, lo carga la persona por donde circule: esa dificultad para el lazo, esa relación con la realidad particular que tiene la psicosis que dificulta el lazo (...). Entonces, el hospital de día creo que la función que tiene es el hecho de colaborar a esta reinserción o a este vínculo entre el usuario y lo social, como algo intermedio. (Entrevista a Silvana, psicóloga, 13/12/2018).

“Creo que el hospital de día es un lugar... posible cuando otros lugares quizá no se pueden hacer posibles. (...) Por ahí cuando el lazo social se ve imposibilitado por cualquier motivo, digamos, se presenta este lugar como una alternativa ante esa falta, digamos. Yo creo que el objetivo del hospital de día es muy general, y tiene que buscar su singularidad en cada paciente. Es imposible que el objetivo sea para todos el mismo. Sí apunta a fomentar algo que tenga que ver con el lazo social o con el arte, digamos, como... teniendo la concepción de que el arte, que la producción artística les brinda un beneficio a cada paciente”. (Entrevista a Lorena, psicóloga, 08/01/2019).

Psicólogas y trabajadores sociales del equipo enfatizan que la propuesta del hospital de día procura estar atenta a la singularidad de los modos de circular y andar por el mundo de cada uno. En este sentido, habrá usuarios que más allá de las ofertas institucionales lograrán, con el acompañamiento de la institución, hacerse un lugar más singular en ésta:

“Silvana: Entonces en eso, siempre digo lo mismo, es como el recorrido que hace cualquier persona por afuera. Nosotros pasamos por muchos lugares donde somos uno más, y otros lugares donde resaltamos, en lo que sea: club, escuela, universidad, deporte, no sé. Y acá pasa lo mismo ¿no? hay personas que tienen capacidad de hacerse un lugar singular más notorio. Entonces, bueno, cada uno llega hasta donde puede, y eso ya no es parte de la patología, esa parte tiene que ver con maneras de circular. (Entrevista a Silvana, psicóloga, 13/12/2018).

“Nadia: (...) más allá de los objetivos generales, estar atento a lo que quiere particularmente cada paciente, al deseo de cada uno. Ayudarlos a realizar su propio recorrido, y acompañarlos en eso.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Entrevistadora: ¿Y en esto cómo ves que lo van concretando? Esto de hacer su propio recorrido ¿cómo lo trabajan?

Nadia: Bueno, creo que en los talleres tratamos de que ellos elijan, de dejarlos elegir. Ya sea en el taller de revista que ellos elijan sobre qué escribir, que ellos elijan los temas... el formato de la revista, el precio, que ellos elijan todo. En el grupo de reflexión también, no proponemos tema. La consigna es un espacio libre para que ellos lo usen y expresen lo que a ellos les preocupa, que ellos guíen las conversaciones. (...)

Apoyarlos a cada uno en lo que quieren hacer. Por ejemplo si viene un paciente todos los días a pedirnos hojas para escribir dárseles, que tenga esa posibilidad, ese espacio..." (Entrevista a Nadia, residente de psicología, 03/01/2019).

Silvana también considera que la posibilidad de hacer distintos usos y recorridos en la institución excede la cuestión psicopatológica sino que se vincularía con la singularidad e intereses de cada uno. Miguel recuerda que la posibilidad de recorridos singulares, más allá de la oferta de participar de los talleres, también cobró más fuerza y legitimación luego de una serie de encuentros de supervisión realizados en el año 2016 con un psicoanalista externo a la institución. Señala que, en este tiempo, como equipo se plantearon una serie de interrogantes acerca de las funciones del hospital de día en un contexto de cambios en el servicio de Salud Mental y en la modalidad de las internaciones que se daban en este:

"...Empezamos a preguntarnos qué pasaba con el hospital de día tradicional, al servicio de generar una alternativa a salas de internación muy numerosas y muy parecidas a manicomios; y qué pasaba con el hospital de día hoy, con algunos años de ley de por medio, con un neuropsiquiátrico que no está y que... una sala X que no está, y habiendo otro sistema de atención en el primer nivel de atención (...). Era ponerle palabras a todo esto, ¿no? bueno, no es el mismo, no está al servicio de esto, se ofrece otra cosa. Y ahí empezó como a tomar forma esto que hoy defendemos con Silvi, y que nos cuesta seguir defendiendo mucho al interior del servicio de Salud Mental, que es: no se viene a los talleres únicamente al hospital de día, no se viene únicamente a darle sentido al tiempo perdido. Se viene a otras cosas, algunas sabemos cuáles son y te podemos dar ejemplos de casos singulares, y otras no sabemos cuáles son, porque irán diciendo las situaciones singulares que son (...).

Entrevistadora: Como que ustedes pudieron flexibilizar o de algún modo...

Miguel: Nos autorizamos a flexibilizar ciertas cosas que estaban como intuición pero eran políticamente incorrectas, para lo que nosotros mismos habíamos leído. (Entrevista a Miguel, trabajador social, 6/11/2018).

Para Leticia, residente de trabajo social, el hospital de día "promueve procesos de autonomía y autovalimiento. (...) promover cosas subjetivantes (...) ante la vulneración de

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

derechos, la lógica institucional y social manicomial, el disciplinamiento”. (Entrevista a Leticia, 04/12/2018). Por su parte Mariana, también trabajadora social, considera que el hospital de día es un espacio que apunta a realizar un abordaje de modo integral y continuado de las distintas dimensiones de la vida de las personas con padecimiento mental que en él participan, lo que también puede relacionarse con procesos de conquista de mayores niveles de autonomía en el plano de la vida cotidiana:

“Es un dispositivo de externación comunitario, nos permite trabajar la vida cotidiana de... con los usuarios, ¿no? no por ahí intervenciones tan como más emergencistas o de urgencia como por ahí pasa en otros dispositivos. Y bueno, es un trabajo más continuado. (...) Desde el hospital de día se intenta tratar de conectarse con otras instancias (...) la parte laboral, el ocio, el esparcimiento, los proyectos de cada uno, los recorridos de vida también, las trayectorias laborales, qué sé yo; como todas esas cuestiones que hacen a la persona, y que por ahí uno a veces trabajando desde la emergencia en salud, toca como una parte tangencial de la persona y no como un todo. Entonces por ahí el hospital de día es un dispositivo que permite intentar abordar de manera más integral. También porque tenemos tiempo para eso, o sea, no trabajar en la urgencia, nos permitimos cierto tiempo de pensar con el otro, y acerca de otras dimensiones de la vida del paciente.” (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018)

Además agrega que esta institución favorece el contacto con referentes vinculares, la accesibilidad con otras áreas del hospital general y los profesionales de consultorios externos, a los que llama el “equipo tratante”:

“El hospital de día cumple una función que para mí es piola, digamos, esto de acortar la distancia entre lo que sería el afuera de la institución y el adentro ¿no? Garantiza accesibilidad en ese punto porque es un dispositivo totalmente abierto, de libre circulación, entonces ellos van, vienen, o llama algún familiar, ellos usan el teléfono. Como que esas cuestiones, digamos, generan que a veces también haya una brecha menos y haya una mayor accesibilidad entre ellos y el equipo tratante...” (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018).

En sus apreciaciones acerca de cómo contribuye a establecer este nexo resulta llamativo que Mariana refiera que el “equipo tratante” es el que atiende a las/os usuarias/os por consultorios externos, sin que parezca incluir en esta categoría al equipo del hospital de día. ¿Por qué estos profesionales no se visualizarían como parte del equipo tratante? Si incluso la misma entrevistada hace hincapié en que desde el hospital de día se procura abordar

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

de manera integral las distintas dimensiones de la vida de las personas usuarias, tales como la laboral, el ocio, los proyectos y recorridos de vida, entre otras. Estos modos de nombrar ¿pueden incidir en prácticas en las que el equipo del hospital de día quede relegado por no considerarse también equipo tratante?

El rasgo de la libre circulación de las y los usuarios también fue destacado por gran parte de las y los entrevistadas/os. Así, una de las enfermeras, Elsa, ante la pregunta de cómo describiría al hospital de día expresa:

“Elsa: yo lo describo como un lugar de recreación para ellos.

Entrevistadora: ¿Y qué sería recreación?

Elsa: Recreación sería como que ellos tienen un lugar donde poder participar y poder, cómo te puedo decir, como poder venir y contar sus cosas que por ahí en su casa o en los lugares que están no lo pueden hacer. Y entonces esto es como un lugar libre para ellos (...).

Es un mundo para ellos, porque ellos se juntan a tomar mate, a charlar de sus cosas (...) a veces vos los escuchás y no podés opinar de nada de eso. A mí me gusta escucharlos (...) Esos espacios se dan afuera, en el patio, o cuando están todos reunidos allá en la cocina. (...) Y yo pienso también que éste es un lugar para ellos, porque ellos vienen como si fuera su segunda casa (...). Por ejemplo el que llega primero de todos es el que prende la cocina y pone el agua a calentar para todos (...). Por ahí en su casa o en el lugar donde están no lo pueden hacer, de la forma en que lo hacen acá.” (Entrevista a Elsa, enfermera, 05/11/2018).

En el fragmento recortado cobra relieve la dimensión vincular que promueve el hospital de día. También es llamativa la insistencia en que lo que las y los usuarios pueden hacer aquí tal vez no lo pueden hacer en los lugares donde viven. Si bien no menciona cómo percibe a esos lugares ni afirma taxativamente las limitaciones que éstos tendrían, ya que lo plantea en términos más bien hipotéticos, es posible relacionar lo anterior con las características ya señaladas de los hogares en los que viven la mayoría de las y los usuarios.

En cuanto a los objetivos y funciones del hospital de día, gran parte de las y los trabajadores hacen hincapié en el carácter eminentemente terapéutico de esta institución. Para éstos se trata de uno de los objetivos fundamentales que la distingue de otras instituciones con las que se vinculan habitualmente, tales como la Curaduría Oficial del Departamento Judicial de Bahía Blanca. Dada la relevancia de este carácter terapéutico se ha decidido profundizarlo en próximos apartados.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

También algunos profesionales comentaron que desde el equipo se han propuesto proyectos como el de la apertura de un espacio cultural o la gestación de un emprendimiento productivo, proyectos que al momento del trabajo de campo todavía estaban en construcción:

“Hace años que estamos con la generación de un espacio cultural para el hospital de día (...). Tenemos que armar una asociación civil con personería jurídica y para eso necesitás una lista y socios, y nos hemos juntado y la hemos armado y bueno, después no nos da la vida para llevarlo a la Municipalidad y presentarlo, pero... siempre hay cosas que no llegamos.... Una vuelta armamos casi un emprendimiento para que se hicieran cosas con los hornos acá, y también, se cayó la plata entonces no seguimos, pero siempre hay como cosas que están ahí como queriendo salir, y capaz que algún día salen”. (Entrevista a Miguel, trabajador social, 6/11/2018)

“Es una idea que viene arrastrada. No sé si hay tanta voluntad. No es sólo una cuestión de ganas, también de recursos. Es un proyecto bastante relegado, que sea un espacio de apertura y pueda circular la comunidad. Que cumpla una función educativa, siguiendo la idea de Basaglia que plantea la educación a la comunidad respecto de la locura. Mostrar qué se hace como equipo con esta población, ya que no hay mucho conocimiento de lo que se hace. (Entrevista a Leticia, trabajadora social, 20/12/2018).

De los fragmentos recuperados se pueden desprender diversas funciones y objetivos que apunta a desempeñar este hospital de día: favorecer la accesibilidad a derechos sociales y al derecho a la salud en particular desde un abordaje de las distintas dimensiones de la vida de las/os usuarias/os; promoción de la autonomía y el autovalimiento desde un enfoque que respete sus particularidades subjetivas y ofrecer un espacio que colabore en la construcción de vínculos frente a las dificultades en el lazo social. Estos objetivos, que procurarán lograrse a través de diversas actividades grupales, artísticas, productivas, de asambleas y de variables seguimientos individuales, se enmarcan en un enfoque terapéutico y un modo de funcionamiento que posibilita la libre circulación de las y los usuarios, aspectos que se profundizarán en posteriores apartados.

3. 2. Discusión sobre las representaciones acerca de los orígenes y objetivos del hospital de día. ¿Alternativa al encierro? Los objetivos del hospital de día y la rehabilitación psicosocial.

3.2.1. ¿Alternativa al encierro?

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Encierro. Ensayamos otras formas de nombrarlo:
 encerrona, aislamiento,
 reclusión, clausura, retiro, recogimiento.
 Escondite. Dependencia. Confinamiento.
 (López Mosteiro 2015, p. 50)

Y cómo explicarte
 desde el encierro
 cuánto miedo da salir
 a ese mar de dudas.
 (Tu locura. Gustavo Cerati)

En las caracterizaciones del hospital de día desde la perspectiva de los miembros del equipo, la mayoría de éstos describieron cómo su origen estuvo fuertemente ligado a constituirse como una alternativa al “encierro” que suponían las internaciones prolongadas en el servicio de Salud Mental. Es posible encontrar que esta marca de origen lo acompaña hasta el día de hoy, aún cuando las internaciones en este servicio ya no se extienden indefinidamente como en épocas pasadas.

Para comprender algunos efectos de las internaciones prolongadas por salud mental es preciso tener en cuenta las consecuencias subjetivas de la pérdida de libertad que producen estas internaciones, consecuencias descritas por Goffman (2001) al analizar lo que denomina instituciones totales y las fuertes barreras a la interacción de los pacientes con el exterior que éstas suponen. Para el autor, si la permanencia en estas instituciones totales es prolongada, puede producirse en las personas lo que llama una desculturación que genera dificultades para enfrentar en el exterior ciertos aspectos de la vida cotidiana. Las prácticas en estas instituciones, al invadir, someter y sancionar múltiples y hasta minúsculas esferas de la acción de las personas, vulneran aspectos fundamentales de su subjetividad como la intimidad y la autodeterminación de los propios actos, lo que da lugar a procesos de alienación y mortificación del yo. Para Goffman, éstos se podrán adaptar a dichas prácticas institucionales a partir de una carrera moral en la que adoptarán diversas tácticas que implicarán un mayor o menor ajuste a las regulaciones y roles planteados por la institución (Goffman 2001).

En concordancia con las características de las y los usuarios ya señaladas, para el equipo de salud el hospital de día se ofrece como un lugar que trabaja en torno a distintas dimensiones de la vida de las y los usuarios, y entre éstas una de las más destacadas por la mayoría de las y los trabajadores es lo que llaman el lazo social. Al describir la dificultad que

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

las y los usuarios presentarían en este plano, Silvana la enlaza a una cuestión psicopatológica: “eso se carga, lo carga la persona por donde circule: esa dificultad para el lazo, esa relación con la realidad particular que tiene la psicosis que dificulta el lazo...”. En este sentido habría algo propio de las psicosis que afectaría la posibilidad de establecer lazo social, postura que se asemeja a algunas de las características de los trastornos mentales severos ya mencionadas. Pero es posible complejizar esta mirada a partir de aportes como los ya mencionados de Goffman y también los de Basaglia, para quien la relación del enfermo con su enfermedad y con el mundo puede hallarse restringida no sólo por la patología sino por la prolongada hospitalización que promueve su institucionalización y objetalización, lo que conlleva una pérdida de su individualidad (Basaglia 1964). Actualmente, si bien la institucionalización ya no estaría dada en términos de internación, sí se pueden advertir rasgos de institucionalización en las características masificantes de los hogares en los que residen la mayoría de las y los usuarios y en sus circulaciones restringidas a espacios institucionales como el hospitalario o la Curaduría Oficial.

Silvana considera que el hospital de día incluye entre sus funciones la de “colaborar a esta reinserción o a este vínculo entre el usuario y lo social, como algo intermedio”. Este carácter intermedio podría pensarse como un lugar de pasaje, de circulación hacia otros recorridos posibles, como espacio que media entre las y los usuarios y otros lugares sociales. Y en este sentido podría plantearse la pregunta de cuánto de este espacio intermedio termina siendo uno de los pocos lugares, o hasta el único espacio posible, para gran parte de ellas/os.

Para la misma profesional hay personas usuarias que “tienen capacidad de hacerse un lugar singular más notorio (...) y eso ya no es parte de la patología, esa parte tiene que ver con maneras de circular”. En este fragmento la posibilidad de contar con lugares singulares aparece asociada principalmente a cualidades personales. Para quienes cuentan con esta capacidad, el equipo del hospital de día podrá ofrecer un acompañamiento en la búsqueda de diversos recorridos personales. Y a quienes no cuentan con esas cualidades ¿qué podrá ofrecer el equipo? Esta función del hospital de día para algunos sujetos también fue señalada Miguel, quien aclaró que estas posibilidades pudieron ser legitimadas luego de que participaran de una serie de encuentros de supervisión con un psicoanalista externo a la institución.

Algunas palabras de Silvana hacen hincapié en la dimensión de encierro que puede atravesar a las personas con padecimiento mental, no ya producto de una internación, sino por

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

ejemplo cuando “la persona vuelve a su casa y vuelve a quedar encerrada en su habitación”. La cuestión de los encierros ligada a la salud mental fue explorada en la investigación desarrollada por López Mosteiro (2015) en su tesis de doctorado. Los aportes de esta autora son pertinentes para interrogar qué encierros se han producido y aún se producen en torno a las personas con problemas de salud mental. En este sentido, López Mosteiro señala cómo muchas intervenciones del Programa AdoP-AdoPi en el que se enmarca su investigación ya no tienen que ver con situaciones de internación sino con personas que están reclusas en sus casas, cuyos padecimientos son más silenciosos y que no logran acceder a una atención hospitalaria. En coincidencia con lo desarrollado en la descripción del problema de esta investigación, la autora también apunta que ya Foucault mostró cómo la locura ha estado asociada al encierro, incluso antes de su encuentro con la psiquiatría, disciplina que continuó el encierro, pero por otros medios. Ahora bien, lo que la autora va a problematizar en la actualidad es la posibilidad de una lógica del encierro, de pequeños encierros cotidianos, de una pluralización de los encierros (López Mosteiro 2015):

Nos encontramos entonces con lo que se podría llamar “patologías del encierro”. El encierro como retiro en el hogar, único horizonte posible; el encierro temporal, como imposibilidad de imaginar futuro; el encierro de la estereotipia, la repetición, frecuentemente ligada a distintos padecimientos severos. (López Mosteiro, 2015, p.48).

Esta pluralización posibilita identificar múltiples formas de encierro, incluso el encierro temporal o lo que puede connotar de encierro el establecimiento de un diagnóstico con “el riesgo concomitante de responder desde el encierro de los equipos en modalidades de intervención fragmentadas y repetitivas” (López Mosteiro 2015, p.51). Además la autora reconoce “prácticas silenciosas de confinamiento a lo largo de todo el tejido social, que quedan muchas veces desapercibidas para los mismos actores, y para los que deberían estar a cargo de visibilizarlas” (López Mosteiro 2015, p.50).

Teniendo en cuenta lo planteado por esta autora, en la presente investigación resulta pertinente detenerse en expresiones como la de Elsa, para quien el hospital de día “es un mundo para ellos”, en el que las y los usuarios se encuentran diariamente y pueden hacer cosas que tal vez “en su casa o en el lugar donde están no lo pueden hacer”. Cosas tan cotidianas como conversar, comer o compartir un mate, entrar y salir libremente. Una vez más

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

surge el interrogante de qué sucederá en los lugares donde viven las y los usuarios, si podrán o no recibir visitas, conversar y circular libremente, ya que de los relatos de varios de los/as entrevistados/as pueden extraerse rasgos de encierros en los hogares donde la mayoría de aquellas/os viven.

También sería oportuno preguntarse si ese “mundo para ellos” al que se refiere Elsa no reflejaría de algún modo otro encierro, esta vez al interior del hospital de día, que terminaría reforzando los procesos de estigmatización y exclusión que atraviesan muchas personas con padecimiento mental. Del mismo modo, la dimensión del encierro cobra relevancia al reparar en la dificultad señalada por Miguel y Leticia para concretar la apertura de un espacio cultural u otras iniciativas que impliquen diversos intercambios con el afuera de la institución. Esta posibilidad reaparece cuando se escucha que Luisa al describir el hospital de día lo compara con “un oasis”. Si se apela a lo que para la Real Academia Española (RAE) significa el vocablo oasis, es posible encontrar para éste dos acepciones: la de sitio aislado en los desiertos de Asia y África con vegetación y que puede contar con manantiales; y la de “tregua, descanso, refugio en las penalidades o contratiempos de la vida” (RAE 2019). Esta figura del oasis podría servir para mostrar dos facetas posibles del hospital de día: como lugar aislado pero que ofrecería elementos vitales frente a otros lugares desiertos de tales elementos, y entre estos pueden incluirse tanto los vínculos como la posibilidad de contar diariamente con un plato de comida; o como lugar de protección ante las inclemencias de la vida y que pueden ser de muy diversa índole: sociales, familiares, económicas o incluso del orden del padecimiento mental.

Las consideraciones apuntadas acerca del posible encierro también pueden relacionarse con lo planteado por Guattari y Rolnik (2006) acerca de la tensión en los procesos de institucionalización entre la posibilidad de que la protección de la institución favorezca un paréntesis transitorio que contribuya a producir un alivio, como aquel lugar “intermedio” del que habla Silvana; o, contrariamente “como factor de ‘hundimiento’, de abandono, de infantilización de la relación con la sociedad” (Guattari y Rolnik 2006, p. 295). Esta última posibilidad puede vislumbrarse cuando Luisa compara el hospital de día con una “anestesia”, o cuando Elsa lo simboliza como “un mundo para ellos”, y se la verá reaparecer en ciertas representaciones que infantilizan a las y los usuarios del hospital de día.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

3.2.2. Los objetivos del hospital de día y la rehabilitación psicosocial

Se puede encontrar que varias de las funciones y objetivos del hospital de día enunciados por las y los trabajadores se asemejan a los de los CAPS de Brasil señalados por Leão y Barros (2008), ya que éstos también ofrecen atención a personas con trastornos mentales severos, se proponen brindar cuidados clínicos y fomentar la inclusión social a través del acceso a posibilidades laborales y a derechos, así como ampliar y fortalecer las redes sociales de las y los usuarios (Leão y Barros 2011). También Mello y Furegato (2008) describen modalidades de abordaje de los CAPS que incluyen actividades grupales, espacios individuales, talleres terapéuticos, visitas domiciliarias, apoyo familiar y actividades comunitarias (Mello y Furegato 2008). No obstante, tal como se desarrollará más adelante, se pudo observar que el hospital de día investigado no cuenta con una inserción territorial como la que enmarca a los CAPS, sino que se destina a personas cuyo seguimiento es realizado principalmente por el servicio de Salud Mental del H.I.G. Dr. José Penna, lo que imprime particulares condiciones de acceso al mismo.

Tanto la propuesta de abordaje integral de la que habla Mariana como los objetivos del hospital de día expresados por distintos profesionales de ampliar la autonomía y el autovalimiento, fomentar el lazo social y promover el acceso a derechos, coinciden con el enfoque de rehabilitación psicosocial tal como la entienden Babinski y Hirdes (2004), para quienes supone:

...un proceso de transformación, de reconstrucción, de reinserción, de cambio, en el sentido de crear alternativas que lleguen a transformar la forma de atención y de cuidado destinada al portador de sufrimiento psíquico y que apunten a restituir la identidad y la ciudadanía. Sin embargo, para que este proceso se vuelva concreto y efectivo, se hace necesaria una continua evaluación, con el fin de no incurrir en el error de reproducir las mismas prácticas del modelo hospitalocéntrico. (Babinski y Hirdes 2004, p.570).³³

³³ ...um processo de transformação, de reconstrução, de reinserção, de mudança, no sentido de criar alternativas que venham transformar a forma de atenção e de cuidado destinada ao portador de sofrimento psíquico e que visem à devolução de identidade e cidadania. No entanto, para este processo tornar-se concreto e efetivo, faz-se necessária uma contínua avaliação, a fim de não incorrerem no erro de reproduzir as mesmas práticas do modelo hospitalocêntrico. (Babinski y Hirdes 2004, p.570). Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Las autoras, que estudiaron la perspectiva de los profesionales de los CAPS de Rio Grande do Sul acerca de la rehabilitación psicosocial, hacen hincapié en el dinamismo que supone este proceso cuyo horizonte es que los sujetos sean protagonistas en la construcción de sus propios proyectos terapéuticos y de vida, proyectos que se traduzcan en prácticas que incidan en las condiciones concretas de vida, enriqueciendo la subjetividad de los usuarios. Así, la rehabilitación psicosocial también apuntará a la restitución de las capacidades contractuales de estas personas con miras a ampliar sus niveles de autonomía (Babinski y Hirdes 2004). En su investigación sugieren no confundir autonomía con autosuficiencia e independencia, dado que todos los seres humanos son necesariamente dependientes, pero advierten que muchos usuarios de salud mental “dependen excesivamente apenas de pocas relaciones/cosas. Esta situación de dependencia restricta/restrictiva es la que disminuye su autonomía”³⁴ (Babinski y Hirdes 2004, p.573), por lo que favorecer su autonomía también tendrá que ver con ampliar estas posibilidades de relaciones, tanto con los otros como con las cosas.

Tal como se mencionó en el estado del arte, Pereira (2007) también encontró que los trabajadores asocian la rehabilitación psicosocial con la idea de autonomía, entendida como condición que posibilita la producción de las propias normas y el desenvolvimiento cotidiano. Además la vinculan con la posibilidad de intercambios, socialización, ciudadanía y compromiso. Fundamentalmente la rehabilitación psicosocial es concebida como un proceso complejo, con múltiples variables, contradicciones, dificultades e incertidumbres que obligan a continuas reformulaciones desde los equipos (Pereira 2007). Teniendo en cuenta que la rehabilitación psicosocial se vincula estrechamente con el ejercicio de ciudadanía, resulta pertinente la propuesta de Saraceno, De Luca y Montero Barquero, para quienes este proceso se enmarca en una actitud estratégica del trabajador en los encuentros con los usuarios y engloba aquellas actividades que buscan la maximizar las oportunidades de las personas para su recuperación, lo que supondrá superar las frecuentes separaciones entre los diferentes entornos y recursos disponibles (Saraceno, De Luca y Montero Barquero 1992).

A partir de los argumentos hasta aquí planteados es posible vincular los objetivos del hospital de día con una perspectiva de rehabilitación psicosocial, no obstante ciertas

³⁴ ... depende excessivamente apenas de poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restrictiva é que diminui a sua autonomia. (Babinski y Hirdes 2004, p.573). Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

representaciones y prácticas de las y los trabajadores suscitan interrogantes acerca de los posibles encierros que pueden estar operando en la institución, interrogantes que se entranan en las contradicciones y tensiones que atraviesan la complejidad del proceso de rehabilitación psicosocial en esta institución particular.

4. El espacio del hospital de día

Con el fin de enmarcar y caracterizar los procesos de trabajo del equipo, y como vía para acceder a la dinámica de funcionamiento propia de este hospital de día, a continuación se plantearán algunas consideraciones acerca de los usos y modos de habitar el espacio por quienes circulan por la institución y que se recuperan fundamentalmente de las observaciones realizadas durante el trabajo de campo.

4.1. Usos del espacio del hospital de día

En los primeros tiempos de transitar por la institución resultó llamativa la ubicación y el pequeño tamaño del espacio de la enfermería, el más cercano a la puerta de ingreso del hospital de día, puerta que generalmente se encontraba abierta. Al llegar era habitual encontrar la enfermería siempre abierta y a las enfermeras allí sentadas, generalmente una frente a la otra, tejiendo diversas prendas de lana.

Otros aspectos se destacaban en el espacio de la oficina común del equipo: desde el cartel de la puerta que solicitaba “llame antes de entrar” —indicación que raras veces era cumplida—, la pizarra con información y recordatorios de turnos, fechas de licencias; hasta los movimientos de entrada y salida tanto de trabajadores como de usuarios, frecuentemente acompañados de conversaciones de diversa índole, algunas más breves, otras más extensas. En este espacio se reunían diariamente trabajadores sociales, psicólogas y ciertos días también residentes de psiquiatría, quienes ocupaban diversos lugares en torno a la mesa central. También a esta oficina se acercaban de manera intermitente las enfermeras y gran parte de las y los usuarios.

El espacio del hospital de día alternaba entre momentos de cierta quietud y de mayores movimientos. De un momento a otro de repente algunas/os usuarias/os empezaban a bailar y/o

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

cantar en el pasillo, o a conversar animadamente entre ellos o con algunos de los miembros del equipo. Frecuentemente esos intercambios duraban unos minutos y luego cada uno seguía su camino o retomaba otras actividades.

Fue posible visualizar diversos modos de usar, transitar y habitar el espacio institucional y de situarse en él. Era habitual encontrar o escuchar siempre a algunas/os usuarias/os reunidos espontáneamente en el patio o el comedor, los lugares más concurridos y en los que se compartían conversaciones, risas, canciones, opiniones, mates, algo para comer, y también se fumaba. A otras/os se las/os veía frecuentemente más bien aislados, sentadas/os en algún extremo del comedor o en algunas de las otras salas de la institución. Pero incluso a estos últimos en algún momento se los podía ver dirigirse a alguien, por ejemplo para preguntarle o pedirle algo, o ser acompañados por algún otro para expresar algo que les sucedía.

En intercambios como los de las asambleas se escuchó la insistencia del equipo en el cuidado del espacio común, en promover actitudes de respeto y solidaridad, en el cumplimiento de ciertas reglas como la de no fumar en el interior del hospital de día, la cual era sistemáticamente transgredida a pesar de los constantes recordatorios que realizaban principalmente las enfermeras. Otro tema recurrente era la responsabilización por las tareas de lavado de platos luego del almuerzo, para las que cada usuario/a tenía un día asignado. Un problema que en palabras de una de las psicólogas era “histórico” y que ya no sabían cómo hacer para resolverlo. Para Leticia, trabajadora social, dadas las particularidades de esta institución, resulta importante promover desde el equipo actitudes de responsabilización y cuidado por el espacio común:

“... como todo el hospital es un espacio común, y también se los responsabiliza a ellos en el cuidado de la institución, de lo edilicio, digamos, porque me parece que es también apostar un poco a que se apropien del espacio y a que puedan... cuidarlo y sentirlo como propio también. (...) Es distinto a otros lugares del hospital. Acá es como que vienen y usan el espacio como si fuera propio. También porque lo habilita el espacio, digamos...” (Entrevista a Leticia, trabajadora social, 10/01/2019).

En una de las asambleas realizada en el patio pudo visualizarse cómo el espacio era habitado de diversos modos por los miembros del equipo y las y los usuarios: las psicólogas y los trabajadores sociales se sentaron junto a la mayoría de las y los usuarios en sillas ubicadas

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

alrededor de la mesa, el personal de enfermería permaneció parado, en una ubicación más alejada y en silencio; unos pocos usuarios se quedaron en el patio, sentados o parados, pero alejados del grupo que estaba alrededor de la mesa y de las conversaciones que allí se daban.

En las observaciones de las reuniones de equipo, que se desarrollaban en la oficina del equipo, la dimensión del espacio también cobró relevancia. Se percibió cómo las y los trabajadores generalmente se ubicaban en torno de la mesa central para dialogar cara a cara, intercambiar información, tomar notas de tareas pendientes, hablar por teléfono, decidir intervenciones, entre otras interacciones. También se pudo acceder a cómo los profesionales de psicología, psiquiatría y trabajo social hacían un uso flexible de este espacio, por ejemplo para organizar actividades para el taller de revista, buscar información en la computadora, realizar cálculos para el reparto de dinero del taller de revista, y demás tareas.

El ambiente del hospital de día se percibía cotidianamente como espacio de relaciones, conversaciones y encuentros. Un espacio abierto, de entradas y salidas, tanto de trabajadores como de usuarios. Las restricciones a la libertad características de las internaciones y de ciertos hogares asistidos, contrastan con la libertad de movimientos que fue posible visualizar cotidianamente en el hospital de día. Aquí cada usuario entra y sale cuando quiere, si bien algunos al salir suelen avisar a alguien del equipo a dónde van. Una de las enfermeras encuentra como principal rasgo del hospital de día el hecho de ser “un lugar libre para ellos”. También una de las psicólogas destaca el fuerte contraste entre estas experiencias, la de la internación o la de la vida en estos hogares, y la de concurrir al hospital de día, y señala que esta libertad podría ser uno de los factores que condicionan que ciertos usuarios sigan concurriendo durante años.

La presencia habitual de la investigadora y la observación de la dinámica cotidiana favoreció la identificación de ritmos, modalidades de vinculación y modos de estar y circular en la institución. Por ejemplo fue posible encontrar al jefe de la institución limpiando el patio, charlando con las y los usuarios en múltiples espacios como los patios, los pasillos o el salón de ventas; espacios en los que incluso se pautaban actividades o aspectos organizativos del programa de radio en la radio de la Universidad Nacional del Sur. También se visualizaron circulaciones recurrentes de ciertas/os usuarias/os a la oficina de enfermería a hacer diversas clases de pedidos, desde yerba o azúcar hasta palabras.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Se decidió permanecer en la oficina del equipo en los momentos de intercambios espontáneos tanto entre las/os trabajadoras como entre éstas/os y las/os usuarias. Se observó cómo diariamente las y los usuarios se acercaban durante el transcurso de la mañana a esta oficina por múltiples motivos: contar y compartir algo que les pasó, plantear novedades, preguntar inquietudes, o hasta muchas veces cantar. Iban y se sentaban a conversar, a tomar mate, o simplemente a estar ahí aunque sea unos pocos minutos. En varias ocasiones, al llegar la investigadora a esta oficina encontraba a algún/na usuario/a o varios/as conversando sobre su vida con algún miembro del equipo. Las conversaciones tenían muy diversos contenidos: sucesos agradables que habían vivido, dificultades convivenciales, síntomas, malestares, enojos, entre otras posibilidades. Otro motivo habitual de acercamiento a este espacio era para usar el teléfono y hablar con diversos interlocutores: trabajadoras sociales de la Curaduría Oficial, familiares, amigos, algún servicio del hospital como la farmacia, entre otros. Se observó un uso libre del teléfono que favorecía una conexión con el exterior y se advirtió que para muchos era el único modo —o al menos el más accesible— de hacer uso de un teléfono. En una oportunidad se presenció cómo un usuario le preguntó a una de las psicólogas si podía usar el teléfono para una conversación privada y aclaró que no era para comunicarse con ningún “doctor” ni con “la farmacia”. La psicóloga le respondió que podía usarlo para lo que quisiera y que no necesitaba avisarle para qué lo iba a usar. Algunas/os también se acercaban a esta oficina para utilizar la computadora y conectarse a internet. Por ejemplo era frecuente encontrar por las mañanas a una usuaria frente a la computadora escribiendo, mientras las actividades y conversaciones espontáneas del equipo transcurrían en ese mismo espacio.

4.2. Discusión acerca del espacio del hospital de día

En principio ya en las formas de habitar cotidianamente el espacio del hospital de día se pueden advertir ciertos aspectos relacionales que forman parte de los encuentros y que son palpables en los modos de estar, mirarse, hablarse, escucharse o moverse. Si bien el espacio institucional tiene usos diversos para quienes por allí circulan, se distingue el uso común de ser un espacio de encuentros. El hospital de día propone encontrarse para participar de talleres, comer, conversar, cantarle a alguien o cantar con alguien, vender lo producido, entre muchas otras posibilidades. Encontrarse entre usuarias/as o con el equipo de salud. Los

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

principales puntos de reunión e intercambios que facilitan estos encuentros son el patio, el comedor, el salón de ventas y la oficina del equipo.

Algunos de los movimientos, dinámicas e intercambios identificados en la oficina del equipo, a la que constantemente se acercaban usuarios y en la que los profesionales desempeñaban múltiples tareas, coinciden con lo hallado por Giovanello Díaz (2009), quien al estudiar los CAPS de Campinas, Brasil, encontró variados y constantes movimientos en los espacios compartidos por donde circulaban tanto usuarios como profesionales, y señaló los ritmos rápidos de muchos sucesos que ocurren en estos servicios. Pero a diferencia de este estudio, que encontró que la puerta de entrada al CAPS siempre contaba con personal de seguridad y llave, en el hospital de día la puerta de entrada está generalmente abierta, lo que permite el libre y constante ingreso y/o salida de las personas.

Se identificó que el cuidado del espacio común era un asunto de preocupación por parte del equipo y de algunas/os usuarios. Según lo observado y lo escuchado, los acuerdos en torno a actividades de limpieza o a no fumar en el interior del hospital de día, que apelaban a responsabilizaciones por parte de las y los usuarios, eran transgredidos constantemente, por lo que estos temas que involucraban el espacio institucional eran asuntos recurrentes por ejemplo de las asambleas. Leticia dirá que en el hospital de día los usuarios “vienen y usan el espacio como si fuera propio. También porque lo habilita el espacio digamos...”. Hay algo que permite y propone la institución en los modos de vincularse con el espacio que se plantea en tensión o hasta en oposición con otras modalidades institucionales que instituyen mayores distancias entre trabajadores y usuarios. Las acciones transgresoras como las encontradas podrían dejar entrever que efectivamente porque se apropian del lugar es que hacen de él un uso propio según sus preferencias y hábitos. Pero también esas acciones se podrían pensar como elementos de resistencia inscriptos en ciertas relaciones de poder que suponen juegos de fuerzas. Este concepto se toma de Foucault, quien propone pensar en una producción multiforme de relaciones de dominación y de resistencias; resistencias que serán tanto más eficaces al fundarse donde se ejercen las relaciones de poder: “la resistencia al poder (...) tampoco está atrapada por ser la compatriota del poder. Existe porque está allí donde el poder está: es pues como él, múltiple e integrable en estrategias globales” (Foucault 1979, p. 171). En relación al poder este autor dirá:

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Me parece, efectivamente, que el poder está «siempre ahí», que no se está nunca «fuera», que no hay «márgenes» para la pirueta de los que están en ruptura. Pero esto no significa que sea necesario admitir una forma inabarcable de dominación o un privilegio absoluto de la ley. Que no se pueda estar «fuera del poder» no quiere decir que se está de todas formas atrapado. (Foucault 1979, p. 170).

Las observaciones del espacio institucional posibilitan enmarcar los procesos de trabajo y vislumbrar ciertos aspectos de las relaciones que se producen en esta institución. En este sentido resulta significativo detenerse en los modos de habitar el espacio por parte de las y los trabajadores, ya que dan indicios de la vinculación entre éstos y con las/os usuarios/as. Concretamente, cómo se ubican y qué intercambios promueven en el espacio de las asambleas profesionales de trabajo social y psicología pueden considerarse coherentes con una apuesta a las contractualidades y horizontalidades en las relaciones. En cambio el modo en que se sitúa el personal de enfermería en este espacio, en una posición más alejada y silente, da muestras de relaciones más ligadas al predominio de la observación, aspecto que reaparece en las entrevistas y conversaciones espontáneas con éstas.

En cuanto a las asambleas, Guljor y Pinheiro (2007) apuntan la necesidad de que los servicios de salud mental incluyan espacios de escucha y circulación de la palabra de los usuarios y reconocen a las asambleas como estrategia positiva para lograr estos objetivos, en tanto propician el planteo de inquietudes o demandas y la discusión sobre cómo abordarlas. En el hospital de día se visualizó que la asamblea constituye un espacio posible para tomar la palabra, plantear problemas, inquietudes, propuestas, generar acuerdos de convivencia, organizar salidas, socializar decisiones, entre otras posibilidades. En general las y los trabajadores promueven que estas cuestiones se aborden en este espacio colectivo, lo que se pudo observar por ejemplo cuando un usuario, Héctor, planteó al equipo su percepción de que algunos usuarios no trataban bien al compañero que servía la comida, y Miguel le propuso tratarlo en la asamblea, lo que luego sucedió. Esta situación se retomará más adelante a propósito del trabajo del equipo.

La flexibilidad observada en los usos de los espacios del hospital de día se puede vincular con los procesos de trabajo en términos de la multiplicidad de tareas que se llevan a cabo en la institución y con la accesibilidad que ésta se propone favorecer. Asimismo se logró ver que los modos de usar y habitar el espacio se pueden modificar en función de ciertas

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

estrategias, acuerdos y decisiones. Por ejemplo con la apertura del salón de ventas algunos usuarios dieron un uso diferente a este espacio, uso que habilitó otros intercambios con el afuera y donde se ubicaron como vendedores de las producciones del hospital de día ante eventuales clientes. También la disponibilidad de ciertos recursos como el teléfono o la computadora para las y los usuarios le confiere un dinamismo y movimiento a la oficina del equipo, además de ser indicativo de un posicionamiento que apunta a favorecer la accesibilidad a los medios y las oportunidades para la comunicación y expresión de las y los usuarios, muchas veces coartados en otros espacios por los que éstos circulan.

Resulta llamativa la observación de aquel usuario que al preguntar a una de las psicólogas si puede usar el teléfono para una conversación privada, aclara que no es para comunicarse con ningún doctor ni con la farmacia, y al que la psicóloga le responde que puede usarlo para lo que quiera y que no necesita avisarle para qué es. De esta situación se puede extraer que aún persisten modos de entender la producción de cuidado en salud mental como un asunto esencialmente de médicos y fármacos, representaciones que también se juegan en los modos de percibir y relacionarse con el equipo del hospital de día. Lo anterior puede pensarse a la luz de lo que plantea Foucault acerca de que la instancia médica funciona primero como poder antes que como saber (Foucault 2008), poder disciplinario que se teje como relaciones de fuerza que afectan a los cuerpos, los hábitos, las palabras y que tiene un carácter normalizador. Es posible conjeturar que este ejercicio de poder circula y condiciona los modos de vincularse entre trabajadores y usuarios, a pesar de las propuestas de otras relaciones que promueva el equipo del hospital de día. Podría pensarse que más allá de la libertad que se percibe en el modo de funcionamiento del hospital de día, la fuerza del poder disciplinario y de la lógica manicomial sigue vigente aún en estos pequeños intercambios. También lo anterior encuentra similitudes con algunos rasgos del modelo médico hegemónico plateado por Menéndez (1990) tales como las relaciones asimétricas entre profesionales y usuarios, con la consecuente subordinación de éstos últimos, y la jerarquización de la dimensión biológica en los modos de entender y abordar los padecimientos.

Lo hasta aquí discutido da cuenta de ciertas tensiones en las que se inscriben la propuesta y los procesos de trabajo del hospital de día, ya que por un lado el equipo apela a procesos de responsabilización y contractualización, a construir relaciones más horizontales con las personas usuarias, a favorecer cierta accesibilidad y conexión con el exterior; pero

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

también en algunas de sus dinámicas e intercambios aún se juegan representaciones, prácticas y relaciones de poder vinculadas a un poder disciplinario y al lugar histórico asignado a la locura en la sociedad. Esto puede relacionarse con lo señalado por Weber Suardiaz (2014) quien identifica en el campo de la salud mental algunos límites aún imprecisos entre prácticas autónomas y prácticas de control en términos de tutelaje o paternalismo. Para la autora se trata de una tensión siempre presente teniendo en cuenta que este campo históricamente ha estado marcado por vínculos de tutela, por lo que propone analizar las prácticas para tratar de limitar este componente de control en cada situación de intervención (Weber Suardiaz 2014).

5. El equipo del hospital de día

Para profundizar en los procesos de trabajo fue preciso detenerse en ciertas características de las representaciones y prácticas del equipo, las que se indagaron tanto en las entrevistas como en la observación de las relaciones cotidianas entre las y los trabajadores, aspectos que serán asunto del presente apartado.

5.1. Representaciones y prácticas del equipo del hospital de día

En cuanto a la composición general del equipo, como ya se mencionó previamente éste se halla formado por: dos residentes de psicología, una psicóloga de planta, una trabajadora social becaria, una trabajadora social residente, dos residentes de psiquiatría, tres enfermeras y un trabajador social con cargo de jefatura del hospital de día. Dado que los residentes sólo forman parte del equipo durante un año, la composición de éste varía cada año, lo que le imprime particularidades al trabajo cotidiano:

“También eso es muy loco de la adaptación que nosotros tenemos que tener en relación a los nuevos grupos de residentes. Porque también en función del recurso (...) se arma una lógica anual de trabajo, digamos. Y cambia todos los años. Entonces es como... lleva un tiempo encontrar el ritmo de trabajo.” (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018).

“Todos los años en julio cambia el asunto, y todos los años hay una cierta transmisión de ideas básicas que nos toca hacer a los que nos vamos quedando hacia los nuevos que ingresan: el por qué del teléfono, el por qué de los talleres, el por qué de la comida y el por qué de las reuniones, vuelto a

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

transmitir una y otra vez.” (Entrevista a Miguel, trabajador social, 06/11/2018).

Otro elemento a destacar es que tanto la psicóloga de planta como la trabajadora social becaria también desempeñan tareas en otros espacios del hospital: la psicóloga en la sala de internación del servicio de Salud Mental y la trabajadora social en el servicio Social, por lo que sus dedicaciones horarias son parciales para el hospital de día. Incluso una de las enfermeras hasta el mes de noviembre de 2018 también trabajaba en la sala de internación del servicio de Salud Mental.

En los primeros tiempos de observaciones llamó la atención la separación —no sólo espacial, sino también relacional— entre el personal de enfermería y las demás disciplinas como psicología, trabajo social y psiquiatría. En estos aspectos resultó valioso lo aportado por la observación participante, ya que lo registrado a través de esta técnica fue luego materia de indagación tanto en las entrevistas como en observaciones posteriores.

Lo llamativo del espacio ocupado por el personal de enfermería se puede vincular a su posición y participación en la institución. Desde las primeras observaciones se advirtió, incluso espacialmente, que por un lado estaban las enfermeras y por otro los demás miembros del equipo. En las relaciones, circulaciones e intercambios incluso se percibían relaciones de subordinación de enfermería a las otras disciplinas. Por ejemplo en una oportunidad, luego de finalizada una asamblea, una de las psicólogas, Silvana, les propone a las y los usuarios que se queden a juntar la acumulación de colillas que había en el patio. Se pudo observar que, más allá de que sólo unos pocos de los que habitualmente fumaban en ese espacio se quedaron a colaborar, las que juntaron las colillas junto con las y los usuarios fueron las enfermeras.

Por una parte se percibió una asidua comunicación principalmente entre los profesionales de trabajo social y la psicóloga de planta, tanto en las reuniones de equipo como en otros momentos del trabajo diario. También se apreció una mayor cercanía e intercambios de los residentes entre sí, quienes usualmente compartían diversas conversaciones a las que algunos incluso denominaron como “reuniones informales”. Por otra parte se observó que en muy pocas de las reuniones de equipo participaba el personal de enfermería, o lo hacía por breves momentos y de un modo más bien silente. Al preguntarle a una de las enfermeras sobre su participación en la reunión de equipo, ésta manifestó que no solían concurrir por las frecuentes demandas de las y los usuarios que recibían en la enfermería. Pero señaló que

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

como a partir del mes de noviembre ambas enfermeras iban a estar diariamente en el hospital de día, consideraba que una de las dos iba a poder participar:

“Entrevistadora: ¿Y en las reuniones cómo hacen?

Elsa: Con el tema de las reuniones ahora sí vamos a poder participar porque somos dos. Porque a veces una se queda en la enfermería, por cualquier cosa que necesiten los pacientes, y otra escucha la reunión, y después nos comentamos lo que pasó en esa reunión (...) Como vamos a ser dos, ella participa en las reuniones y yo me quedo en la enfermería (...) A nosotras nos suma el saber sobre el paciente (...) queremos saber qué es lo que pasa con ese paciente afuera, y qué es lo que puede surgir acá adentro”. (Entrevista a Elsa, enfermera, 05/11/2018).

Resulta llamativo que al hablar de la futura participación de enfermería en la reunión de equipo la entrevistada considere que ésta consistirá solo en escuchar la reunión y saber sobre el paciente. No aparece en su discurso la posibilidad de que su profesión también pueda aportar a los intercambios y deliberaciones que sustentan las estrategias de cuidado.

Al indagar con otra de las enfermeras, Luisa, acerca de la función de enfermería en el hospital de día, además de enfatizar la administración de la medicación de ciertas/os usuarios, ésta destaca dos acciones que caracterizarían lo esencial de su trabajo: observar y comunicar:

“Nosotros tenemos que estar atentas a todo para comunicarlo al equipo. Y el equipo cada uno desde su disciplina actúa de acuerdo a lo necesario para el paciente (...). Y nosotras estamos ahí para [se ríe] para comunicar ¿no? , para captar esas cosas. Y después por lo médico también, porque hay muchos pacientes que vienen con problemas de salud y... por ejemplo esta semana vino un paciente, vino rengueando por un grano que tenía en la pierna. (...) Entonces son cosas que uno tiene que captarlas, observar y comunicar”. (Entrevista a Luisa, enfermera, 18/12/2018)

Para comprender las respuestas de Luisa y Elsa es preciso señalar que ambas iniciaron sus recorridos por el servicio de Salud Mental del hospital desempeñándose en salas de internación, actividad que realizaron durante varios años y que ha dejado su impronta en su quehacer profesional.

Al conversar en la entrevista con una de las trabajadoras sociales, Mariana, sobre la participación de enfermería en las reuniones de equipo, ésta refiere su parecer al respecto:

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

“Lo que siempre intentamos hacer es que se sume más enfermería a las reuniones, porque a veces se quedan como medio afuera ¿viste? Y está bueno que también vayan adquiriendo otras funciones, otro protagonismo, otras tareas. (...).

Entrevistadora: ¿Y se autorizan ellas?

Mariana: Y... más o menos. Eso es lo que te iba a decir, justamente. Como que no sé hasta qué punto ellas se autorizan o se habilitan o se animan también a darle esta vuelta porque... también la realidad es que yo no las veo muy interesadas en formarse”. (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018).

La misma entrevistada sugiere la propuesta de contar con espacios de formación y de recuperación de las prácticas que propicien articulaciones conceptuales y contribuyan también a construir ciertos criterios comunes con el personal de enfermería:

“Yo siempre le digo a Miguel, que hinchamos con hacer ateneos interdisciplinarios en el hospital de día, un poco para trascender estas barreras que a veces hay —que a veces hay, que a veces no las hay— de qué hace cada disciplina, cuál es el rol de cada disciplina ¿no? (...) Me parece interesante como espacio de formación porque realmente es un lugar donde se trabaja de manera interdisciplinaria para mí piola, entonces está bueno ponerle un poco de teoría, de cabeza a eso.

Entrevistadora: ¿Y hasta ahora hicieron algún intento?

Mariana: No. Por ahí ha quedado librado a la voluntad de las residentes que pasaban, pero no está planteado por ahí como una actividad institucional más, digamos”. (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018).

Para Mariana el valor de trascender la inmediatez de lo cotidiano hacia una reflexión y conceptualización de las prácticas tendría como horizonte la posibilidad de enriquecer el trabajo del equipo:

“O a veces ponerle palabra, ponerle teoría también. Yo a veces pienso mucho en eso, en la cantidad de cosas que hacemos, o que pensamos, y que problematizamos (...). Y hay mucho material como para... es como que pura realidad, viste, todo, puro campo...

Entrevistadora: Y un poco esto que decías de los ateneos, de generar un espacio de escritura, de construcción en torno a eso ¿es un poco lo que notás que serviría para darle otra vuelta?

Mariana: Sí, a mí me gustaría. (...) Me parece que es re importante también (...) hay mucho material para aportar al trabajo ¿no? para nutrir la práctica, el trabajo.” (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

En las palabras de Mariana, Miguel y Silvana también se destaca la cuestión de la queja y el enojo del personal de enfermería con los demás profesionales producto de que ciertas demandas que ellas realizan no reciben las respuestas esperadas:

“Sí, a veces representan ellas también como alguna cuestión más de hostilidad —esta es la lectura que yo hago ¿no?— al estar todos los días ellas con los pacientes, con los usuarios [risas de ambas], (...) y ser las que catalogan, digamos, las que reciben y catalogan las demandas... por ahí escriben al grupo [de whatsapp] y no consiguen la cantidad de respuestas que quisieran (...) Como que a veces también, están como enojadas ¿viste? (...) Como que cubren un poco ese rol también de manifestar el enojo con algunas cuestiones institucionales, o yo lo he visto, y por eso también me parece recontra el triple interesante que puedan estar en las reuniones... (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018).

“Muchas veces recuperan el lugar clásico de la enfermería en el que han sido formadas, que es el de reclamar al personal profesional cosas que por ahí a ellas les son de dificultad en el encuentro diario con el paciente, que son las mismas que tenemos nosotros, las mismas, sólo que uno sabe lidiar con esa falta de otra manera o hace acuerdos con los otros compañeros para lidiar con esa falta de otra manera. Y tal no para de hablar, y no para de hablar, y yo no sé qué hacer [ejemplifica lo que han dicho las enfermeras]. La verdad es que yo tampoco sé qué hacer, pero qué sé yo, capaz que parado desde un lugar de equipo, (...) esa angustia queda puesta en otro lugar.” (Entrevista a Miguel, trabajador social, 6/11/2018).

“Me parece que a veces, pensándolo ahora ¿no?, enfermería trae como la queja. Son como preceptores [se ríe]. Te vienen a decir ‘porque tal...’ ¿no? y a veces nosotros tenemos que ser hasta intermediarios incluso entre el paciente y la enfermera”. (Entrevista a Silvana, psicóloga, 11/01/2019).

Lo anterior permite identificar algunas de las tensiones que operan entre profesionales de distintas disciplinas y que se articulan con ciertas relaciones de subordinación observadas en las prácticas. En este sentido, Silvana también encuentra obstáculos en las relaciones con enfermería ligados a su posición disciplinar y considera que éstos se tendrían que trabajar desde el equipo:

“Ahí se juega algo que me parece que es una deuda pendiente nuestra, como equipo, y a veces de la posición de la enfermería en una institución como el hospital ¿sí?
(...) Pero creo que también... me parece que, no sé, por ahí me confundo, una cosa disciplinar con animarse a hablar, que no sea digo ‘yo haría tal cosa’ ¿se entiende? Que no sea la denuncia, que no sea esto del parte de la enfermería ¿se entiende? ‘estuvo bien, estable bla bla...’ Ahí tendríamos que

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

trabajar más, sí, lo vengo pensando hace un tiempo también.” (Entrevista a Silvana, psicóloga, 11/01/2019).

El jefe del hospital de día, por su parte, reconoce que ciertas dificultades para que el personal de enfermería participe de las reuniones de equipo también tienen que ver con que están al servicio de las demandas constantes de las y los usuarios:

“Cada dos por tres nos percatábamos de esto y decíamos che, Lui, venite igual, que esperen, que golpeen, que... pero no siempre se logra. (...) Pero siempre ha sido un tema, ahora que vos lo preguntás también lo pienso, ¿no? (...) hay una dificultad concreta de que el rol de enfermería pueda salirse, aunque sea para el momento de la reunión de equipo, de ese rol absolutamente asistencial al que históricamente es convocada la enfermería, ¿no? (...) de estar al servicio de la demanda de las cosas concretas y cotidianas ¿no?” (Entrevista a Miguel, trabajador social, 6/11/2018).

No obstante, el entrevistado sostiene que las enfermeras pueden hacer importantes aportes, sobre todo por el mayor tiempo que comparten con las y los usuarios dado que cumplen un horario más extenso que los demás trabajadores:

“Yo creo que el aporte, cuando están, es notable la diferencia que se genera porque hay lo que tiene que ver también con la presencia de ellas tan cercana al funcionamiento diario de las cosas que... hay cosas que pasan cuando ya no está el equipo (...).

Muchas veces han aportado cosas significativas en relación a ´mirá, yo les quería plantear al equipo, hace una semana que escuchamos que fulano está sin dormir, que mengano viene con esto, está agresivo con el resto allá atrás, qué podemos hacer, cómo lo ves´ [ejemplifica con frases que han dicho las enfermeras]. Ah no sé, bueno, vamos a prestarle atención, intervengamos con eso. (...) Lo que tiene que ver con la mirada puesta en la convivencia de los sujetos eso para mí es clave la posición de ellas... lo que transmiten”. (Entrevista a Miguel, trabajador social, 6/11/2018).

Sin embargo destaca que si las enfermeras tuviesen otro lugar en el equipo, varias de sus inquietudes, angustias y reclamos podrían ser compartidas e incluirse en los acuerdos que se establecen en éste. En este sentido, para Miguel el hecho de que generalmente no participen de los encuentros del equipo repercute en la posibilidad de establecer diálogos y acuerdos interdisciplinarios:

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

“Y hay también una dinámica que tiene que ver con generar una visión común de ciertas cosas, sino a veces nos pasa también esto, ¿no?, en el equipo se planifican algunas cosas, se organizan, y si se lo perdió la enfermera, porque fue a buscar la medicación, o porque fue a tal otra... qué sé yo, una indicación particular respecto de cómo bancar la locura de fulano este tiempo, porque está angustiado por alguna situación, o porque viene querellante en relación a tales cuestiones, entonces hay que tenerle paciencia. O si trae tal tema bancárselo o decirle que lo hable con tal porque eso lo está trabajando en su espacio terapéutico con fulano (...). Si hay alguien que no está en ese espacio, se pierde eso, ¿no? se pierde ese acuerdo que se hace también en la reunión de equipo, y a veces trae más vueltas”. (Entrevista a Miguel, trabajador social, 6/11/2018).

De lo que se desprenden dificultades comunicacionales entre las distintas disciplinas que, al trasladarse a los acuerdos que se proponen para el abordaje de las personas con padecimiento mental, inciden en la producción de cuidado.

Cabe aclarar que dado que el personal de enfermería cumple un horario de trabajo más amplio en muchas ocasiones son las únicas que están en la institución junto a las y los usuarios. No obstante esta mayor extensión horaria, se advirtió un repertorio acotado de tareas, centradas fundamentalmente en la organización y entrega de medicación o de elementos de uso cotidiano como yerba o azúcar, además de la escucha y recepción de problemáticas o comentarios generalmente espontáneos de usuarios, lo que les dejaba un amplio margen para dedicarse por ejemplo a sus tejidos. No se las observó ni escuchó establecer contactos con otras instituciones o espacios comunitarios, y las salidas laborales que se las vio realizar fueron principalmente al departamento de Enfermería o al servicio de Salud Mental situados en el hospital general.

Ahora bien, resulta pertinente recuperar algunas condiciones, demandas y cuestionamientos institucionales que atraviesan al personal de enfermería y que según Miguel inciden notablemente en su modo de trabajo en el hospital de día:

“El enfermero que llega al hospital de día ya viene con años de fogueo y de rodeo, entonces es más difícil incorporarlo a este espacio de situación de aprendizaje (...) No digo que no se dé, eh, se da, pero hay que construirlo más decididamente, por el atravesamiento de la disciplina, por atravesamiento del departamento de Enfermería, que también luchamos bastante. Le han llegado a decir a las enfermeras para qué son dos allá, si allá no se hacen inyectables. (...) Y yo teniendo que salir corriendo con una nota de tres páginas diciéndole que la función de un enfermero en un equipo interdisciplinario de salud mental es ésta, ¿no? no es nada más meter

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

pichicatas de haloperidol. (...) Bueno, todo eso aparece diariamente y hace que a veces no haya una presencia firme de la enfermería en los equipos. (Entrevista a Miguel, trabajador social, 6/11/2018).

En este sentido se explayará en torno a ciertos tintes de las relaciones de poder con el departamento de Enfermería que producen tensiones en los procesos cotidianos de trabajo:

“(...) Lo noto cuando vuelven del Departamento [de Enfermería] ‘y me dijeron que tenés que hacer, y me dijeron que si no presento esto pierdo el franco (...)’. Ellas también están en la marginalidad de un sistema, ¿no? como enfermeras. Entonces les cuesta, pagan un precio por estar medio marginalmente (...), no ponen pichicatas, no limpian culos, no hacen todas las cosas que hace una enfermera en una sala. Y algo de esto les cobran, ¿eh? (...)

...Tienen que hacer planning, aunque ellas vengan de lunes a viernes hace años (...) Entonces toda esa cosa juega. Juega, viste. Hablando de los vestigios institucionales del manicomio, y eso las sigue atravesando”. (Entrevista a Miguel, trabajador social, 6/11/2018).

No obstante lo anterior, el jefe del hospital de día reconoce una dificultad tanto al interior del equipo como propia en favorecer otro lugar para enfermería. Así, en el siguiente recorte se puede distinguir cierta ambivalencia en cuanto a su interés en que enfermería tenga una mayor participación en las reuniones de equipo:

“Y a nosotros también nos cuesta llamarlas a ese lugar a veces, ¿no? Yo a veces me debato, —más inconscientemente lo pienso—che, ahora le digo que venga a la reunión ¿le estoy haciendo una propuesta de algo superador o le estoy poniendo algo más encima? Porque escuché que toda la mañana le pidieron cosas. (...) Ahí se me arma bollo a mí también, ¿no? Pero bueno, eso es algo que habrá que laburar y que habrá que desarmar también ¿no? O a veces han quedado más puestas en la demanda de las cosas prácticas, no hay esto, no hay lo otro (...). Ahora que lo charlo con vos también capaz que es por eso que a veces uno no hace este ejercicio de convocar permanentemente, porque quedar puesto en ese lugar de demandado o reclamado porque no hay elementos de limpieza está bueno, pero no me parece lo central de un equipo. (Entrevista a Miguel, trabajador social, 6/11/2018).

A partir de lo hasta aquí presentado se puede plantear el interrogante de cómo se entiende al equipo en esta institución, dado que en los intercambios éste aparece representado sobre todo por los profesionales de trabajo social y psicología. El personal de enfermería se encuentra separado, tanto espacialmente como en los intercambios cotidianos, del resto de los

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

profesionales, con quienes establecen muchas veces relaciones de subalternidad. Estos rasgos concuerdan con la mayor cercanía y comunicación en el desempeño cotidiano observada entre los profesionales de trabajo social, psicología y (aunque en menor medida) psiquiatría. También se relacionan con que el personal de enfermería participe escasamente de las reuniones de equipo y no participe de las admisiones de las y los usuarios que comienzan a concurrir a la institución. Estas relaciones entre los profesionales inciden en los procesos de trabajo cotidianos que se realizan en el hospital de día, aspecto que se desarrollará más adelante.

5.2. Discusión. Representaciones y prácticas del equipo: atravesamientos, diferencias y tensiones

En líneas generales los procesos de trabajo observados y relatados en las entrevistas se caracterizan por la confianza y el trato cercano con las y los usuarios, si bien se pueden advertir diferencias que pueden estar ligadas a ciertos estilos y perfiles profesionales, a posiciones personales o al tiempo de trabajo en el hospital de día. En función de lo anterior resulta significativo detenerse en las relaciones entre los profesionales de distintas disciplinas y las diferencias en los procesos de trabajo llevados a cabo en particular por psicología, trabajo social y enfermería.

Un elemento que resultó llamativo en las entrevistas y conversaciones espontáneas fue que al hablar del equipo del hospital de día por momentos el personal de enfermería parecía ubicarse por fuera. Por ejemplo Luisa, al hablar de sus tareas en la institución resalta dos elementos fundamentales: la observación y la comunicación al equipo. Según Luisa: “tenemos que estar atentas a todo para comunicarlo al equipo. Y el equipo cada uno desde su disciplina actúa de acuerdo a lo necesario para el paciente”. De lo anterior se puede extraer cierta exterioridad y subordinación de su disciplina en relación a las demás, elementos que también se destacan en las observaciones acerca de los modos de habitar el espacio institucional por parte del personal de enfermería.

Pero para comprender la complejidad de la posición institucional de enfermería resulta pertinente recuperar la descripción de Miguel acerca de ciertas condiciones y requerimientos institucionales que atraviesan al personal de enfermería. En este sentido, el entrevistado

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

destaca cómo desde el departamento de Enfermería “le han llegado a decir a las enfermeras para qué son dos allá, si allá no se hacen inyectables” (Entrevista a Miguel, trabajador social, 06/11/2018), señalamiento indicativo de una jerarquización de las tecnologías duras en el departamento de Enfermería. También agregará que las enfermeras del hospital de día “están en la marginalidad de un sistema (...) pagan un precio por estar medio marginalmente... (...), no ponen pichicatas, no limpian culos, no hacen todas las cosas que hace una enfermera en una sala, y algo de esto les cobran, ¿eh?” (Entrevista a Miguel, trabajador social, 06/11/2018), lo que da cuenta de relaciones de poder en las que la enfermería en salud mental ocupa una posición de marginación y subalternización al interior de la propia disciplina. Estos elementos, junto a cierta burocratización de sus procesos de trabajo demandada desde este mismo departamento, inciden fuertemente a la hora de posicionarse en el equipo del hospital de día y son parte de una impronta que habrá que decidir deconstruir para dar lugar a otra inserción de la enfermería en el hospital de día. Pero tanto Miguel como Silvana y Mariana encuentran que esta tarea se torna dificultosa o se posterga, y en palabras de Silvana se convierte en “una deuda pendiente”, deuda atravesada también por el malestar de estos profesionales frente a ciertos reclamos y enojos del personal de enfermería.

En función de lo anterior y desde un enfoque relacional se pueden plantear dificultades de los profesionales de trabajo social y psicología para hacer lugar al personal de enfermería con sus particularidades, para alojar y trabajar sus diferencias, contradicciones, tensiones y para poner en común ciertos acuerdos de trabajo, lo que repercutirá inexorablemente en la producción de cuidado de las y los usuarios. Y por parte de enfermería se distinguen limitaciones para tomar la palabra y ejercer otro rol en un equipo de salud mental, distinto del históricamente asignado a su profesión. Estas dificultades se visualizan por ejemplo cuando Miguel relata que si enfermería no está presente en la reunión de equipo “se pierde ese acuerdo que se hace también en la reunión de equipo” o cuando Mariana reconoce que las enfermeras “por ahí escriben al grupo [de whatsapp] y no consiguen la cantidad de respuestas que quisieran”. También cuando Luisa y Elsa al hablar de sus funciones ponen el acento en la observación de conductas de las y los usuarios, en la que resuena el lugar de control de la enfermería psiquiátrica (Kirschbaum y Paula, 2001).

Kirschbaum y Paula (2001) realizaron un estudio de caso en el que indagaron las prácticas y relaciones de los enfermeros con los otros miembros de los equipos de salud

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

mental de un hospital de día y de una Unidad de Psiquiatría con internación del hospital general dependiente de la Universidad Estadual de Campinas. Algunos rasgos de estos servicios presentan similitudes con la del hospital general de la presente investigación, en cuanto a características de la población atendida, sus principales padecimientos y las funciones de los servicios. A partir de observaciones y entrevistas semiestructuradas a enfermeros hallaron diferencias en los procesos de trabajo de los enfermeros del hospital de día y los de la Unidad de Psiquiatría: mientras que los primeros tenían funciones de *triage*, coordinación de grupos y abordaje familiar compatibles con un enfoque de rehabilitación psicosocial y una lectura psicoanalítica; las prácticas de enfermería de los segundos se subordinaban a la medicina y se centraban en medidas curativas, de control y vigilancia, tales como observar e informar las variaciones de los comportamientos de los pacientes, dando cuenta de lo que llaman un enfoque de enfermería hospitalaria. Las autoras destacan que los equipos se organizan de acuerdo a una división de saber-poder y que los medios de producción empleados por los enfermeros responderán a las concepciones acerca del padecimiento que guían a los servicios y a las finalidades de estos. En su estudio concluyen que las características del trabajo de enfermería en los equipos de salud mental varían, no solo por las actividades y las atribuciones diferenciales de los enfermeros:

...sino también por la posición que ocupan en el conjunto del proceso de trabajo del equipo, sea éste multidisciplinar o interdisciplinar (...). El no reconocimiento de estas condiciones relacionadas con su inserción y posición en el equipo, derivadas de la articulación entre su trabajo, el modelo de intervención y el modelo asistencial en que está inserto, puede llevar al enfermero a empeñarse en un activismo acrítico y desenvolver prácticas poco fundamentadas teóricamente, lo que no contribuye a mejorar ni la asistencia de enfermería, ni la asistencia en salud mental.³⁵ (Kirschbaum y Paula 2001, p. 82).

³⁵ “como também pela posição que eles ocupam no conjunto do processo de trabalho da equipe, seja ela multidisciplinar ou interdisciplinar (...). O não reconhecimento destas condições relacionadas a sua inserção e posição na equipe, decorrentes da articulação entre o seu trabalho, o modelo de intervenção e o modelo assistencial em que ele está inserido pode levar o enfermeiro a se empenhar num ativismo acrítico e desenvolver práticas pouco fundamentadas teoricamente, o que não contribui para melhorar nem a assistência de enfermagem, nem a assistência em saúde mental.³⁵ (Kirschbaum y Paula 2001, p. 82). Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Los aportes de las autoras resultan potentes para echar luz en la presente investigación ya que analizan cómo las funciones y prácticas de enfermería se articulan con sus posiciones en el equipo y en el servicio. En este sentido, contribuyen a comprender aquellos condicionantes de la posición de las enfermeras del hospital de día, quienes han iniciado su recorrido por salud mental en las salas de internación y dependen de un departamento de Enfermería hospitalario en los que predominan rasgos de la conformación histórica de la enfermería psiquiátrica y su lugar marginal en los servicios de salud. En este sentido, las representaciones y prácticas predominantemente intramuros y hospitalocéntricas que se pueden distinguir en las enfermeras del hospital de día se consideran condicionadas por estos atravesamientos institucionales y sociohistóricos.

En relación con lo anterior resultan notorias las diferencias en los modos de ver y hablar de las y los usuarios y sus padecimientos entre el personal de enfermería y los profesionales de trabajo social y psicología. Frente a expresiones y acciones que dan cuenta de representaciones y prácticas de infantilización de las y los usuarios en las primeras, los segundos hacen hincapié en su carácter de sujetos de derechos. Estas diferencias se pueden relacionar con ciertos hechos como que enfermería no participe por ejemplo de las admisiones de usuarios al hospital de día, la fluidez en la comunicación observada entre los profesionales de psicología y trabajo social, la menor comunicación y las distancias percibidas entre éstos y el personal de enfermería. También la investigación realizada en CAPS de Campinas por Giovanello Díaz (2009) halló diferencias entre las concepciones del personal técnico y el universitario que vinculó con dificultades en la delimitación de campos y núcleos de saberes y prácticas. Estos conceptos fueron acuñados por Campos quien denomina núcleo “al conjunto de saberes y de responsabilidades específicas de cada profesión o especialidad” (Campos, 2009, p.122) y campo “a los saberes y responsabilidades comunes o que confluyen en varias profesiones o especialidades” (Campos 2009, p.123).

De lo hasta aquí presentado es posible extraer cierta fragmentación de los procesos de trabajo del hospital de día que repercuten en la producción de cuidado, en tanto lo que realizan las enfermeras y los demás profesionales se conducen por distintas vías y se basan en diversos enfoques, con dificultades para comunicarse y articularse en función de las estrategias terapéuticas. La propuesta de Mariana de contar con espacios de formación que posibiliten reflexionar y conceptualizar las prácticas puede considerarse un modo de afrontar

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

esta fragmentación desde una perspectiva afín a la estrategia de la educación permanente en salud, en la medida en que ésta supone colocar los procesos de trabajo como objetos de reflexión con la participación activa de los equipos de salud y en la que los procesos educativos se desprenden de “la realidad de los trabajadores, de sus concepciones y de sus relaciones de trabajo” (Merhy, Feuerwerker y Ceccim 2006, p.153).

Los proyectos como la apertura de un espacio cultural o la generación de algún emprendimiento productivo y ciertas dificultades del equipo para darles forma pueden relacionarse con lo que plantea Onocko Campos (2008) acerca de la construcción de proyectos colectivos en salud:

Todo proyecto sólo será posible en un espacio transicional, de experiencia, que nunca será objetivo, que no está dentro ni fuera. Por eso es imposible recortarlo objetivamente. Todo querer hacer estará siempre en esa región intermediaria, marcado indefectiblemente por la percepción de mundo, por el posicionamiento subjetivo, y por las formas que la relación entre los sujetos asumen en un dado lugar y tiempo y por los condicionantes de lo real concreto (Onocko, 2001b).” (Onocko Campos 2008, p. 109).

En este sentido puede conjeturarse que para el equipo del hospital de día estos elementos interjuegan y que “los condicionantes de lo real concreto”, ligados a la precariedad de las condiciones institucionales del hospital de día ya mencionadas, también cobrarán un fuerte peso en la postergación de tales proyectos.

6. Representaciones y prácticas acerca de la producción de cuidado

Como vías para acceder a la perspectiva de las y los trabajadores sobre la producción de cuidado a continuación se profundizarán sus representaciones y prácticas acerca de los procesos de trabajo, las orientaciones conceptuales que sustentan las prácticas, las relaciones con el servicio de Salud Mental del hospital y el trabajo con otras instituciones y sectores. También se realizará una aproximación a los efectos del hospital de día en la vida de las y los usuarios, si bien se considera que profundizar en tales efectos ameritaría otra investigación que se enfoque en las propias perspectivas de las personas usuarias.

Teniendo en cuenta tanto los objetivos y funciones del hospital de día previamente descriptos, como el objeto de la presente investigación que consiste en profundizar en las

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

representaciones y prácticas acerca de la producción de cuidado desde la perspectiva de las y los trabajadores, un eje de las observaciones y entrevistas lo constituyó la indagación de la dimensión terapéutica en el trabajo cotidiano. En este sentido se procuró ahondar en cuáles son los significados asociados a lo terapéutico, desde qué orientaciones teórico-clínicas trabaja el equipo, si se da forma y seguimiento a proyectos terapéuticos, entre otros aspectos que serán asunto del presente apartado.

6.1. El hospital de día como espacio terapéutico

En la observación de la dinámica cotidiana del equipo se pudieron percibir los continuos diálogos entre los profesionales de psicología y trabajo social en los que se entrelazaban experiencias, preguntas, propuestas, opiniones y lecturas de las situaciones de algunas/os usuarias/os. Al indagar en las entrevistas sobre este trabajo cotidiano Mariana reconoce que contar con tiempo para los intercambios donde pensar e interrogar las prácticas es una cuestión fundamental que favorece el trabajo en equipo:

“Son cuestiones que el dispositivo también nos permite, por el tipo de trabajo que hacemos, y los tiempos o los plazos que a veces nos damos para algunas cuestiones, nos permite hacer este tipo de trabajo. O sea no es lo mismo estar en el servicio atendiendo la puerta y apagando incendios que por ahí tener dos reuniones por semana, interdisciplinarias, donde podemos hablar un montón de los aconteceres de estos sujetos. Creo que eso facilita este abordaje integral, esa dinámica de trabajo, la reunión de equipo, el tiempo, la articulación con los médicos o los equipos tratantes...” (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 6/11/2018).

De esta manera algunas trabajadoras exponen ciertos facilitadores del abordaje interdisciplinario que para la mayoría caracteriza a las prácticas:

“De todos lados hay como una tendencia a fragmentar las disciplinas, desde todos los frentes, digamos. Y creo que lo que aúna el verdadero trabajo es la práctica o este acontecer diario en donde uno resuelve, o sea, estás ahí con el otro y resolvés (...) También es una cuestión generacional e intersubjetiva que para mí caracteriza a la interdisciplina en un gran porcentaje, cómo te llevás con el otro, con la otra persona, más allá del título que tenés.” (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 6/11/2018).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

“Y, el trabajo en equipo, a ver... yo lo veo con el eje fundamental en la comunicación. (...) La idea es la reunión de equipo, y ahí es donde se plantea el caso, la intervención, quién se hace cargo de la intervención, de qué manera, por qué, de acuerdo ahí también un poco al conocimiento del caso, otro poco a la experiencia que por ahí algunos podemos tener con respecto a alguna modalidad de intervención en particular. (...) Es un equipo, pensamos todos.” (Entrevista a Silvana, psicóloga, 11/01/2019)

En relación con lo apuntado por las entrevistadas, la permanencia en el campo posibilitó advertir cómo las y los profesionales diariamente dedican tiempo para hablar de la tarea. Si bien fue posible identificar demoras y no concreción de algunas de las reuniones de equipo, pautadas para realizarse dos veces por semana, se percibió que espontáneamente en algún momento quienes estaban presentes se hacían un tiempo para aquellos intercambios que consideraran necesarios.

Ahora bien, a pesar de la disponibilidad de tiempo señalada por Mariana, en la dinámica de la institución se hallaron particularidades en los modos de planificar y gestionar el tiempo y las tareas que daban cuenta de ciertas dificultades, dilaciones o no concreción de intervenciones. El modo de administrar el tiempo disponible a veces se percibía muy ligado a lo espontáneo, lo que en ocasiones demoraba o dificultaba la concreción de ciertas tareas. Por ejemplo la demora en convocar una reunión con los vecinos de uno de los hogares de la ONG, encuentro que podía contribuir a trabajar en la deconstrucción de procesos de estigmatización de las y los usuarios. También se presenciaron dilaciones en la toma de decisiones como el reparto de dinero de la venta de las revistas producidas en el taller o de los productos del salón de ventas, lo que generaba frecuentes preguntas e incertidumbre en ciertas/os usuarias/os interesadas/os. Por ejemplo en una oportunidad una usuaria le preguntó a la investigadora sobre el reparto del dinero de la revista, y al proponérsele acompañarla a consultar con el equipo consideró que se iban a “enojar”. Se observó que algunas ideas y deliberaciones del equipo luego no se plasmaban en acciones, o se pautaban tareas en las que no se definían responsables a cargo. Por ejemplo se empezó a esbozar el proyecto de generar un emprendimiento laboral pero luego se pospusieron los encuentros entre los miembros del equipo para pensar en cómo darle forma.

En cuanto a la modalidad de abordaje Silvana considera que el trabajo que realizan en el hospital de día siempre es “socio-terapéutico”. Se encontró que en las reuniones de equipo se deliberaba y decidía trabajar a partir de situaciones de algunos usuarios o en torno a ciertas

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

demandas emergentes, mientras que en relación a otras/os que concurrían diariamente a la institución no se escuchó que en las reuniones de equipo se trabajara o dialogara sobre su seguimiento o proyecto terapéutico. En este sentido por momentos constituye un desafío para el equipo reencontrar el sentido de la participación de cada una de las personas usuarias. Así lo manifiesta Mariana: “y todo el tiempo nos pasa que tratamos de recuperar, de decir bueno... ¿y éste? por qué no charlamos con éste para qué venía, recuperar eso, ¿no? también, el objetivo.” (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018).

En relación con el carácter terapéutico de la institución se indagó acerca de si se elaboran proyectos terapéuticos singulares y desde qué orientaciones teóricas y clínicas trabajan. De las respuestas de los entrevistados y de la observación de las dinámicas cotidianas se puede desprender que lo terapéutico no se suele formalizar en un proyecto terapéutico singular para cada usuaria/o, sino que con ciertos usuarios se recortan y realizan en diversos momentos estrategias e intervenciones terapéuticas, frecuentemente con escasos registros escritos de lo realizado:

“Se intenta hacer como una evolución del recorrido del paciente. La verdad que yo he hecho muy pocas (...). Hemos hecho un montón de cosas con varios pacientes que no hemos anotado. (...)

Entrevistadora: ¿Esta admisión cómo se la presenta al resto del equipo y qué otros pasos van a ir dándose después de ese primer momento?

Lorena: No es muy formal lo de después de admisión. Puede ser que se cuente o no en la reunión de equipo. Puede ser que se cuente después de que se hace la admisión entre mates, a los que estén. (...). Pero no es algo formal como un pase de admisión, por decirlo así. Si surgen temas más importantes para hablar en la reunión de equipo y pasa y no se cuenta sobre el paciente (...).

Entrevistadora: ¿Y qué efectos tiene que sea de ese modo?

Lorena: Y... quizás sería interesante plantearlo como algo más oficial... Porque es importante saber lo que pasa con cada admitido [sonríe]. Sí, es lógico. Eh... pasa que en el trajín uno ni siquiera se pone a pensar o... se da y uno no se pregunta si está bien cómo se da, si es lo mejor o no. Sí habría... Pero probablemente sería mejor si se sistematizara esto de comunicar al resto del equipo las entrevistas de admisión. (...)

Creo que pocas veces se hace una segunda entrevista después de la admisión como para reevaluar el recorrido de un usuario. A veces se propone ¿che, tendríamos que hacerle una entrevista a tal persona porque al final está viniendo poco, no está viniendo o está viniendo a otras cosas de las que habíamos acordado. Pero no siempre se da eso, que se charla así medio informal como que pasa y no se le hace la entrevista o... sí, pasa. (...).

No hay como un seguimiento individual de cada paciente, de apertura y cierre. Y creo también que esa falta de seguimiento hace que bueno, quizás

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

yo ni me acordé más de ese paciente. Si no hay algo pautado, es como libre, queda librado a que uno del equipo se acuerde de ese paciente y se acuerde que hay que llamarlo. (Entrevista a Lorena, psicóloga, 08/01/2019).

“En las reuniones de equipo, sí, se va siguiendo y... sí, más que nada cuando hay un malestar que continua, o hay una queja por parte del paciente, en esos casos se siguen tratando los temas hasta que se logran resolver (...). [Los registros] son como más informales, pero sí se va registrando, se va evolucionando, más que nada cuando ocurre algo trascendente. O a veces se registra si concurre con regularidad se va registrando, sí. O si se entrevista a un familiar. Esas cosas sí se van registrando. (Entrevista a Nadia, psicóloga, 03/01/2019)

Se considera que esta modalidad puede incidir en que las intervenciones muchas veces queden sólo en la experiencia de los que participaron y/o estuvieron en la reunión de equipo o en la admisión de cada usuario, o que algunas cuestiones que se pensaron trabajar luego no se concreten o se pierdan, lo que tendrá consecuencias a nivel de la producción de cuidado.

Una dimensión relevante de los procesos de trabajo es la del tiempo y sus usos. Dado que la mayoría de los talleres tienen una duración aproximada de entre una y dos horas, y que la participación en éstos es variable según la voluntad y los intereses de las y los usuarios, se observó que durante gran parte del tiempo que pasan en la institución estas/os se encuentran reunidos espontáneamente en espacios como el comedor o el patio. Asimismo se detectaron notables variaciones en los usos del tiempo en función, por ejemplo, de si se contaba o no con los talleres. Así, durante el mes de enero varios talleristas se tomaron licencia, por lo que fue posible identificar otros usos del tiempo y modos de habitarlo, por ejemplo un día las residentes propusieron ordenar uno de los salones, actividad a la que se sumó solo un usuario. También se presenciaron situaciones en las que las residentes no sabían que el/la tallerista no concurriría y se enteraban el mismo día del taller a partir de lo que comentaba un usuario. Se advirtieron dificultades para proponer desde el equipo alternativas para esos días en los que no se contaba con talleres, y se observó la permanencia de las y los usuarios en espacios comunes como el patio o la cocina, o ciertos días una disminución de su concurrencia.

La técnica de la observación participante posibilitó acercarse a las prácticas que despliegan las y los trabajadores de diversas disciplinas y a las manifestaciones de las relaciones entre éstas/os y las/os usuarios. Se accedió a las dinámicas de los procesos de trabajo y a deliberaciones acerca de intervenciones posibles. Se asistió al devenir de procesos como la reactivación del salón de ventas del hospital de día, la organización del viaje a Mar

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

del Plata al Festival y Congreso Latinoamericano de Arte “Una puerta a la libertad: no al manicomio”³⁶ y a los inicios de la gestación de proyectos de jornadas culturales y de inclusión laboral.

En cuanto a la organización del viaje a Mar del Plata, el equipo disponía de una cantidad de lugares para traslado, alojamiento y comida tanto de usuarios como profesionales. Dado que el Festival se orienta a la presentación de producciones artísticas y culturales, el criterio utilizado para invitar y seleccionar a quiénes viajarían fue que participen en algunos de los espacios con estas características que ofrece el hospital de día. Además el equipo retomó la idea de un usuario de llevar un monto de dinero para utilizar durante la estadía, por lo que se propusieron realizar una venta de pizzas que les permitiera reunir ese dinero. Al preguntarles si también las y los usuarios se encargarían de esta tarea, si bien al inicio dudaban de si proponérselos o no, finalmente decidieron que lo harían sólo los profesionales del equipo. Al indagar el por qué de esta decisión una de las trabajadoras consideró que “fue más una cuestión de ser resolutivos y de conseguir eso que nos estaban pidiendo” (Entrevista a Leticia, trabajadora social, 20/12/2018). Lo anterior planteó a la investigadora el interrogante de por qué no se los invitaba a participar de la iniciativa, ya que había sido una respuesta a una inquietud de un usuario y el dinero obtenido iba a ser utilizado por las y los mismos usuarios en Mar del Plata. Además, es frecuente que algunos de éstos realicen actividades de venta de productos del hospital de día en espacios como el hospital general.

Otro interrogante también surgió cuando las residentes ofrecieron a las y los usuarios llevar productos para vender a modo de feria en el hospital en ocasión de la jornada científica que en éste se organizó. El día acordado para concurrir una de las residentes llama por teléfono al hospital de día para avisar que ellas estarían en el hospital general para acompañarlos en la venta, pero que si ninguno iba ellas no la harían. Luego de que la enfermera transmitiera este mensaje a las y los usuarios y ninguno se haya propuesto ir, finalmente un usuario que recién había llegado, Mario, decide ir solo. Mientras esto transcurría la enfermera en un momento le comenta a la investigadora “tenés que andar atrás de ellos para que hagan algo, empujándolos” (Registro observacional. 4/12/2018). Una

³⁶ Este festival es organizado por la Red Argentina de Arte y Salud Mental, asociación civil integrada por usuarios y coordinadores de talleres artísticos y creativos de servicios de salud mental del país que propone diversos encuentros y actividades que apoyan las articulaciones entre el arte y la salud mental desde una perspectiva desmanicomializadora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

situación similar sucedió meses atrás cuando las y los usuarios no fueron a vender sus productos al hospital general en el intervalo del curso que organiza el servicio de Salud Mental (y al que numerosas veces han concurrido a vender) porque, según una de las trabajadoras sociales, “no había gente del equipo para acompañarlos” (Registro observacional, 01/10/2018).

En una conversación espontánea entre enfermeras y una de las trabajadoras sociales sobre los constantes señalamientos para que las y los usuarios no fumen adentro, Elsa, enfermera, comenta que cuando les dice esto le responden “me agarraste” o “no estaba fumando”. Otra de las enfermeras, Luisa, dirá sonriendo “a veces necesitan a alguien que les ponga un límite, como a los chicos” (Registro observacional, 20/12/2018). Esta comparación de las personas usuarias con “chicos” ya la había planteado la misma enfermera unos meses atrás en otra conversación espontánea en la que comentó “son como los chicos, tenés que estar atrás” (Registro observacional, 08/10/2018). Si bien en la entrevista ésta aclaró que no son niños “... con las pastillas es otra cosa. Les voy a llamar la atención. No retarlos porque no son niños. Tomar conciencia de que respeten la medicación” (Entrevista a Luisa, enfermera, 18/12/2018), no obstante, en las conversaciones espontáneas con la investigadora sí pudieron escucharse expresiones y significados que dan cuenta de la representación de las y los usuarios como “chicos”. Así, en la entrevista con Elsa también se distingue este rasgo de “estar atrás” —en el que resuena el estar atrás de un/a niño/a— cuando se exploya a propósito de algunas cuestiones que le preocupan de las y los usuarios:

“Yo voy todos los días, cuando ellos están comiendo, voy a la cocina. (...) Ya me pasó una vez, casi se *me* ahoga una paciente con arroz. Entonces a mí me quedó eso de ir a ver si están comiendo bien, que no se ahoguen, porque son pacientes que a veces no miden lo que van a comer, lo que van a tragar. Entonces a veces esas cosas me preocupan un poco. Hoy por ejemplo no fui al comedor, pero siempre voy, a *ver* (...). Tenemos 10 pacientes que les damos medicación acá, porque quizás en su casa por ahí no la toman, entonces acá ya se la damos preparada, para su almuerzo, para su cena, en su sobrecito. (Entrevista a Elsa, enfermera, 05/11/2018).

A partir de la observación del cotidiano del hospital de día se asistió a tomas de decisiones compartidas por el equipo, a propuestas de intervenciones con familiares y referentes o con otras instituciones. Estas decisiones eran el resultado de un intercambio de

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

miradas, experiencias e hipótesis a partir de las cuales se pensaban estrategias y en ocasiones se definían responsables de las acciones decididas. Si bien se podía apreciar la propuesta y el interés por propiciar relaciones horizontales entre los profesionales, por la habilitación de la palabra de cada uno, los profesionales de psicología y trabajo social que cuentan con más años en la institución solían ser los que predominaban tanto en la toma de la palabra como de las decisiones. No obstante también se pudo reconocer en muchos intercambios una apuesta a la autonomía profesional, aspecto que también fue destacado por una de las residentes, Leticia:

“Como residencia creo que hay bastante autonomía o por lo menos se promueve que seamos bastante autónomas. Por un lado porque la residencia coordina algunos talleres, entonces en lo que son las decisiones respecto de esos talleres nosotros tomamos... consultamos, comentamos, pero cuestiones que tienen que ver con lo propio de cada taller lo resolvemos como residencia”. (Entrevista a Leticia, trabajadora social, 10/01/2019).

En particular de las entrevistas se distingue un marco de referencia común en cuanto a las orientaciones teóricas que sostienen las prácticas, marco que se asienta en un enfoque de derechos y en una lectura psicoanalítica acerca de las y los usuarios:

“Silvana: Nosotros trabajamos desde el psicoanálisis y particularmente con orientación lacaniana. Y en eso los trabajadores sociales que trabajan acá... bueno, es una visión también de derechos humanos, digamos, (...) el psicoanálisis va a rescatar algo de lo que es lo singular, de lo que es la posición del sujeto, va a intentar como emponderar [*sic*] al sujeto en su deseo y que vaya por esa vía (...). Nunca un psicoanalista te va a decir lo que debés hacer ¿sí? Se puede dar una indicación, le podés decir a alguien, por ahí, por esta vía no, pero no en términos de deber, digamos, del estilo del deber ser. Y en ese punto, con los compañeros de trabajo social, que también se trabaja en esto ¿no? en la cuestión de recuperar derechos ¿sí? que tienen que ver con lo singular de la persona, no con lo que a mí me parece que la persona tiene que tener, si yo quiero que viva en una casa de una manera. No importa lo que yo quiera. (Entrevista a Silvana, psicóloga, 11/01/2019).

“Y creo que más que nada una función importante es escuchar, es estar... estar atento a pequeños... a veces a un detalle... sí, es lo que yo te decía la otra vez, que más allá de los objetivos generales, estar atento a lo que quiere particularmente cada paciente, al deseo de cada uno. Ayudarlos a realizar su propio recorrido, y acompañarlos en eso.

Entrevistadora: ¿Y en esto cómo ves que lo van concretando? Esto de hacer su propio recorrido ¿cómo lo trabajan?

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Nadia: Bueno, creo que los talleres tratamos de que ellos elijan, de dejarlos elegir. Ya sea en el taller de revista que ellos elijan sobre qué escribir, que ellos elijan los temas... el formato de la revista, el precio, que ellos elijan todo. En el grupo de reflexión también, no proponemos tema. La consigna es un espacio libre para que ellos lo usen y expresen lo que a ellos les preocupa, que ellos guíen las conversaciones. (...)

Apoyarlos a cada uno en lo que quieren hacer. Por ejemplo, si viene un paciente todos los días a pedirnos hojas para escribir, dárselas, que tenga esa posibilidad, ese espacio...". (Entrevista a Nadia, psicóloga, 03/01/2019).

Para Silvana el enfoque psicoanalítico posibilita tomar distancia de posturas paternalistas que ven a las personas con padecimiento mental en términos de déficit o que las infantilizan. Por el contrario, las y los usuarios son vistos como sujetos capaces de tomar decisiones y a quienes podrán acompañar eventualmente a partir de lo que emerja en los intercambios dialógicos con éstas/os:

“Es una visión del sujeto que tenemos adelante, como alguien que no es un discapacitado, que puede decidir, que en todo caso tiene algunas cuestiones como tenemos otras otras ¿sí? en la que necesita más o menos acompañamiento. No es un jardín maternal [con tono de humor], digamos [risas de ambas].

Entrevistadora: ¿Decís lo de jardín maternal en términos de cómo a veces se mira...?

Silvana: Sí, como alguien que no puede, que no sabe, que tiene que aprender. Ni nosotros como un modelo, digamos. Ni tampoco como los detentores del saber ¿sí? en última instancia es algo que surge ahí en el diálogo...

Entrevistadora: ¿Y esto es algo que comparten, que lo han construido?

Silvana: Sí, ¡creo que es lo mejor que hemos construido, si construimos algo! [se ríe] Sí, es la manera de ver al otro, digamos, al que tenemos adelante, como a un sujeto. Creo que ahí se resumiría todo. Sujeto: sujeto de deseo, como lo define el psicoanálisis.” (Entrevista a Silvana, psicóloga, 11/01/2019).

Algo que se escuchaba a menudo entre los miembros del equipo era la preocupación por “no arrasar” al otro o la observación de que alguien del entorno de alguna/ún usuario lo arrasaba. Al indagar al respecto se encontró que “no arrasar” se encuentra asociado a no pasar por encima a las y los usuarios y tomar decisiones en lugar de ellas/os:

“Entrevistadora: Esto de no arrasar es algo que se escucha mucho en ustedes. ¿Qué es no arrasar al otro?

Silvana: No arrasar es... es esto: quizás a veces en el nombre del bien uno toma decisiones por otro, que hacen que el otro quede en un lugar de objeto,

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

digamos. Desde la teoría del psicoanálisis el objeto es sobre lo cual yo decido, pongo, traigo, va, viene, de acuerdo a lo que yo decida sobre él y sin posibilidad de... de quejarse ni de dar su opinión al respecto. (...) Eso es lo arrasador, digamos. Olvidar que el otro es un sujeto que puede decidir, aunque a mí me parezca que lo que esté eligiendo no es lo que yo elegiría. En todo caso uno acompaña (...).

Lo primordial es escuchar a quién tengo adelante, por qué camino quiere ir, qué le pasó, por dónde vino, por qué está acá ¿sí? tratando de despejar de mis prejuicios también”. (Entrevista a Silvana, psicóloga, 11/01/2019).

De lo anterior se desprende que el principal instrumento para no arrasar lo constituye la escucha y que frente a esta preocupación el psicoanálisis ofrece algunas orientaciones, si bien Silvana reconoce que éstas también pueden coincidir con respuestas más ligadas a “el sentido común y el respeto por el otro”:

“Si uno rescata el derecho a la subjetividad del paciente es, no sé si me explico, es poco probable (...) que uno tenga una intervención que arrase. (...) El psicoanálisis teoriza qué pasó, qué no hacer, pero a veces también el sentido común y el respeto por el otro van por el mismo camino”. (Entrevista a Silvana, psicóloga, 11/01/2019).

Miguel, por su parte, dirá que el eje de las intervenciones del hospital de día es “el sujeto de la política, de las instituciones como centro. Una ética de encuentro con el otro”:

“...con el pretexto de vernos, y con el pretexto de encontrarnos y en cualquier rincón o en cualquier espacio del hospital de día hablar con el otro, el otro trae la vida, el otro trae sus inquietudes y sus necesidades, y a partir de eso se genera la intervención. Si nos quedáramos únicamente con el consultorio externo y con lo que este sujeto hace cada tres meses que va a ver al médico, nada de estas intervenciones, ninguna de estas intervenciones tendría lugar. Digamos, hay algo que ofrece el estar todo el tiempo con el otro, que hace que aparezcan las posibilidades de intervención. (...) Entonces (...) muchas líneas de trabajo se van saliendo de esos accidentes que son las sorpresas que nos da la subjetividad del otro”. (Entrevista a Miguel, trabajador social, 06/11/2018).

La observación producto de la participación de la investigadora en el programa de Radio Universidad posibilitó apreciar cómo estas prácticas fundadas en una ética del encuentro con el otro son objeto de reflexión. Por ejemplo cuando Miguel retoma en el programa de radio, desde la interrogación y la sorpresa, lo que a él le había generado a nivel

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

subjetivo el encuentro con una usuaria esa mañana en el hospital de día y cuál había sido su respuesta a lo que ésta le había manifestado.

Se percibió cómo este modo de vinculación con las y los usuarios procura ser compartido con los demás profesionales y constituye un aspecto fundamental a transmitir por ejemplo cuando comienza a trabajar alguien nuevo en la institución. Así, en una de las últimas reuniones de equipo que se observó Miguel presentó a una nueva enfermera, Ofelia, quien empezaría a trabajar diariamente en el hospital de día. En esa ocasión, y tras el pedido de ésta de conocer más acerca de las y los usuarios y de su tarea como enfermera en esta institución, se le brindaron ciertas orientaciones generales para el trabajo cotidiano, en las que la escucha de cada uno se consideraba la principal herramienta de trabajo. Asimismo se le transmitió una postura que se contraponen a la idea de peligrosidad de las personas con padecimiento mental e incluye la posibilidad del riesgo como cuestión de salud:

“Ofelia: Empecé a charlar con ellos, a conocer a los pacientes. Me gustaría conocer más, saber qué patologías tienen, sus historias clínicas, para saber cómo manejarlos.”

Miguel: De a poco podés ir preguntando. A partir de lo que escuches, de cómo los veas, venís y nos decís con tal estuve hablando y tengo dudas con esto, o cómo puedo hacer con tal cosa. Lo principal es escuchar.

Silvana: No hay una indicación global. Es con cada uno diferente. A partir de lo que vamos escuchando y construyendo se va pensando la intervención.

Miguel: Lo que no tenemos es la idea del miedo, del peligroso. Alguien puede estar en riesgo y el riesgo tiene que ver con la salud, de él o de otros (...).

Ofelia: ¿Alguien puede delirar y venir acá?

Miguel: Sí, muchos de los que vienen acá deliran.

Silvana: De hecho para nosotros el delirio es una forma de armar la realidad. Y todos tenemos nuestro pequeño delirio también... (Registro observacional, 11/02/2019).

Resultó significativo cómo ante las preguntas de Ofelia que apuntaban a cuestiones psicopatológicas para que la orienten en “cómo manejarse”, la apuesta del equipo fue proponerle ante todo que se guíe por el “encuentro con el otro”. En este sentido se pudo escuchar la perspectiva relacional con la que se la invitaba a que haga su propia experiencia y empiece a construir vínculos con las y los usuarios, además de una apuesta a su autonomía profesional:

“Ofelia: Por ejemplo hoy Diego llegó y ni saludó.”

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Elsa: Yo le dije que cuando está así ni le hable.

Miguel: Eso lo irás viendo vos, si sos de insistir o más de esperar los tiempos de él. Podés tener tu estilo y probar. Elsa te dice eso porque a ella le funciona así, por ahí a vos te funciona de otra manera.

Silvana: Si no saluda le podés decir algo, después él verá qué te responde o no. Como lo harías con otra persona que entra y no saluda. Vas a ver que acá el trato es de mucha confianza, ellos conocen a nuestras familias, el trato es más cercano que en otros espacios donde uno pone más distancia”. (Registro observacional, 11/02/2019).

De estos fragmentos se pueden extraer la importancia para el equipo de la construcción de vínculos con las y los usuarios, el reconocimiento y la apuesta a la autonomía profesional, la mirada de lo que puede considerarse la sintomatología en salud mental como parte de los modos de andar por el mundo de cada uno y un contraste con los posicionamientos que asimilan la locura con la idea de peligrosidad. En este sentido no sólo las representaciones sino también las prácticas dan cuenta de una lógica de trabajo compartida por los profesionales de psicología y trabajo social que trasciende las diferencias disciplinares y de trayectorias profesionales.

Otro aspecto de los procesos de trabajo que pudo visualizarse fue el acompañamiento a las iniciativas de dos usuarios de abrir el salón de ventas del hospital de día. En varios momentos se observaron intervenciones del equipo en torno a las dificultades emergentes entre los usuarios que estaban a cargo de este salón de ventas. Así, en una oportunidad Horacio se acerca a la oficina del equipo a plantear los problemas que tenía con Diego, su compañero en dicho salón. En el intercambio que se presenció entre Horacio, Miguel y Silvana se pudo ver cómo apelar a hablar con el equipo podía ser para este usuario un recurso que le permite “no irse a las manos”:

“Horacio: Con Diego tengo problemas. El otro día vendió dos plantas y se las anotó él. Después no quiere que vengan compañeros a tomar mate. No podés decirles que no vengan, ellos me hacen compañía, charlamos. Con él no se puede ni hablar. Y viste que yo me voy a las manos enseguida.

Miguel: Pero lo estás manejando, Horacio.

Horacio: Sino, no tengo problema en irme.

Silvana: No por tener diferencias con un compañero te vas a ir. Acá solucionamos las diferencias con palabras. Vos cuando veas que está difícil te venís acá y lo hablás con nosotros.

Horacio: No es para agrandarme pero el que primero propuso abrir el salón fui yo.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Silvana: Sí, y por eso, cuando Diego vino con la tallerista a decirnos que iba a vender le dije esperame porque tengo que hablarlo con Horacio, porque quedamos en que él se iba a hacer cargo. Acá Cecilia [la investigadora] es testigo de que le dije eso.

Horacio: Él toma tereré todos los días porque yo compro el jugo. Lo que gana él es para puchos y algún porro.

Silvana: ¿Y por qué no compran el jugo del fondo común?

Horacio: Él no quiere comprar otra cosa que no sean puchos o faso. A mí no me hace nada poner \$6 para el jugo.

Silvana: Lo que podemos hacer es mediar, reunirnos Miguel o yo los viernes con ustedes, tal vez cada 15 días, para conversar sobre cómo van con el salón de ventas y solucionar los problemas que vayan surgiendo. Y que lo que se hable o acuerde después se cumpla. Y si Diego no lo respeta pedirle o que vaya menos, o vemos qué hacemos.” (Registro observacional, 11/02/2019).

En este fragmento se distinguen ciertos aspectos de las prácticas vinculados al acompañamiento a las iniciativas de las y los usuarios, al establecimiento de contratos, a la mediación en situaciones de conflicto y al ofrecimiento de una instancia a la cual acudir cuando lo acordado no se cumple por alguna de las partes. El modo de funcionamiento del hospital de día propicia que las y los usuarios cuenten con momentos en los que pueden solicitar hablar con alguien del equipo para compartir lo que les sucede y buscar modos de responder o enfrentar lo que les preocupa. Incluso la investigadora fue convocada a dar respuesta a algunas inquietudes en ciertos momentos, sobre todo en aquellos en que ciertos miembros del equipo no estaban presentes.

En las entrevistas varios profesionales comentaron cómo en distintos momentos habían podido trabajar con ciertos usuarios en torno a iniciativas o propuestas singulares que favorecieron diversas posibilidades de circular por el hospital de día. Así, Miguel describe de este modo algunos procesos de trabajo que, o bien retomaron las propuestas de las y los usuarios, o bien construyeron respuestas novedosas a partir de algo que pudo ser escuchado y retomado por el equipo:

“Miguel: A veces con Silvana y con Mariana, que somos como las personas más estables de este lugar, tratamos de retomar algo de lo que aparece como experiencia propia devuelta en el decir de algún sujeto en una asamblea o en algún espacio más colectivo, que pueda abrir algún camino de trabajo. Lo de Gastón [usuario] en relación a lo cultural fue así... la circulación del año pasado por los museos [se refiere a la participación del hospital de día, en el año 2017, en el marco del Proyecto Cosecha del Museo de Arte

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Contemporáneo de Bahía Blanca³⁷] también generó algo así. Hay algo que trajo José Luis [usuario] en el año 2011 que creo que en algún momento articuló con que nos presentemos a un proyecto de Extensión en la Radio, que fue que él decía 'bueno, yo el taller de radio me encanta, pero vengo y hablo, pero necesitamos salir a que nos escuche gente nueva y hacer algo en los ambientes de formación' decía él, ¿no? El otro día el mismo Leandro [usuario] cuando planteamos un tema para la radio él dice cómo es la formación de los futuros profesionales de la salud mental, que es una inquietud para nosotros, pero que él nos diga eso hizo que ese día planteemos el tema para la radio. (...) Digo, cuando identificamos que hay algo así... eh... tenemos la capacidad de escucharlo o no estamos atravesados por mil cosas como para poder escuchar ese tipo de propuestas creo que son las que más nos refuerzan las intervenciones, o que son como... con más dirección porque vienen de allí, ¿no?". (Entrevista a Miguel, trabajador social, 6/11/2018).

De lo anterior se puede recuperar que varias de las iniciativas que supusieron articulaciones con otras instituciones han surgido a partir de propuestas de ciertos usuarios en las que éstos plantearon un interés en hacer circular sus inquietudes por otros espacios más allá del hospital de día. En estos casos el equipo de salud pudo registrar y dar cauce a estas propuestas que estimularon la circulación de cuestiones de la salud mental por espacios de la ciudad como el Museo de Arte Contemporáneo o la Radio de la Universidad Nacional del Sur.

La lógica de trabajo compartida que se puede extraer en particular de las representaciones y prácticas de los profesionales de psicología y trabajo social ha favorecido la detección de obstáculos en las prácticas que los han impulsado a buscar espacios de supervisión. En efecto, durante las entrevistas varios trabajadores coincidieron en que en ciertas oportunidades han decidido gestionar espacios de supervisión de sus prácticas con psicoanalistas externos a la institución. En cuanto a los motivos y condiciones para hacer

³⁷ En el marco del proyecto artístico municipal Cosecha, la propuesta presentada por el hospital de día fue seleccionada para exponerse por un lapso de 45 días, en el que las y los usuarios concurrieron a realizar manifestaciones artísticas al Museo de Arte Contemporáneo bajo el lema "hábitat, pertenencia y patrimonio". El espacio fue compartido con otros artistas también seleccionados. Las manifestaciones, que expresaban vivencias y hábitos en el hospital, presentaron una galería fotográfica de las jornadas y viajes de las y los usuarios, autorretratos producidos en el taller de pintura y testimonios sonoros con mensajes de usuarios. El proyecto Cosecha es una iniciativa del área municipal de Cultura que propone habitar los Museos de Bellas Artes y Arte Contemporáneo con la modalidad de residencia o taller abierto en el que "el espacio de exhibición se transforma en territorio de producción y de reflexión para un grupo de artistas, investigadores y productores culturales de la ciudad y la zona". (Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/prensa/usuarios-del-hospital-penna-expusieron-en-el-museo-de-arte/?fbclid=IwAR2mcjw6qSIAHaNiob0MZEKXoYVC2xCEaWdEr-J7A8gToJAg91JBr3F6Jw>)

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

lugar a estos encuentros, uno de los entrevistados sostiene que “la supervisión aparece de un no saber, de la interrogación, lo que de la práctica genera preguntas” (Entrevista a Miguel, 06/11/2018). Al recordar una de estas supervisiones, Miguel sostiene que si bien se generó para dar cauce a ciertas preguntas que se planteaban como equipo a propósito del taller de revista, les permitió repensar otras prácticas que también les planteaban interrogantes:

“...Había preguntas que estaban circulando (...) así que se generó una supervisión con [psicoanalista]. Fuimos a dos encuentros y después hicimos uno más. (...) Lo que estaba puesto en juego también ahí no era únicamente la revista. Era, que por eso también estuvo bueno el tema de la supervisión... qué hacer con el lugar del sujeto y las expresiones del sujeto en los diferentes espacios, (...) qué se propone, qué se adapta de eso o no a los espacios, cuánto hay que forzar o no, o adaptar o no cierta circulación de los sujetos a los formatos que proponen los talleres (...). Bueno, toda esa cuestión fue sumamente interesante, introdujo cambios importantes en la edición de la revista, entenderla de otra manera. Y yo creo que no solamente en la edición de la revista sino en la circulación, creo que esto que hablamos de, que te digo de encontrar un espacio singular de participación del otro, algo también se vio beneficiado por esa supervisión”. (Entrevista a Miguel, trabajador social, 6/11/2018).

En lo expuesto por Miguel se puede encontrar que estos espacios de supervisión contribuyeron a problematizar y dar forma a los procesos de trabajo abriendo otras posibilidades y alternativas en la producción de cuidado. Además, según otra de las profesionales entrevistadas, la interrogación es un ejercicio habitual de las y los trabajadores de esta institución, quienes frecuentemente comparten y ponen a trabajar lo que les sucede a nivel subjetivo en sus encuentros con las y los usuarios:

“Y con nosotros mismos también, porque lo que tiene de bueno para mí el equipo del hospital de día, (...) nos contamos lo que nos pasa, cómo nos sentimos, con esto te veo así, con esto te veo así. Me siento arrasado yo por tal paciente, no sé qué hacer. Bueno, reunión de equipo. Quién es más estratégico que lo siga, quién no. Como también nosotros entendernos y estudiarnos como uno más en esta lógica.” (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018).

Otra situación en la que también se pudieron apreciar algunas características de los procesos de trabajo fue en un encuentro con un usuario, Horacio, quien en una oportunidad se

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

acercó espontáneamente a la oficina del equipo a conversar con Silvana y Miguel sobre algunos de sus proyectos:

11.40 hs en oficina del equipo. Charla entre Silvana, Miguel y Horacio:

Horacio: Hablé con Juana [trabajadora social de la Curaduría Oficial] y se van a reunir. Quiero mudarme para mi cumpleaños. Juntar la plata. También irme un fin de semana a Tapalqué. Viviría cerca de Roberto, que hace años que no toma, nunca lo vi tomar. También tengo este temblor en la mano que me molesta.

Silvana: ¿Y cuándo la ves a Rocío [psiquiatra]?

Horacio: Vuelve la semana que viene de vacaciones.

Silvana: Bueno, entonces esperala y velo con ella. También vos tenés tu psicóloga en el CPA.

Horacio: Sí, sí. Quiero tener el número de alguien por si me pongo mal... Quiero hacer las cosas bien, así me dejan vivir solo. (Registro observacional, 11/02/2019).

Este recorte muestra la función del equipo del hospital de día como nexo y apoyo del tratamiento por salud mental, tarea señalada por algunos trabajadores en las entrevistas. También se aprecia que este usuario se vincula con la Curaduría Oficial, institución asociada a funciones de tutela y control. Las relaciones con otras instituciones como la Curaduría Oficial fueron aspectos que se indagaron en las observaciones y entrevistas. Según Silvana, en el diálogo con éstas desde el hospital de día se proponen hacer valer la voz de las y los usuarios, voz que puede encontrar numerosos obstáculos para ser escuchada en otros ámbitos por donde estas personas circulan:

“En principio siempre digo que es que se escuche la voz del paciente, es el derecho a opinar, me parece que eso es lo primordial. (...) Es como que... ponemos en boca nuestra algo que pescamos que va por la vía del interés del paciente o del deseo, y entonces si lo digo yo, la justicia me escucha ¿sí?, el dueño del hogar me escucha, porque soy yo. Somos el principio de autoridad a veces en eso ¿sí? y a veces lo mismo dicho por el paciente no se escucha, entonces me parece que nosotros hacemos de ese puente. Muchas veces vienen los pacientes a decirnos lo que no se les escucha en otro lado, a hacerse escuchar acá, y nosotros a veces acompañarlos en eso de que... A ver, podemos a veces, según el caso, según la situación, tratar de que sea la persona la que se haga escuchar. Pero a veces el prejuicio del loco hace que sea una locura si lo dice el loco y no sea una locura si lo digo yo ¿se entiende? Se lo ve como indicación terapéutica, entonces bueno...

Entrevistadora: ¿Con instituciones como las que ellos están habituados a circular?

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Silvana: Sí, pasa en los hogares de Curaduría, pasa en los hogares de la ONG, pasa en la Curaduría. (...) Cuando hablamos con profesionales de otras disciplinas, por ejemplo del derecho, y les ubicamos, nos entienden perfectamente a lo que apuntamos ¿sí? Pero ellos están formados en una cuestión más proteccionista y (...) de cuidar la integridad física y psíquica de la persona ¿sí? Por eso digo que en el nombre del bien ¿sí? como que yo le diga a alguien 'bueno, vos tenés que vivir en una casa calentita, con baño, con no sé qué' y por ahí sí, pero si la persona es una persona que quiere ser linyera y errante, digamos, y esto está... no sé, hay algo ahí como... ¿por qué lo tengo que normalizar en lo que yo creo que es mi criterio de normatividad, digamos, no? Si no existe algo de riesgo que por ahí es lo que justifica que a veces se intervenga ¿no?" (Entrevista a Silvana, psicóloga, 11/01/2019).

La situación con Horacio ya mencionada también podría considerarse indicativa de este puente que, según Silvana, muchas veces el equipo del hospital de día tiende entre las y los usuarios y otras instituciones por las que circulan. Al hablar de este enfoque y modo de abordaje terapéutico Silvana lo ejemplifica a partir de las intervenciones con una usuaria, Julieta, quien reside en una casa de convivencia a cargo de una ONG. Cabe señalar que durante el trabajo de campo a esta usuaria se la encontraba frecuentemente por las mañanas en la oficina del equipo. Generalmente se la veía escribir frente a la computadora y eventualmente interactuar con algunos de los profesionales y/o usuarios allí presentes. Silvana recuerda cómo trabajaron con las referentes de la ONG para legitimar el deseo de Julieta de ir a escribir al hospital de día:

“Ella venía a escribir acá al hospital de día, y quería venir. Y desde la ONG le decían que acá venía a perder el tiempo. Pero ella venía a escribir. Y entonces ella lo que reclamaba era justamente que la dejemos venir a escribir, nosotros la dejamos. La intervención fue... claro, a vos [referente de la ONG] te parece una pérdida de tiempo, porque según ellas [referentes de la ONG], ella no tenía que revolver más su pasado porque no sé qué... pero Julieta estaba... como procesando, digamos, esa historia en forma de una autobiografía (...). Y la escribió, y la imprimió, y es la manera también de que eso circule de otra forma, hasta más despegado de su discurso, y que ella pueda mirar para otro lado, digamos. (...) Pero digo, ahí hubo que decir... ahí vale más nuestra voz. El 'quiero ir a hospital de día' de la paciente 'porque estoy escribiendo'. 'No, eso te hace mal' [respuesta de la referente de la ONG]. Como si fuera un niño ¿no?, (...). Bueno... ahí es donde uno dice no, bueno, y vas y hablás con la gente de la ONG, que son personas re buenas, pero a veces en eso no tienen una orientación terapéutica, y les decís es importante que venga por esto, por esto y por esto, entonces *la dejan* venir.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

(...) En ese 'tenés que salir' de la ONG está en lo cierto, pero el salir de Julieta era a través de su libro, digamos. Esa es la cuestión creo yo. Sí tenía que salir, pero la manera de salir...

Entrevistadora: Ella ya estaba mostrando cómo...

Silvana: Claro... ahí es donde ¿no?" (Entrevista a Silvana, psicóloga, 11/01/2019).

Las residentes de psicología, por su parte, también mencionaron el trabajo con Julieta como ejemplo de las estrategias terapéuticas que ofrece el hospital de día ante ciertas iniciativas de las y los usuarios. Así recuerda Nadia cómo iniciaron el acompañamiento a Julieta en la escritura de su libro a pesar de lo que le sugerían otras personas de su entorno:

“Hay una paciente que estuvo internada desde muy joven en el Neuro y hace poco decidió escribir un libro sobre su historia, una autobiografía. Y personas de su entorno le aconsejaban que no era prudente escribir, y revisara el pasado, porque no le favorecía. Acá se le ofreció lo contrario. Si el deseo de ella era escribir, plasmarlo en un libro todo lo que le pasó, se le ofreció ese espacio, por fuera de los talleres. (Entrevista a Nadia, psicóloga, 27/12/2018).

Nadia se explayó en torno a cómo a pesar de que Julieta “pensaba que no podía” escribir en computadora, con el acompañamiento de las residentes de psicología logró gradualmente llegar a escribir sola su propio libro. Agregó que desde un enfoque ligado a la rehabilitación se propusieron ayudarla a “que ella pueda darse cuenta que podía, que podía hacer algo, que podía aprender algo nuevo” (entrevista a Nadia, psicóloga, 27/12/2018). Detalladamente y en estos términos describió Nadia el acompañamiento que realizaron en el proceso de escritura de Julieta:

“Nadia: (...) con el tiempo empezó a escribir ella, y hace unos días terminó de escribir el libro.

Entrevistadora: Sí, estábamos ahí. (...) ¿Cuál fue el acompañamiento que tuvo desde el equipo para esto?

Nadia: (...) Ella en realidad (...) empezó hace tres años con otras residentes. Ella empezó a escribir en sus cuadernos (...) fue organizando lo que ella producía en temas, su psicóloga la ayudaba. Y el año pasado con las otras residentes empezó a organizar el esquema de cómo sería el libro, las secciones. Y este año nosotras empezamos, traíamos nuestra computadora y nos sentábamos con ella, y ella nos iba dictando lo que ella quería que estuviera en el libro (...). Ella pensaba que no podía escribir por sí misma. Decía que era lenta, que no le iba a salir bien. Nosotras progresivamente le íbamos diciendo que primero escribiera un renglón, después un párrafo. (...) Hasta que empezamos a dejarla sola. Se sentaba en la biblioteca y estaba una

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

hora escribiendo. Así que cuando ella escribió todo lo que a ella le parecía, cuando terminó nos avisó y nos pidió que lo imprimamos (...). Le ofrecimos si ella se animaba en los momentos que estaba desocupada la compu de la oficina, que podía ir adelantando (...) y adelantó y en pocos días lo terminó”. (Entrevista a Nadia, psicóloga, 27/12/2018).

En las descripciones de Silvana y Nadia resulta interesante reparar en dos cuestiones. El valor de la escritura de este libro autobiográfico que logró identificar y favorecer el equipo a través de un acompañamiento sostenido en el tiempo. Y la importancia de hacer valer la palabra de la usuaria y legitimarla desde un posicionamiento terapéutico con la referente de la casa de convivencia. Además se visualiza cómo el espacio del hospital de día pudo ofrecer una continuidad en este acompañamiento, incluso a pesar de los cambios de residentes.

6.2. Desafíos de los procesos de trabajo en el hospital de día

“... hablaría de *usos* del hospital de día.
Como alta, ahora charlando con vos,
me parece que es una palabra que no va con el hospital de día ¿sí?
porque yo creo más que este lugar tiene que *ser*
usable para la gente ¿me entendés?”
(Entrevista a Silvana, psicóloga, 13/02/2019)

De las observaciones de la dinámica cotidiana y de las conversaciones con las y los trabajadores se pueden desprender algunos desafíos en los procesos de trabajo que resulta oportuno destacar. Uno de estos tiene que ver con la circulación de los propios trabajadores por espacios extrahospitalarios. En este sentido, se escuchó que para las trabajadoras sociales resultan desafíos constantes tanto salir de la institución como poder abrir espacios de encuentro con las y los usuarios:

“Leticia: El encuadre institucional te da herramientas y recursos. A veces te enfrasca en eso y nos olvidamos de salir al encuentro con el otro. (...) La importancia de estar donde pasan las cosas, de acercarnos nosotros”. (Entrevista a Leticia, trabajadora social, 04/12/2018).

“Mariana: Pero el desafío por ahí lo más interesante es salir más de la institución, que a veces nos cuesta bastante, pero es un poco a lo que apuntamos.” (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 6/11/2018).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Leticia agrega que se proponen tratar de circular y promover esos encuentros en distintos espacios de la institución y lo ejemplifica en estos términos:

“Vamos al patio o al comedor nosotras. Mediante una charla... con Orlando a partir de ahí se dio lo de conseguir un turno médico, hablar con la familia. Se promueve estar en otros espacios y compartir de otra forma. (...) No uso la chaqueta acá. Simboliza la dinámica que se da en este espacio. (Entrevista a Leticia, trabajadora social, 04/12/2018)

Otro desafío se enlaza con la posibilidad de favorecer ciertos movimientos en la institución. Según Nadia y Andrés no es muy frecuente que haya propuestas de modificaciones a partir de las y los usuarios. Para la primera esto se relaciona tanto con la dimensión psicopatológica como con una “inercia” en términos de una tendencia a la reproducción de lo instituido. Si bien Nadia reconoce el atravesamiento de la dimensión institucional en esta dinámica, Andrés la reduce a una costumbre de las y los usuarios que vincula principalmente con la dimensión psicopatológica, sin interrogarse respecto de la relación “paternalista” que la propia institución puede contribuir a reforzar:

“Entrevistadora: ¿Hay algo de las prácticas que puede ir modificándose a partir de esas propuestas?

Nadia: Sí, sí, sí. Eh... lo que pasa es que a veces... creo que no son muy comunes. Creo que son pocos los casos cuando se plantea algo diferente o alguien tiene una iniciativa. Generalmente se mantiene como una inercia, se suele repetir, o sea, lo que ya está establecido se suele repetir y... cuesta modificar algo, o que ellos tengan una iniciativa de modificar algo. Pero sí, cuando surge algo así se le da lugar y se trata en las reuniones, en las asambleas con ellos.

Entrevistadora: Y esa inercia para vos ¿con qué está relacionada?

Nadia: Eh... creo que por un lado puede tener que ver con la estructura de los pacientes, con algo más relacionado a la psicopatología, con la abulia, una dificultad para introducir cambios... creo que por un lado puede tener que ver con eso. Y por otro lado con la inercia propia de las instituciones, del dispositivo. Y... tal vez el número de profesionales no es muy grande, están hace muchos años, y bueno, los profesionales de planta suelen mantener las mismas prácticas, y bueno, los residentes, si bien van cambiando, creo que eso puede ser algo que favorezca los cambios, o no”. (Entrevista a Nadia, psicóloga, 27/12/2018).

“Por ahí es una cuestión de costumbre de ellos, pero ellos esperan más que nada que vos les digas qué tienen que escribir, qué tienen que hacer. Como que hay algo bien, cómo decirlo... paternalista me sale, de bueno, hagan esto, hagan esto. Ellos lo hacen feliz, están re bien, re conformes con lo que

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

hacen. Pero no surge nada así de ellos, de decir este es nuestro taller y vamos a hacer esto. Eso no lo veo, no, no. Pero bueno... es la costumbre que tienen ellos. (...) Pero también es difícil ¿no? porque justamente dentro de la patología no sale el interés de ellos de decir bueno, quiero escribir esto, o esto otro, es difícil.” (Entrevista a Andrés, médico, 21/01/2019).

Las dos residentes de psicología señalaron dificultades para que las y los usuarios concurren y sostengan su participación en aquellos talleres en los que han decidido participar, lo que puede considerarse otro desafío de los procesos de trabajo vinculado al anterior. Aunque no es habitual que las y los usuarios propongan modificaciones, es posible interrogar qué es lo que se pone de manifiesto en estos modos de entrar y salir de los talleres:

“Lorena: Un obstáculo, no sé si es un obstáculo pero para mí es incómodo, es tener que ir a buscarlos para que empiece el taller. Y capaz que más de una vez. Ya son las 11, como si fuéramos la mamá que los busca para comer. Ya son once y cinco, vienen al taller, no vienen. ‘Ay pará, que estoy fumando, ay, pará que...’ Me parece que eso no tendría que ser así. El taller es a las 11 en el SUM [salón de usos múltiples]. Vení y participá del taller. Ellos ya saben, solamente que están ahí fumando, generalmente fumando [se ríe] o tomando mate. Y lo mismo en revista nos pasa, lo mismo que en el grupo de reflexión, que por ahí leyeron su... no todos, no, pero algunos leyeron lo que ellos escribieron y bueno, me voy al baño, y listo, nunca volvieron. (...).

Entrevistadora: ¿Para vos por qué les pasa esto de no venir hasta que ustedes los buscan?

Lorena: Creo que porque están cómodos haciendo algo. Tienen ganas de ir al taller pero a la vez, no sé [se ríe] como lo que le puede pasar a cualquier persona de que... ya saben, hay una dinámica que está creada de que ellos van a estar ahí, nosotros vamos a ir a buscarlos, y que ellos van a venir, van a estar un ratito y que no pasa nada. Eso se mantiene así, que nosotros los esperamos y habría que cambiar algo para que eso cambie”. (Entrevista a Lorena, psicóloga, 16/01/2019).

“Nadia: Los días que coordinamos talleres nosotras, (...) tratar de antes de que empiece ir a buscarlos, motivarlos, porque a veces o están tomando mate y hay como que *reclutarlos* [se ríe] para que estén todos acá en el salón (...). Se ve mucho que vienen un ratito y se van, que no pueden sostener la participación durante todo el taller.

Entrevistadora: Y eso ¿a qué pensás que se debe o con qué tendrá relación?

Nadia: Puede ser que el taller por una falla en el taller o en la propuesta que a ellos no los motive, o a la particularidad de ese paciente. Algunos tienen un recorrido así. Creo que al ser una propuesta libre, como no tienen la obligación de asistir, eso puede generar que ellos decidan irse.” (Entrevista a Nadia, psicóloga, 27/12/2018).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Estas dinámicas instituidas dan cuenta de ciertas tensiones a nivel de la participación en los espacios grupales: por un lado las y los usuarios son libres de participar, pero por otro las profesionales los van a buscar, los “reclutan”, para que asistan al taller o al grupo de reflexión. Incluso Lorena lo vivencia como si fuese una “mamá que los busca para comer”. ¿Los visualiza como niños? Luego quienes finalmente deciden participar se retiran en medio de la actividad, solo concurren por un rato o se quedan únicamente para mostrar o aportar lo propio. Estas retiradas sistemáticas, este escabullirse de aquel que me “reclutó”, ¿podrían considerarse modos de resistencia a lo instituido? Lorena ubica que esta dinámica se repite y “no pasa nada”, y atisba que “habría que cambiar algo para que eso cambie”. ¿Ese *algo* implicaría modificar ciertas prácticas y modalidades de vincularse? Vale recordar en este punto aquella frase (usualmente atribuida a Einstein) que advierte “la locura es hacer lo mismo una y otra vez esperando obtener resultados diferentes”³⁸. Nadia hipotetiza que quizás algo de la misma propuesta de estos espacios grupales no incentiva la participación, pero no avanza en delimitar qué podría ser. ¿Cómo pasar de aquella incomodidad enunciada por Lorena a prácticas que tiendan a conmovir algo de esta inercia?

Por su parte Silvana sostiene la necesidad de que el hospital de día haga lugar a cambios y movimientos en su funcionamiento para que el trabajo no se torne rutinario y para que las y los usuarios no se eternicen:

“Silvana: el funcionamiento [del hospital de día] cambia todo el tiempo. Cuando digo el funcionamiento me refiero a qué talleres existen, qué horario tenemos abierto, que eso fue cambiando, en lo funcional, todo el tiempo tiene necesariamente para mí que renovarse. De hecho, cada vez pienso más que algo de lo que debería generar el hospital de día es ese movimiento de renovación todo el tiempo, y por eso se necesitan ideas y gente nueva. (...) Para sacar un poco a todos, profesionales y usuarios también, de lo que es la... la rutina digamos, y sobre todo lo que hace a la falta a veces de voluntad propias de las patologías ¿no? para que no se eternice alguien, que haya como *sacudones*... periódicos [se ríe].” (Entrevista a Silvana, psicóloga, 13/12/2018).

³⁸ No existen pruebas de que efectivamente haya sido proferida por Einstein. Incluso se la ha atribuido por error a Mark Twain y a Benjamín Franklin. Una posible fuente es la novela *Sudden Death* (Muerte súbita) de la escritora Rita Mae Brown, aunque es factible que ya existiese antes. (Disponible en: https://elpais.com/elpais/2015/04/06/ciencia/1428317033_405833.html).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

En la entrevista con Mariana ésta planteó situaciones de algunos usuarios “cronificados” y en los que el efecto de la cronificación incluso lo vivencian los propios trabajadores:

“Mariana: (...) porque nos pasa con otras personas que por ahí están institucionalizadas hace muchos años, que ya de esa manera de circular por el hospital sacan como un rédito estratégico también. Por ejemplo Pedrito que nos hemos sentado a hablar entre PREA, hospital de día; como bueno, focalicemos la atención porque en algo no lo estamos ayudando, o sea. Es como un loop de Pedrito por todo el hospital, súper cronificado, o sea, qué esperamos de él. Hemos tenido reuniones con PREA o con gente de la sala por usuarios así que uno se siente que está cronificado con él ¿viste? Como bueno, a mí viene y me dice una cosa, va allá y dice otra.” (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018).

Estas dificultades también fueron planteadas por Silvana, quien recordó algunos obstáculos que tuvieron como equipo para escuchar a este usuario y las decisiones que tomaron para propiciar que alguien externo pudiera hacerlo:

“Creímos que era necesario que tuviera... que fuera escuchado por alguien por fuera de la institución ¿sí? que pudiera ayudarnos a pensar otra manera de intervenir con Pedrito, que salga de lo que era el hospital de día, PREA ¿sí? (...) Entonces necesitábamos que él tuviera... un referente. Él hablaba con la psicóloga del PREA, él hablaba conmigo, hablaba con Miguel ¿sí? Y en esto que tiene la institución, de que estamos todos, y que todos lo conocemos hace 20 años, se desvirtúa la posibilidad de que se lo escuche bien, me parece. Entonces la intervención fue: salimos todos, borramos todo ¿sí? y que vaya y que alguien lo escuche, y que alguien nos devuelva a nosotros, y nos ayude a pensar cómo intervenir con Pedrito. Porque venía muy embarrado por la historia de Pedrito con todos y con la institución (...). No se lo podía citar para un tratamiento que no le interesaba, no venía. Entonces bueno, lo sacamos de acá. Que además esta es su casa y su familia, entonces ya no somos... (...) ahora ya no se puede ni hablar en serio con Pedrito ¿viste? Porque viene y te hace un chiste... Entonces nosotros necesitábamos por ahí otra cabeza, pero que no iba por el orden de la supervisión ¿sí? porque no alcanzaba con eso. Necesitábamos que *lo escuchan* a Pedrito, no a nosotros. Que alguien lo pudiera escuchar con la cabeza despejada. (Entrevista a Silvana, psicóloga, 11/01/2019).

A través de las entrevistas se procuró acceder a las representaciones acerca de cómo piensan los miembros del equipo los tiempos de concurrencia de las y los usuarios y si se han propuesto altas de la institución. En cuanto a esto último se advirtieron diferencias entre los

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

posicionamientos y representaciones de los profesionales: algunos no consideran necesario tener una proyección de alta para desempeñar su trabajo, ya que sostienen que quien ya no necesita del espacio del hospital de día dejará de concurrir por sí mismo en algún momento. Uno de los trabajadores que no considera necesario pensar el alta es Miguel, quien reconoce que a raíz de algunas supervisiones del equipo (como las ya mencionadas) la palabra alta “perdió su peso”:

“Hoy no sé lo que es el alta. En este dispositivo desapareció esa palabra. (...) Entrevistadora: ¿Nunca fue necesario...? Miguel: En algunos momentos yo recuerdo que sí inicialmente, ¿no? con este paciente hasta acá se llegó a un límite, hay que ponerle palabras, (...) hay algo que no va más. Bueno, laburémolo como un alta, hagámosle una devolución al otro, digámosle, pero llegó un momento donde eso ya no... ya pasó”. (Entrevista a Miguel, trabajador social, 6/11/2018).

Para Miguel la cuestión del alta dejó de ser considerada porque “la gente deja de venir, si no lo necesita más, y viene a los efectos de algo particular” (Entrevista a Miguel, trabajador social, 6/11/2018). Aclara que en una oportunidad le tuvieron que decir a alguien que deje de concurrir “pero por una cuestión en disrupción, de la cantidad de quilombos (*sic*) que se estaban suscitando en relación a su modo de desempeñarse al interior del hospital de día” (Entrevista a Miguel, trabajador social, 6/11/2018), no por una decisión construida en términos de un alta.

“... Y sí, a uno se le generan un montón de cosas, ahora me pasa con Roberto. Roberto traía un aporte de riqueza artística y de poesía al hospital de día, que yo venía a verlo al chabón feliz. Yo me encontraba con él acá y me tiraba un poema. Y no está viniendo, y [enfático] ¡me mata que no venga! Pero cada vez que me lo cruzo me dice ‘y no, macho, yo estoy laburando, estoy haciendo mi casa, estoy de albañil, pero está todo bien, estoy perfecto, gracias’. Y bueno... ahí está ¡hicimos lazo!”. (Entrevista a Miguel, trabajador social, 6/11/2018).

Andrés tampoco considera necesaria la posibilidad de un alta dado que el hospital de día es el principal lugar al que concurren las/os usuarias/os y si dejaran de hacerlo no tendrían otro lugar de circulación:

“Y supongo que un alta del hospital de día es justamente cuando ya no le hace falta ir al hospital de día porque ya su vida, que sé yo, o tiene trabajo, o

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

tiene otra conexión que hace que no tenga que venir acá. No he visto eso acá. Acá lo que veo es que si los usuarios no vienen al hospital de día no hacen nada. Entonces... nunca he escuchado ché, Juanito que está re bien ya está para... no. Y creo que no sé si estaría bueno dar de alta. (...) Vienen porque realmente les gusta. Entonces no sé si se podría hablar de alta. (...) La única forma que se me ocurriría es decir bueno, está yendo a otros lugares comunitarios donde hace actividades y el hospital de día ya es un impedimento o ya está muy encaminado. Esta es de la única forma que se me ocurriría. Pero decirle a alguno de los pacientes que está ahora ´che, no vengas más porque estás de alta´ no lo veo para nada bien, no creo que sirva. Quizás empezando a trabajar de otra manera, de decir bueno, vayan a algún lugar, o conozcan otras cosas, otros lazos, otros sostenes, bueno. Ahí sí, diría que bueno, ponele que no hace falta que vengan.” (Entrevista a Andrés, médico, 21/01/2019).

Andrés no visualiza la posibilidad de un alta como momento de un proceso terapéutico contractual entre usuarios y equipo. Por el contrario, al exponer lo que entiende por alta sostiene: “cuando yo pienso alta es decir bueno, está internado, entonces tenés que cumplir esto, una vez que cumplís esto te vas. Y no, creo que acá es más un acompañamiento a la gente” (Entrevista a Andrés, médico, 21/01/2019), lo que da cuenta de una idea de alta en tanto es decidida por el profesional sólo si el paciente sigue lo indicado por este, sin contemplar las posibilidades e imposibilidades de ambos y lo que acontece en esa relación.

En consonancia con lo ya planteado acerca de los destinatarios del hospital de día, en cuanto a la posibilidad de un alta Silvana distingue entre aquellas personas que han atravesado internaciones prolongadas y quienes han vivido internaciones breves:

“Pero el alta, sí. Siempre digo lo mismo: yo creo que el proceso tiene que ser necesariamente diferente en personas... a ver, ahora, con las internaciones más breves, es diferente que antes. Es muy difícil darle el alta a una persona, darle el alta de la institución totalmente, su desvinculación, o que no venga de vez en cuando una persona que estuvo internada 20 años. (...) Me parece que ahí hay una diferencia entre los pacientes más viejos que vienen acá, como más crónicos, que eso es lo que yo también vengo planteando pensando a ver de qué manera uno puede habilitar un espacio como paralelo para estas personas que pueden venir un tiempo.

Entrevistadora: ¿Y qué es lo que hasta ahora se te ocurre diferente para estas personas que tienen un contacto con el hospital más acotado?

Silvana: Yo creo que eso sería lo óptimo ¿sí? si vos me preguntás... que quede como una referencia acá. (...)

... Hablaría de usos del hospital de día. Como alta, ahora charlando con vos, me parece que es una palabra que no va con el hospital de día ¿sí? porque yo creo más que este lugar tiene que *ser usable* para la gente ¿me entendés? En eso, en que hay que encontrar qué es lo que conviene a cada uno, conviene

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

en el sentido de que... porque son personas que es propio de la patología, no hay... hay deterioro del vínculo y hay dificultad para armarlo en otro lado. Y a veces el hecho, de esta llamada por teléfono de Delfina [usuaria], de saber que estamos. Yo creo que es eso lo que ella necesita. Si le pasa algo ella sabe que acá, no sé cómo explicarte, puede venir muy loca y nadie la va a juzgar ¿sí? Por eso te digo, algo del orden, no del alta, del recorrido, del uso que puedan hacer de...

Entrevistadora: Que sea un lugar también para decir estoy bien...

Silvana: Nadie le dijo nunca tenés que llamar para decir que estás bien ¿entendés? Ella llama y dice yo estoy bien, les aviso que estoy bien [risas de ambas], es como que nos puso en ese lugar. (Entrevista a Silvana, psicóloga, 13/02/2019).

Para Lorena, en cambio, no contar con un horizonte de alta posible puede contribuir a sostener una permanencia indefinida de las y los usuarios. En este sentido se escuchó una preocupación en torno a que el hospital de día pueda tender a perpetuar a las y los usuarios:

“Entrevistadora: A los que dejan de venir ¿qué los hace no venir más?

Lorena: Creo que en el mejor de los casos uno se pondría contento si dejaran de venir porque lograron establecer por fuera del ámbito hospitalario... eh... una red, ya sea porque pudieron encontrar otros lugares por donde transitar, ya sea un trabajo, un hobby, amigos, otros espacios nuevos, propios. En esos casos estaría buenísimo que no vengan más. También tendría que haber un alta del hospital de día. Porque sino sería perpetuar la... digamos la asistencia a algo que continua siendo hospitalario ¿no?

Entrevistadora: ¿Los que dejaron de venir no fue porque se han dado altas?

Lorena: No, no. De hecho hay muchos pacientes que siguen viniendo y que podrían dejar de venir, o sea, crear algo por fuera de este lugar (...). Y sin embargo no, siguen viniendo acá y se perpetúan por ahí en el hospital de día. Se me ocurre como ejemplo Margarita. Me contaba su psicóloga que ella le propuso que se permita dejar de circular un poco por acá porque ella podía hacer otras cosas distintas. (...) Y sin embargo ella elige seguir viniendo. Y tampoco se puede juzgar, digamos, es como su elección. Por más que uno piense un alta, bueno, como que hay un punto en que no podés.

Entrevistadora: Y esto es algo que le propuso su psicóloga pero ¿desde el equipo de acá no es que se trabaje en ese sentido?

Lorena: Claro, queda desarticulado.

Entrevistadora: Vos decís que hay usuarios con los que sería una posibilidad pensar un alta ¿Por qué pensás que no se proponen altas desde acá?

Lorena: No sé por qué no se proponen. Cuando empecé pensaba... que tal y tal no dejen de venir, que permanezcan acá. Después con mi compañera de residencia leyendo se nos empezó a abrir un poco la cabeza. En realidad tendría que pensarse un alta del hospital de día. (...). Lo instituido mucho a veces no se cuestiona, a no ser que pase algo externo que te haga cuestionarlo, es como que vos ni te das cuenta de que puede ser de otra manera. (Entrevista a Lorena, psicóloga, 8/1/2019).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Al retomar qué suele hacer el equipo cuando alguien dejó de concurrir pero consideran que podría beneficiarse con la participación en el hospital de día, de la respuesta de Lorena se desprende que ante estas situaciones no cuentan con lineamientos institucionales ni con un seguimiento individual en función de los cuales orientarse para decidir los pasos a seguir:

“Entrevistadora: Y cuando han dejado de venir, en general desde el equipo ¿qué se hace?

Lorena: Depende. Hay algunos pacientes a los que se intenta comunicar. (...) Reinvitarlos, decirles ¿qué pasó que no estuviste viniendo? (...) Bueno, te esperamos otra vez a tal horario. (...). A veces no se llama y ya está, no vino más.

Entrevistadora: Y cuando no se llama ¿hay algo que motiva el no llamado?

Lorena: No. Pasó [lo dice sonriendo]. Creo que eso es porque no hay como un seguimiento individual de cada paciente, de apertura y cierre. Y creo también que esa falta de seguimiento hace que bueno, quizás yo ni me acordé más de ese paciente. Si no hay algo pautado, es como libre, queda librado a que uno del equipo se acuerde de ese paciente y se acuerde que hay que llamarlo. Pero si no pasa eso nos olvidamos y pasó, digamos.” (Entrevista a Lorena, psicóloga, 8/1/2019).

Nuevamente en relación con lo anteriormente planteado, otro desafío lo constituye la dificultad para que ciertas personas jóvenes con padecimiento mental puedan hacer un uso de este espacio según sus momentos subjetivos, necesidades e intereses:

“...Sí, a mí me parece que algo hay que modificar en el hospital de día, a mí me da la sensación, que es lo que siempre vengo diciendo, que necesita como un aire nuevo... para personas más jóvenes. Porque yo he visto en la sala internados personas mucho más jóvenes, entre 20 y 30 años, que por ahí tienen el primero o segundo episodio psicótico (...) Yo creo que ahí hay algo que tenemos que cambiar. No sé para qué lado, no sé cómo, sino ya lo hubiéramos hecho, pero es la idea que me da vueltas, como que esas personas jóvenes no quedan alojadas”. (Entrevista a Silvana, psicóloga, 13/02/2019)

Retomando las palabras de Silvana que dieron inicio a este apartado, el desafío sería cómo incidir en la dinámica de los procesos de trabajo para tornar “usable” el hospital de día también para estas personas jóvenes.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

6.3. Acerca de los efectos del hospital de día en las y los usuarios

Durante la permanencia en el campo se observó cómo algunos usuarios en particular ocupaban posiciones diferenciales en el hospital de día. A uno de ellos era habitual encontrarlo en el pasillo de la entrada o en la oficina del equipo, como una especie de anfitrión y guía para los recién llegados, una figura de apoyo y orientación para sus pares y hasta para el equipo. Este rol de orientación por ejemplo pudo observarse una mañana en la oficina del equipo:

Mientras estoy sola en la oficina del equipo suena dos veces el teléfono. En ambas oportunidades se acerca y atiende Mario rápidamente. Uno de los llamados es para consultar por un hospital de día para retirar penicilina. Mario le explica que debe ser otro hospital de día ya que en éste no dan esa medicación. Le responde que tal vez se trate del hospital municipal. Luego de colgar me dice “por suerte pude ayudarla”.

Las dos oportunidades en que sonó el teléfono Elsa se acerca para atenderlo pero Mario ya lo había atendido. Excepto en esos momentos en los que se acercó, Elsa permaneció el resto del tiempo en la enfermería. (Registro observacional, 18/01/2019).

Varios trabajadores, tanto en las entrevistas como en conversaciones informales, hacen referencia a este usuario como quien se encarga de mostrar el hospital de día, por ejemplo a estudiantes que vienen por primera vez. En una ocasión durante el taller de revista al que concurrían nuevos participantes, y ante la pregunta de uno de ellos acerca de en qué consistía el taller, una de las psicólogas residentes le solicitó a este usuario que explicara a los recién llegados lo que hacían en el taller. El siguiente registro observacional relata lo sucedido:

Lorena le pregunta a uno de los nuevos participantes si le interesaría escribir sobre algún tema y éste responde que antes querría entender cómo es el taller.

Lorena [a Mario]: ¿Querés contarle cómo es el taller?

En ese momento le alcanzan al usuario un número anterior para que vea cómo es la revista.

Mario: [Muy predispuesto y con una sonrisa] Acá traemos escritos, que pueden ser de poesía, relatos, poesía... [su expresión denota que está pensando qué otras opciones hay]. Después tenemos que elegir dos cada uno para el collage del que después sale el número. Hay distintas secciones como basta de pálidas —que son chistes—, salud, espiritualidad...

Lorena: también se pueden traer dibujos...

Diego: [mientras un compañero habla, acota] Puede ser alguna reflexión...

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Investigadora [a Mario]: ¿Y esas secciones son fijas en todos los números?

Mario: Pueden ir variando según los escritos que tengamos para cada número... (Registro observacional. Taller de Revista. 08/10/2018)

A continuación se retoman las palabras de una de las trabajadoras sociales quien se explaya en torno a los lugares que tienen algunos usuarios, como Mario, en la institución. Al destacar el apoyo que significa para la institución, también introduce la importancia de ciertas preguntas que como equipo se plantean para estar atentos a no reproducir, bajo otra forma, un arrasamiento:

“Mariana: Y después bueno, hay muchas personas que tienen distintos... por ejemplo tenemos a Mario, a Víctor, a un montón de usuarios que tienen lugares como más desde la gestión institucional. No sé, Mario es un usuario que es casi como un apoyo, un *co-equiper* en más de una situación. Es un referente para el afuera también, cuando vienen estudiantes, practicantes, él les muestra el lugar, o sea es como casi uno más digamos, ¿no? en el sentido del equipo de la institución.

Entrevistadora: De hecho el haber empezado a observar, es como que él muchas veces está en esta parte de la entrada del hospital de día...

Mariana: Incluso nosotros a veces nos preguntamos, bueno ¿pero él querrá? Porque eso también viste, hay que charlarlo con él, porque capaz que a veces decís, bueno, vinieron los practicantes Mario, andá a mostrarles... y viste capaz que ¿no estaremos arrasando con esto? ¿querrá? ¿no querrá? Retomar eso con él también. Y así con todos, ¿no?” (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018).

En el espacio de la asamblea fue posible observar que otra usuaria también es convocada por el equipo por ejemplo para acompañar a otros usuarios en colectivo a participar de actividades por fuera del hospital de día, como el taller de teatro que forma parte de un proyecto de extensión de la Universidad Nacional del Sur y tiene lugar en un teatro céntrico de la ciudad.

En una entrevista Silvana comenta cómo en una oportunidad desde el hospital de día le ofrecieron a una usuaria ser coordinadora de un taller, dado que tenía un saber adquirido en su trayectoria laboral y personal. Junto a este ofrecimiento la apuesta del equipo consistió en que el recorrido por la institución la ayudara a organizar su cotidiano y a tener otra relación con su tratamiento por salud mental:

“Fue la primera vez que pensamos algo así, en un usuario como coordinador, que lo hicimos hace unos años. (...) A mí lo que me pasó con esa paciente

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

fue que cuando la veía en la internación me parecía que no necesitaba el hospital de día porque tenía todo un circuito armado por afuera, pero a la vez necesitaba algún apoyo, porque además estuvo dos veces seguidas internada.

Entrevistadora: ¿Apoyo en qué sentido?

Silvana: Apoyo necesitaba, te lo diría así: para sostener sus intereses. Porque era una persona que cuando se iba a trabajar dejaba el tratamiento, porque quedaban como opuestos (...). Ella necesitaba ese movimiento: que la medicación no quede opuesta a la vida, porque era opuesta a la vida (...).

Había mil cosas que le complicaban lo cotidiano y desde acá se la podía ayudar, en el aspecto económico, social. Creo que nosotros le funcionamos de eso, siempre digo lo mismo, poder escuchar lo que ella quería y acompañarla en eso". (Entrevista a Silvana, psicóloga, 13/12/2018).

Fueron variadas las situaciones que los entrevistados tomaron como ejemplos para dar cuenta de los efectos del hospital de día en la vida de las y los usuarios. También fue un aspecto que surgió en conversaciones espontáneas con algunos usuarios y en observaciones de espacios como los talleres de pintura y de revista en los que la investigadora participó. Las siguientes notas de campo recogen de lo vivenciado elementos que darían cuenta de algunos efectos de la institución para ciertos usuarios:

El clima era distendido, mientras se daba forma a las obras de cada uno surgían conversaciones entre varios, opiniones acerca de lo que estaban haciendo. Algunos de los hombres participantes se ponían a cantar fragmentos de canciones. En esos intercambios se pudo apreciar cómo la obra de uno de los usuarios anudaba significados en relación con su padecimiento mental:

Oscar: Voy a hacer un gusano, que está en el capullo del que sale la mariposa. El capullo sería cuando estás enfermo, encerrado en la enfermedad, y la mariposa cuando salís de eso, la libertad, el trabajo...

Me muestra el dibujo de lo que va a hacer luego en escultura, que ya la había empezado. (Registro observacional. Taller de Pintura. 2/10/2018).

Héctor: venir acá te despeja. Soy el encargado de huerta. Yo por ahí tengo ganas de pelear y me vengo acá y me pongo con las plantas, o la música, y descargo. Son buenos compañeros. El otro día Horacio [usuario] vino a comer asado a mi casa. (Registro observacional. 13/02/2019).

En las entrevistas las y los trabajadores se expresaron en torno a ciertos efectos ligados a las vicisitudes de las situaciones particulares y de los padecimientos de cada uno, y que consideran se vinculan con el sostenimiento de la concurrencia a la institución:

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

“Entrevistadora: ... ¿Y qué efectos podés ver en la vida y en este padecimiento psíquico? ¿qué efectos tiene el hospital de día para ellos?

Lorena: Creo que tiene efectos positivos, efectos positivos en la relación con los otros, efectos positivos en lo que tiene que ver con el autovalimiento, porque si bien acá no enseñamos a nadie por ejemplo a cocinar, pero sí indirectamente surgen habilidades nuevas en ellos que los ayudan a poder manejarse en su vida cotidiana, no sé, como en poder tomarte un colectivo. Muchos de los que están ahora seguramente cuando salieron del neuropsiquiátrico no sabían tomarse un colectivo. Entonces en algún momento empezaron a hacerlo, y mucho de eso parte de acá mismo, del hospital de día y entre ellos mismos, enseñarse cosas. Cuando alguien tiene un turno en el hospital general, alguien que no sabe ir solo, generalmente están Héctor o Mario que lo acompañan. O el hecho de que acá se pueden traer cuestiones de muchas índoles; no sé, un paciente que tiene una dificultad o tiene un proyecto, no sé, de construirse una casa, de alquilar algo y tiene dudas. Viene, lo charlamos. Están los trabajadores sociales que tienen más conocimiento sobre eso. Podemos escuchar, intentar, averiguar. Eso amplía el conocimiento de cada paciente, amplía lo que... digamos la percepción sobre sí mismos de que pueden hacer cosas, de que están acompañados para tomar decisiones que quizás solos no podrían tomarlas o no sabrían cómo hacerlo. Creo que se da muchísimo eso del apoyo digamos, que tenés atrás un equipo que te apoya, que no estás solo. Los que se han mudado a la ONG, eso también es todo un cambio, todo un proceso que se apoya desde acá, obviamente junto a los profesionales que tratan al paciente que se va a mudar. Pero acá es todo el tiempo llamar al acompañante terapéutico, a las de la ONG, a la psiquiatra, reunirnos, hablar.” (Entrevista a Lorena, psicóloga, 8/1/2019)

“También nos ha pasado con sujetos que, con pacientes, usuarios, que vienen sin un lugar específicamente para el hospital de día, y en las admisiones no terminamos de encontrar bien qué van a hacer en hospital de día, pero pescamos que hay algo que le puede llegar a venir bien, a futuro. Y con el tiempo termina pasando o que alguno se queda como encargado del comedor, (...) me acuerdo el caso de Abel (...) durante dos años funcionó como el encargado de los desayunos. (...) De no saber hablar, de no saber decir nada, de no saber qué hacer, encontró como un lugar de que nos terminó cagando a pedos (*sic*) a todos diciéndonos ‘no te olvides del desayuno, no te olvides que nos falta pan con manteca, no te olvides que tal come con mermelada’. (...) Y cuando se fue, los demás preguntaban ‘¿y qué vamos a hacer ahora con el desayuno que no está Abel? Era un chico que no sabía ni hablar, o sea sabía hablar, claramente, pero no podía comunicarse... entonces cuando pasan esas cosas eh... bueno, ahí uno encuentra que es como lo que uno pretendería para el total de las (...) intervenciones y que a veces no se da... pero bueno”. (Entrevista a Miguel, trabajador social, 6/11/2018).

Los registros presentados muestran una diversidad de efectos que promueve la oferta del hospital de día y en los que se destacan el alivio frente al padecimiento subjetivo, la

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

producción de lazos afectivos y de amistad, el apoyo entre pares, la posibilidad de encontrar o construir lugares propios y singulares, de fortalecer la autonomía y el autovalimiento, de desarrollar habilidades personales, de llevar adelante proyectos, entre otras posibilidades. No obstante se reitera que para profundizar en las particularidades de estos efectos sería preciso incluir las perspectivas de las personas usuarias, lo que ameritaría un estudio en profundidad que las delimite en su objeto de estudio, cuestión que excede los alcances de la presente investigación.

6.4 El hospital de día como lugar de referencia

Más allá de los distintos saberes, miradas y posicionamientos disciplinares, y tal como se ha planteado hasta aquí, las y los trabajadores destacan la estabilidad de los vínculos que se construyen en la institución y el valor para las y los usuarios de contar con el hospital de día como un lugar de referencia:

“Nadia: Acá algunos hace 20 años que participan en hospital de día. Que eso parece contradictorio pero bueno, es otra cosa que les sirve a ellos (...).

Entrevistadora: ¿Por qué para vos alguien viene durante 20 años por ejemplo?

Nadia: Porque creo que tiene que ver con... por la historia de ese paciente, de los lazos que creó durante la internación. Siguen viniendo acá y siguen encontrándose con esas personas. Muchos son amigos... o sea, se sigue manteniendo ese lazo, que creo que es algo que es... fundamental para la estabilización.” (Entrevista a Nadia, psicóloga, 27/12/2018).

“Miguel: Cuando empezamos a elaborar eso de que mirá, la gente se va, pero cuando aparece la pensión, la falta de medicación, una restricción de derecho en términos de acceso a algún lugar, al primer lugar que vienen es acá. Y no al psiquiatra, no al consultorio externo, y no. Entonces hay algo de la alternativa a lo manicomial o al encierro, a lo manicomial digo en sus dimensiones de falta de acceso, que seguimos operando como espacio de referencia para el otro ¿no? Porque me vino a ver cuando se quedó sin... qué sé yo, Santiago, la semana pasada, hacía un año que no lo veía. Me vino a ver porque necesitaba un papel para el hijo que se embarcó y porque se quedaba sin... ¿cuál es la que toma él...eh...?

Entrevistadora: ¿Para la rigidez?

Miguel: Sí, no sé si no era el akineton ¿eh?, no me acuerdo. Pero claro, él dice ‘me viene la *vegetalidad*’, y le quedaban 10 [pastillas], no es que le habían faltado, pero él ya se empezó a angustiar porque le viene la vegetalidad.

Entrevistadora: ¿La qué?

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Miguel: La vegetalidad.

Entrevistadora: ¿Y qué es eso?

Miguel: Y, es un compendio de síntomas que él experimenta que se convierte en planta cuando queda rígido por el haloperidol y queda *plantificado* dice él.” (Entrevista a Miguel, trabajador social, 6/11/2018).

El lugar de referencia del hospital de día también se visualizó por ejemplo en la conversación espontánea con Oscar, uno de los usuarios, tal como se recupera en el siguiente registro observacional:

Oscar le cuenta a la tallerista de pintura que presentó lo que escribió en un concurso de Codimat [empresa que comercializa materiales para la construcción] en el que equipan la biblioteca que el ganador del concurso elija.

Oscar: Yo elegí la de acá.

Investigadora: ¿La del barrio?

Oscar: No, la de acá, la del hospital de día. (Registro observacional 2/10/18. Taller de pintura).

Este mismo usuario en los inicios de la investigación frecuentemente se acercaba a la investigadora para hablarle de distintos aspectos de su vida. En una de esas conversaciones espontáneas situó el lugar que ha tenido en su historia personal el vínculo con el hospital de día y cómo ha llegado a ser para él un lugar de referencia que lo ha sostenido en momentos de gran sufrimiento:

Oscar: A mí venir acá me sacó adelante. Yo estaba deprimido, perdido en el alcohol. En el 2004 empecé a venir, desde ese año que no tomo más alcohol. Cuando empecé a venir estaban Silvana y Miguel... Desde que estoy acá saqué adelante como a seis-siete personas. Yo les hablo y les hablo, les machaco la cabeza... (Registro observacional, 19/10/2018)

Fue posible presenciar intercambios telefónicos de una de las psicólogas con dos mujeres que habían sido usuarias y que llamaron espontáneamente para hablar con ella: una para pedir orientación frente a una problemática de padecimiento mental de su hija; otra para comentarle cómo seguía su vida y avisarle que andaba muy bien. Otro día se observó que una usuaria, quien en ese tiempo no tenía una concurrencia habitual al hospital de día, se presentó porque días atrás había fallecido uno de sus progenitores y quería hablar con una psicóloga. Esa mañana la había recibido el jefe de la institución, quien la escuchó en un primer momento

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

dado que aún las psicólogas no habían llegado. Estas situaciones e intercambios muestran cómo, más allá de que estas usuarias ya no concurren habitualmente a la institución, ésta continúa funcionando para ellas como un lugar de referencia con el que pueden contactarse tanto en momentos en los que atraviesan dificultades como cuando se sienten bien. Al retomar estas situaciones en las entrevistas, se destaca el valor de la permanencia del equipo y del vínculo construido con éste para que estas personas puedan recurrir al hospital de día frente a las vicisitudes de sus vidas.

De varios registros observacionales es posible extraer que el hospital de día resulta un espacio de referencia, de construcción y sostenimiento de vínculos. Se presenciaron situaciones en las que los intercambios mostraban la importancia del registro y cuidado del otro en las relaciones cotidianas entre las y los usuarios, lo que también era objeto de reflexión y hasta de asombro por parte del equipo. En este sentido, en conversaciones espontáneas se escuchó a uno de los trabajadores destacar con sorpresa cómo un usuario, quien se mostraba generalmente aislado y silente, despertaba en ciertos compañeros acciones solidarias y de cuidado:

Miguel: es muy interesante lo que se ha generado con Orlando en los compañeros... que vengan y Rita te diga ¿tenés zapatillas 42? Si llegan a tener te encargo, son para Orlando. Otro viene y te dice algo que le preocupa de Orlando... hasta ahora no había nadie que les generara eso... (Registro observacional, 19/10/2018).

En otra ocasión también resurgió en conversaciones espontáneas del equipo el lugar de este usuario en la institución, quien concurre frecuentemente y se lo suele ver solitario, fumando o haciendo diversos pedidos de dinero, cigarrillos, etc. Además habitualmente entra y sale varias veces por día de la institución, muchas veces para dirigirse a la agencia de lotería, y a los trabajadores les resulta difícil encontrar qué lo motiva a concurrir. Al respecto dos miembros del equipo en una de las reuniones expresan:

Silvana: Los invito, a todos [enfática] a pensar en qué se puede enganchar Orlando... con otros ha pasado que después de mucho tiempo, encontraron algo, alguna actividad. Para algunos es servir la comida... hay que ver, estar atentos.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Miguel: [con tono de humor] Que levante quiniela [los presentes se ríen]... Es increíble la solidaridad que ha generado en el grupo. (Registro observacional, 29/10/2018).

Fue posible presenciar situaciones que muestran estas dimensiones de lazo social y de cuidado que se construyen y vivencian en la institución. Por ejemplo, la centralidad de la construcción de vínculos y del cuidado del otro pudo apreciarse en una ocasión en la que Horacio se acercó espontáneamente a la oficina del equipo a expresar su preocupación por el modo en que algunos usuarios trataban a su compañero Mario, encargado de servir la comida. En el siguiente registro observacional se visualiza cómo el equipo es interpelado a trabajar en esta dimensión vincular:

12.15 hs. En la oficina del equipo está Miguel frente a la computadora. Se acerca Horacio y le dice:

Horacio: Miguel, hay que hacer algo porque a Mario lo apuran, le dicen cosas cuando sirve la comida, que se apure. Diego lo trata mal, y él [Mario] no dice nada, viste que no tiene carácter. Manuel le pidió que no le ponga arroz y le ponga dos hamburguesas. Otro le pidió lo mismo pero él dijo que no porque sino no le alcanza. Tiene que ser equitativo, parejo para todos. Que no lo pasen por encima.

Miguel: Viste que Mario fue elegido para que sirva la comida, pero bueno, el jueves hacemos una asamblea y lo que sí sería importante es que estés para que lo plantees. (Registro observacional 12/02/2019).

Posteriormente pudo apreciarse la coherencia en el devenir de esta intervención, dado que tres días después se convocó a una asamblea en el patio en la que Horacio pudo compartir su preocupación por esta situación. En esta puesta en común se observó que Silvana y Miguel tuvieron un lugar mediador y apelaron a la responsabilización por las propias decisiones:

10:45 hs. Miguel va a convocar a los usuarios para que participen de la asamblea. En conversaciones previas en la oficina se lamenta que no esté Horacio porque “él iba a tirar la piedra”, pero deciden hacerla igual para que no transcurra más tiempo.

Viene Héctor a la oficina y nos avisa que vayamos a la asamblea.

Ya en el patio, reunidos los usuarios y trabajadores alrededor de la mesa que está bajo el árbol, Miguel le da la palabra a Héctor.

“Héctor: quiero hablar de la comida, que los que tienen que quedarse a lavar los platos se queden.

Silvana: esto es histórico, ya no sabemos qué hacer.

Miguel: sabemos que son tiempos difíciles para comer, pero saben que el que viene al hospital de día a comer es porque también participa de los talleres. No se viene sólo a comer. Vea cada uno qué está haciendo.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Silvana: con Miguel hablamos de que la comida se sirve para todos por igual cada día. Si hay hamburguesa con arroz se sirve a todos lo mismo. Si después alguien le quiere cambiar o dar al compañero lo hace.

Miguel: a Mario hay que darle su tiempo para servir.

Silvana: cuando se lo eligió, ustedes estuvieron de acuerdo, porque él es muy justo (...).

Héctor: esta es, para mí, mi casa. Somos compañeros, muy unidos. (...).

Héctor también solicita que colaboren en limpiar los baños y propone que las mujeres limpien el de ellas y los varones el de ellos.

Horacio llega un tiempo después y permanece parado un tanto alejado de la mesa. Luego toma la palabra:

Horacio: no voy a dar nombres pero vengo viendo que a Mario lo apuran cuando sirve la comida, le dicen cosas, no lo tratan bien.

Miguel: si alguien se tiene que ir porque tiene un turno o algo que hacer lo dice, pero déjelo a Mario servir tranquilo.” (Registro observacional, 15/02/2019).

6.5. Relaciones con otras áreas del servicio de Salud Mental

En este estudio se decidió profundizar en las relaciones con otras áreas del servicio de Salud Mental del que el hospital de día depende, dado que generalmente las y los usuarios del hospital de día empiezan a concurrir a partir de alguna derivación desde áreas del servicio como la sala de internación o los consultorios externos.

Algunos profesionales del hospital de día se explayaron en torno a ciertas tensiones con el servicio de Salud Mental. Una de estas tensiones se funda en el seguimiento psiquiátrico de las y los usuarios por consultorios externos, ya que varios tienen su seguimiento a través de un “grupo de pacientes estables” al que se los cita cada tres meses en los consultorios externos del servicio de Salud Mental. Este grupo es coordinado por los residentes de primer año y su denominación anterior era “grupo de crónicos”. Incluso Andrés, residente de psiquiatría, al referirse a este grupo en la entrevista lo llamó de este modo y comentó:

“Es un dispositivo que se hizo... hay pacientes que están muy estables, entonces se hacen controles... pero no es más que eso, cada tres meses. Y los pacientes están cómodos con eso también (...). Entonces el grupo se hizo como para que también, el grupo entre los pacientes que están cronificados, que tienen esto que te digo de esa hipobulia, esa cosa de no querer/poder contactarse mucho, que es parte de la enfermedad. En el grupo lo que se intenta es que busquen interactuar entre ellos.(...) Muchos de los pacientes

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

que están en el grupo vienen acá.” (Entrevista a Andrés, médico, 21/01/2019).

Las diferencias en cuanto a cómo ven este grupo algunos trabajadores del hospital de día se escucharon en conversaciones espontáneas en la oficina del equipo. Allí en una oportunidad Miguel lo califica como “el grupo de la desobjetivación”. En otra ocasión les comenta en estos términos a los residentes lo que piensa del origen y los efectos de este grupo:

“Miguel: Ese grupo de estables es terrible. Terrible [acentúa] cómo nació, como grupo de crónicos, por más que ahora le cambien el nombre. ¡¿A quién se le ocurre juntar a todos para repartir recetas y ahorrar tiempo?! A este hospital nomás. No es un grupo donde se escuche y se trabaje a partir de lo que va diciendo cada uno, por más que ustedes [dirigiéndose a los residentes que coordinan ese grupo] ahora quieran hacer otra cosa”. (Registro observacional, 22/10/2018).

En otra oportunidad, al hablar sobre una situación con personal policial que había vivenciado un usuario, Orlando, Miguel pregunta a los presentes en la oficina del equipo quién es el psiquiatra de Orlando. Nadia le contesta que él “va al grupo de estables” (Registro observacional, 14/02/2019), a lo que Miguel reacciona negando con la cabeza, con expresión de disconformidad.

Otra de las tensiones identificadas y vinculada con la anterior son los continuos cambios de psiquiatras que tienen las y los usuarios, coincidentes con los cambios de residentes (porque pasan de año en la residencia). Al respecto se escuchó que estos cambios muchas veces se producen de un momento a otro, lo que ocasiona desconcierto e inquietud en las y los usuarios. Así lo expresa Leticia:

“Ante la cronicidad del padecimiento, les cambian de psiquiatra y ni les avisan, y el sujeto tiene que adaptarse a eso, también a los cambios de turnos. (...) Burocracias que dificultan el acceso.” (Entrevista a Leticia, trabajadora social, 04/12/2018).

En una conversación espontánea con Marta, una usuaria, acerca de su experiencia y su relación con su psiquiatra, pudieron escucharse elementos que dan cuenta de la persistencia de una lógica de control e infantilización de las personas con padecimiento mental:

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

“Marta: Dejé la medicación varias veces, las últimas dos veces que la dejé salí sola. El médico [quien la atiende por consultorio externo] se dio cuenta porque no había ido a retirarla de la farmacia [dice sonriendo], y me dijo ‘le voy a decir a Miguel [trabajador social del hospital de día] que se fije que tomes la medicación’. Miguel no tiene nada que ver...” (Registro observacional, 12/02/2019).

En este fragmento puede encontrarse que Marta localiza y destaca en sus términos algunas diferencias entre la intervención de su médico y las que se proponen en el hospital de día.

Otro rasgo de la mencionada lógica de control e infantilización pudo advertirse en las palabras de otra usuaria, Rosa, quien preguntó en una asamblea si viajar a Mar del Plata “es una obligación”, a lo que una psicóloga le responde que no, que nada es obligatorio. La usuaria agregó “porque a mí la psiquiatra me dijo que después de comer tengo que dormir la siesta, que es obligatorio” (Registro observacional, 20/09/2018).

Con respecto a las relaciones con el equipo de la sala de internación, algunas profesionales hicieron hincapié en sus diferencias con el hospital de día en cuanto a qué se espera de las personas usuarias y a los modos de relacionarse con éstas:

“Entrevistadora: ¿Cómo ves la relación entre el hospital de día y la sala de internación de salud mental?

Leticia: allá se escucha lo de la adherencia al tratamiento, hay una culpabilización, se escucha el ¿pero por qué no vino? (...)

Acá se relacionan a un equipo más amigable. [Nombre de usuaria] viene, demanda. En la sala es vení vos a hablar conmigo. Acá está la posibilidad de encontrarse con el otro de otra manera, hay más cercanía.” (Entrevista a Leticia, trabajadora social, 04/12/2018).

Una de las trabajadoras con quien más se profundizó en las relaciones con el servicio de Salud Mental fue Mariana, quien percibe dificultades en las articulaciones entre el hospital de día y otras áreas del servicio, como el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) o la sala de internación:

“... es como que el hospital de día es un lugar como que está aislado del Hospital Penna. Y para mí sería interesante que haya más articulación, y no solamente cuando un paciente nos convoca, ¿no? que hablamos con el

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

psiquiatra o el psicólogo, sino como más articulación como servicio.
(Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018).

Al indagar por qué considera que esta articulación es dificultosa, Mariana conjetura que esto se relaciona con los distintos posicionamientos epistemológicos, ideológicos y políticos de los equipos:

“...No la hay claramente porque hay diferencias ideológicas que estarían, creo, bastante marcadas, al menos en lo implícito están... y bueno, también por una hegemonía que hay en el servicio, para mí que es más del lado de la psiquiatría que genera que las cosas sean como ellos quieren y que se sostengan más prácticas como a la modalidad de ellos, digamos.

Entrevistadora: ¿Y cuáles de esas prácticas ustedes no las comparten o les generan mayor cuestionamiento?

Mariana: Para mí es como un paradigma de abordaje diferente directamente el que tenemos. O sea es epistemológicamente diferente, entendemos al sujeto diferente, desde el punto de vista de que para mí muchas veces se trabaja con un sujeto fragmentado y por ahí un poco el aporte (...) del trabajo social, la diferencia que yo veo en cómo entendemos el sujeto nosotros y cómo lo entiende alguien de la psiquiatría es esto: lo ven como una cosa, más como un reducto a la cuestión psicopatológica o la medicación. Y bueno ahí también se suma la subordinación que a veces hay en los roles, ¿no? como que el psiquiatra puede digitar y definir toda una intervención según lo que ellos quieren y no escuchan. O sea, como que no hay perspectiva de otra disciplina para ellos. Al menos esa es mi experiencia”. (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018)

En este sentido la entrevistada reconoce que la modalidad de abordaje que se propone desde el hospital de día se ubica en tensión con la que predomina en otras áreas del servicio de Salud Mental:

“Entonces es como que en el hospital de día es un lugar en el que se logró armar otro modo de abordaje también legitimado, que no queda solamente en lo individual, porque queda en el equipo, en los usuarios, en la institución. Y creo que también encarna mucho eso el hospital de día, como una contramanera de intervención institucional, con forma de institución, diferente a la del servicio.” (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018).

En relación con lo anterior, el modo como entienden el trabajo del hospital de día algunos profesionales de otras áreas del servicio se manifiesta por ejemplo en el tono de algunas derivaciones que dejan ver una subestimación de lo que aquel puede ofrecer. No

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

obstante Mariana destaca que el equipo del hospital de día cuenta con una flexibilidad que les permite trabajar a pesar de esas diferencias en los enfoques:

“Hemos recibido derivaciones entrecomillo del estilo ‘bueno, que vaya a hacer cualquier *cosita* al hospital de día y después vemos’. Y resulta que bueno, ese paciente ahora se está por ir a Mar del Plata. O sea, como que se pudo hacer todo un trabajo y hubo un enganche como... ya estamos acostumbrados, creo yo, a lidiar con esos recortes de la otra disciplina que casi nunca tienen que ver con el recorte propio, (...) creo que está también la flexibilidad para poder trabajar con otro...” (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018).

Siguiendo con las diferencias epistemológicas entre el hospital de día y otras áreas del servicio, Mariana también se expone en torno a los distintos modos de ver al sujeto de atención:

“... cómo entendemos al sujeto en el hospital de día, o sea un sujeto que puede tener síntomas, que puede delirar, cómo trabajamos la cuestión de la locura, esto de la vida a pesar de los síntomas. Entendemos que por ahí un síntoma puede generar alguna molestia, o alguna forma de padecimiento en la vida cotidiana de un sujeto, pero que ese límite lo pone cada sujeto. O sea ese límite o esa representación o esa manera de llevar un padecimiento, justamente es muy subjetiva, o sea, esto es un poco lo que plantea Carballeda de la salud mental. Y bueno, ahí ya tenemos una diferencia porque cuando va al psiquiatra, un usuario a hablar con el psiquiatra, es el psiquiatra el que determina cómo es ese padecimiento y cómo ha de ser tratado, y la medicación (...). (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018).

En línea con los distintos posicionamientos ya señalados, tanto Mariana como Miguel destacan la fragmentación del sujeto cuando este ingresa a la sala de internación, producto de que no se trabaja de modo articulado con lo que puede aportar el hospital de día en relación a la vida cotidiana de ese sujeto:

“Serían como instancias o deberían ser súper complementarias a lo que es el abordaje en la situación de crisis aguda... y cuesta esa complementación. Es como que bueno, si el paciente ingresa con alguna descompensación, empieza su vida en la sala y termina cuando se va de alta en la sala digamos, después no hay como una articulación (...). A veces lo hemos logrado y a veces no, por ahí dar esta otra perspectiva de la vida cotidiana, con un montón de datos que por ahí los profesionales de la sala no los tienen, y bueno... pero cuesta, cuesta aunar criterios ahí.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

(...) No hay como una recuperación o un intento de recuperación de lo anterior, de lo previo, de la vida cotidiana, o de otras lecturas, de otras perspectivas”. (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018).

“Entrevistadora: ¿Cuánto de lo que se hace en el hospital de día, en el cotidiano, cuánto de eso se conoce en el servicio?

Miguel: Yo creo que para los residentes que pasan por acá, se conoce, y punto. A nivel de las jefaturas, absolutamente invisibilizado. Absolutamente. (...) Comparto el mismo lugar de invisibilización que comparten muchísimas otras instituciones o situaciones de la sociedad. O sea, yo creo que está invisibilizado lo que les pasa a los sujetos afuera del hospital. Entonces, en ese punto, no es con el hospital de día el asunto, es con lo que pasa con la vida de las personas por fuera de la internación. El hospital sabe lo que pasa en la internación, y lo que pasó los días previos y lo que pasa los días después del alta. Y ahí se acaba el interés de la estructura hospitalaria. Entonces, compartimos el lugar de desinterés con un montón de cosas: con lo laboral, con los derechos, con lo económico, con lo familiar. (Entrevista a Miguel, trabajador social, 12/12/2018).

No obstante Mariana considera en ocasiones es posible lograr otra relación entre ambos equipos gracias a que Silvana también trabaja en la sala de internación. Pero, en consonancia con lo descrito Miguel, esta articulación no forma parte de una estrategia decidida desde la gestión del servicio:

“Por ahí ahora que está Silvana en el hospital de día y en la sala se logra un poco más esa articulación porque bueno, porque es una misma persona básicamente, pero no por una estrategia deliberada, digamos. Y pasan esas cosas viste, como que a veces hay cambios pero que surgen por cuestiones no políticas, no deliberadas, no institucionales. Por esto, porque la misma psicóloga está en la sala y en el hospital de día, porque ella lo tiene en su bagaje y por eso lo puede hacer, pero no es una bajada de línea del servicio ¿me entendés?, a eso voy. Y lo mismo por ahí en el trabajo con otros dispositivos que a veces queda por ahí librado a la buena onda que tenés con otro”. (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018)

Al indagar acerca de las relaciones con otras áreas del servicio de Salud Mental, Andrés, residente de psiquiatría, también reconoce que los contactos con el hospital de día se dan a partir de las decisiones de ciertos profesionales quienes, desde los consultorios externos o la sala de internación, consideran oportuno ofertar y eventualmente acompañar a las y los usuarios a este espacio:

“Entrevistadora: ¿Cómo ves la relación con las otras áreas del servicio?

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Andrés: Lo veo como un dispositivo al cual desde internación y desde consultorios —algunos profesionales más, algunos menos—, pero se lo tiene en cuenta. (...) Yo noto que las chicas de segundo año [de la residencia] incentivan a un montón de pacientes a venir. Hacen el nexo, acompañan acá a los chicos para que conozcan. En ese sentido está muy bueno cómo se manejan. (...) Cada profesional, no hay protocolo.

Entrevistadora: Una vez que ya el paciente empezó a circular por acá ¿cómo se da ese ida y vuelta?

Andrés: No hay mucho ida y vuelta, por lo que yo veo, que conozco. Si el paciente viene acá y se adapta, y tenemos la suerte de que empieza a venir, no es que hay mucha retroalimentación. Por ejemplo un psiquiatra y una psicóloga le dan el alta, empieza a venir, no es que se le avisa otra vez al equipo [de la sala]. Se le puede comentar sigue yendo, sigue viniendo. Hay una retroalimentación informal si querés, pero no un seguimiento así estricto del paciente que vino al hospital de día.” (Entrevista a Andrés, médico, 21/01/2019)

Elsa, quien trabajó durante unos años tanto en el hospital de día como en la sala de internación, al comparar ambas áreas expone algunas características de la sala que muestran rasgos de encierro y control y que contrastan con las posibilidades que ofrece el hospital de día:

“Allá no tenés (...) un patio, que ellos puedan salir a tomar aire. (...) Siempre rezongamos por ese tema, porque solamente salen cuando los sacamos nosotras a fumar. (...) Todo paciente psiquiátrico necesitaría un patio, un lugar donde poder salir, caminar, dentro de su internación. (Entrevista a Elsa, enfermera, 05/11/2018).

Lo hasta aquí presentado posibilita caracterizar las relaciones del hospital de día con otras áreas del servicio de Salud Mental como relaciones de tensión y subordinación que se vinculan con los rasgos de marginalidad y precariedad del hospital de día ya apuntados. El modo de concebir a las y los usuarios y la modalidad de abordaje que el hospital de día ha construido en su interior no son compartidos por varios actores de las otras áreas ni por la conducción del servicio. Estas tensiones y diferencias inciden en la producción de cuidado que realiza este servicio, dado que se pueden traducir en prácticas que están desconectadas entre sí y que fragmentan a los mismos sujetos de atención. Las articulaciones que se logran promover entre el equipo del hospital de día y otras áreas del servicio se producen en función de contactos personales con algunos profesionales en particular, quienes están posicionados en lugares estratégicos como la sala de internación o los consultorios externos del servicio.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

6.6. Relaciones con otras instituciones y sectores

En el trabajo de campo se indagaron también las relaciones del hospital de día con otras instituciones de salud como las unidades sanitarias municipales, correspondientes al primer nivel de atención. A partir de las observaciones se identificó el escaso contacto con estas instituciones en el trabajo cotidiano. Por ejemplo en una oportunidad se conversó en la reunión de equipo acerca de una persona a la que una trabajadora social del hospital le había sugerido participar en el hospital de día. Dicha persona realizaba un tratamiento psicológico en una unidad sanitaria y recientemente había consultado por la guardia por sugerencia de su psicóloga tratante. Al considerar en la reunión la posibilidad de hacerle una admisión al hospital de día, el equipo decidió que primero la evalúe la psiquiatra del hospital y en función de lo que pudiese despejar a nivel diagnóstico luego le ofrecerían una entrevista de admisión. Fue llamativo que en la reunión en ningún momento dijeran que se hablaría con la psicóloga de la unidad sanitaria y sólo preguntaran su nombre. La trabajadora social que había propuesto que esta persona concurriera al hospital de día, en la entrevista planteará su desacuerdo con que aún se recurra primero a la evaluación psiquiátrica como paso previo a la admisión, lo que considera manifestación de una hegemonía médica y una subalternización de las demás disciplinas, que estas mismas sostienen.

Al indagar en la entrevista con Mariana, ésta comenta cómo han sido a partir de su experiencia las articulaciones con el primer nivel de atención:

“Yo creo que lo que pasa, no sé, esto es algo muy personal, capaz, pero es como que está todo tan por construirse con las unidades sanitarias, la articulación, o... no me gusta caer en la típica no hay recursos ¿no? pero es como que está todo por construirse, eso es lo que yo siento en relación al trabajo con unidades sanitarias. Para mí es súper interesante, y de hecho hemos tenido experiencias con operadores, pacientes que venían al hospital de día y que también la unidad sanitaria o algún operador o enfermero le llevaba la medicación y tratábamos de tener un abordaje en conjunto, pero son... se caen, se caen las estrategias.

Entrevistadora: ¿Y por qué pensás que se caen? ¿Cuál es tu lectura de eso?

Mariana: Creo que un poco por varias cosas, o sea, un poco por estas rivalidades más políticas que por ahí hay entre municipio y provincia, o sea, no olvidemos que hay como una representación que dice que el padecimiento severo se atiende en el Penna o la psicosis en el Penna, y las neurosis o los padecimientos más tranquis en unidades sanitarias. Vah, o yo recupero ese discurso ¿no? que he escuchado varias veces. Bueno, creo que

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

todavía no está instalado como el paradigma de la complejidad está en la comunidad y la verdadera complejidad está en la comunidad, ¿no?” (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018).

La entrevistada señala cómo frente a diversas cuestiones de salud la circulación de las y los usuarios se reduce mayormente al hospital, circulación que es sostenida y fomentada por el propio equipo del hospital día:

“Mariana: (...) somos conscientes de que no está bueno que el psiquiatra sea el *dueño* de la salud de la persona. No está bueno eso. Pero a veces también es el que te da por ahí respuesta más rápida. O bueno, te da una interconsulta con Cardiología en el Penna ¿entendés? Incluso a veces pasa que ingresan a la guardia y los pacientes que tienen un nivel como de cronicidad, ya sea en su padecimiento o de modo institucional, porque también existe la cronicidad institucional. Por ejemplo, vos hablás de [menciona a dos usuarias], bueno todos los que ya conocés, y entran a la guardia, yo he estado ahí, y como éste [va] a salud mental, por nombre o por cara, ¿no? No los ve otro...” (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018).

En cuanto a posibles relaciones con otras instituciones o espacios comunitarios, tanto Lorena como Andrés no logran imaginar con cuáles se podría vincular el hospital de día, ni qué objetivos tendrían estas relaciones o qué podría aportar el trabajo interinstitucional a la producción de cuidado:

“Andrés: No se me ocurriría con qué otra institución de salud por ahí digamos interactuar desde el hospital de día. Se me ocurre no instituciones pero por ahí programas dentro del Penna por ejemplo el programa PREA que podría estar más en contacto con el hospital de día, porque los usuarios son más o menos compatibles (se ríe) con la gente que viene acá. Mucha gente de los PREA que está en su hogar y no sale a hacer muchas cosas. Se podría hablar con este programa, se hacen asambleas juntos, hacen talleres de vez en cuando. Pero bueno, ya te digo, pertenece al Penna ¿no? Pero por fuera, algo así con otra institución sinceramente no... seguramente han tenido experiencia de eso, por ahí con alguna escuela, seguramente han tenido experiencias así. No desde que estoy yo.(...)”

Entrevistadora: ¿Tampoco notás que ellos circulen por otras instituciones de salud?

Andrés: Tal cual, ellos no circulan por otra institución [silencio].

Entrevistadora: ¿Y en esto encontrás que haya algo a modificar?

Andrés: Sí, pensando... sí, se podría hacer. Para que haya más gente, que haya más contacto entre los pacientes que compartan sus cosas. Pero con respecto a otros espacios comunitarios, a otras instituciones, que circulen así... no se me ocurre. No lo veo muy... sinceramente no... por ahora no se me ocurre nada.” (Entrevista a Andrés, médico, 21/01/2019).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

“Entrevistadora: ¿Qué dificultades ves? Decís que hay un aspecto flojo, algo endogámico ¿Qué encontrás que está flojo?

Lorena: Lo pienso que debería ser, pienso deberíamos tener relación pero no sé con quién. (...) No se me ocurre el por qué debería ser de esa manera. No sé en Bahía Blanca con qué nos podemos relacionar, por ejemplo, o en beneficio de qué. (...) Siempre que sea una propuesta interesante va a ser beneficioso, digamos. Este contacto con las profesoras que empezaron a venir, que fue algo externo, fue beneficioso.

Mientras conversamos se asoma Mario y pregunta:

Mario: ¿Va a haber grupo de reflexión hoy?

Lorena: [le responde] No, porque nadie quiso. Yo los invité pero estaban muy cómodos tomando mate afuera.

[Luego de que se retira Mario retoma la respuesta]

Lorena: Seguramente sea bueno establecer más lazos con el exterior, pero me falta ahí un poco de pensar para qué, cómo, con quién. No lo he pensado mucho... (Entrevista a Lorena, psicóloga, 16/01/2019).

Nadia también reconoce que algunos rasgos del modo de trabajo del hospital de día reproducen cierto aislamiento y escasa comunicación con otras instituciones con las que se podrían vincular pero no lo hacen:

“Tal vez nosotros podríamos haber hecho algo, o con otros pacientes podríamos hacer cosas para conectarlos con otras instituciones, o con otros lugares, para que puedan desarrollarse en otras actividades.

Entrevistadora: ¿Por qué pensás que eso no se ha dado?

Nadia: Creo que por trabajar en una forma aislada o no estar en contacto con otras... instituciones de salud mental. Por ejemplo con el hospital Municipal no hay un contacto... fluido, o sea entre... ellos tienen muchos dispositivos, talleres que tienen que ver con la rehabilitación y... y nosotros no sabemos qué hacen o qué actividades realizan.

(...) Eso también tiene que ver con la historia de... bueno, de los hospitales, de los referentes. Y bueno, nosotras tampoco... creo que tiene que ver con eso que te decía de la *inercia*. Nosotras podríamos cuestionar eso, hacer algo diferente, y seguimos manteniendo la misma forma de trabajo, y no lo hacemos. (Entrevista a Nadia, psicóloga, 27/12/2018).

La inercia que cobra relieve en las palabras de Nadia da cuenta de un funcionamiento instituido difícil de cuestionar o modificar. Además, si se tiene en cuenta su lugar como residente de primer año, puede pensarse que también esta posición incidirá a la hora del cuestionamiento de ciertas prácticas.

Las principales relaciones intersectoriales identificadas durante el trabajo de campo fueron con la Curaduría Oficial, con la ONG que tiene a cargo casas de convivencia, con la

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Mesa de Salud Mental del Honorable Concejo Deliberante y con espacios educativos como Educación Primaria de Adultos y la Universidad Nacional del Sur, esta última a través de proyectos de extensión universitaria.

En los intercambios cotidianos se visualizó cómo la Curaduría (como suelen llamarla los miembros del equipo) suele ejercer un rol asociado al control y la tutela de las y los usuarios: por ejemplo un usuario expresaba en una conversación con un trabajador del hospital de día, refiriéndose a su relación con Curaduría: “quiero hacer las cosas bien, así me dejan vivir solo”. En otra situación pudo escucharse a otro usuario que volvía de la Curaduría, comentar con alegría “me dijeron que este mes *me van a dar* \$1000 más, ¡por suerte!... está difícil. ¡El kilo de pan está a \$100!”.

En una conversación espontánea con otro usuario, Oscar, en la que éste cuenta que vive junto a cuatro compañeras/os más en una casa de convivencia de la ONG, se identifica una vez más el modo en que en las relaciones de las y los usuarios con la Curaduría Oficial, ésta es ubicada como agente de control y supervisión:

Oscar: Si fuese por mí me iría pero mis hijos no quieren que viva solo porque me las puedo mandar, caer deprimido. (...) En casa cocina [nombre de compañera], hace magia con la comida, le queda riquísima.

Investigadora: ¿Los demás hacen otras tareas?

Oscar: Yo limpio la pieza. Los platos se los lava cada uno. Las ollas las lavamos también. La casa siempre está limpia. Tiene que estar limpia porque pueden venir de la Curaduría (...). (Registro observacional, 19/10/2018).

Frente a cómo suelen ser mirados e interpelados las y los usuarios por esta institución, si se retoma lo expuesto acerca de los procesos de trabajo del equipo del hospital de día puede decirse que la posición de la mayoría de los integrantes de este equipo se sitúa en una apelación al sujeto y sus intereses. Esto se vio por ejemplo cuando Miguel en una conversación espontánea con una usuaria le comentó acerca de la posibilidad de que viva en otro hogar y le preguntó: “¿Te gustaría ese hogar? ¿Lo conocés?”. A continuación agregó:

Ahí es una casa donde viven solas 4 a 6 personas. (...) Se encargan de hacerse la comida, de limpiar, van a la Cooperativa con la lista de cosas (...). Tienen cada uno la llave de la casa y entran y salen cuando quieren. (Registro observacional, 01/10/2018).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

En su discurso apuntaba a reconducir a la usuaria al propio deseo al proponerle: “primero andá un día así conocés el lugar, ves si te gusta. Mirá si hacemos la movida (*sic*) y después no te gusta... ¿vos qué querés hacer?” (Registro observacional, 01/10/2018). Estos fragmentos recuperan la importancia de la apuesta al sujeto, el lugar amigable desde el que Miguel dialoga con la usuaria y el trabajo para el acceso a derechos a partir de una alternativa habitacional que potencie los niveles de autonomía de la usuaria. Durante esta conversación una de las enfermeras que estaba allí presente escucha pero no interviene o sólo responde con alguna palabra suelta o una sonrisa, actitudes que se relacionan con lo ya señalado acerca del lugar de enfermería en la institución.

Otra articulación intersectorial es la realizada con Educación Primaria de Adultos. Al indagar en una conversación espontánea con el jefe del hospital de día acerca de cómo surgió el espacio de alfabetización coordinado por docentes que dependen de esta rama de Educación, Miguel comenta:

“Miguel: Hace unos años ellas pasaban por acá y vieron que salían personas del hospital de día, entonces entraron. (...) Se entusiasmaron con venir, pero en ese momento no pudieron. Una de ellas ahora es directora y reactivó el proyecto, así que empezaron. Dijeron a nosotros ya nos pagan, y podemos elegir un lugar para ir dos días. Es muy personalizado, y se divierten [las y los usuarios], se entretienen.” (Registro observacional, 01/10/2018).

Asimismo, y como ya se mencionó en apartados anteriores, el hospital de día se vincula con la Universidad Nacional del Sur a partir de proyectos de extensión de Radio y Teatro. En ambos las personas usuarias son invitadas a participar y circular por los espacios de la ciudad en los que se llevan a cabo estos proyectos: un teatro céntrico y la radio de la Universidad Nacional del Sur. Al respecto algunas trabajadoras destacan la diferencia que supone contar con estas ofertas:

“No es lo mismo hacer teatro acá por ejemplo, que estar en un escenario (...) Poder ir a ocupar esos espacios donde lo que se hace es donde debería hacerse: una estación de radio, un teatro, lo que fuera”. (Entrevista a Leticia, trabajadora social, 10/01/2019).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Silvana comentó que las talleristas previamente presentaron la propuesta de teatro en la asamblea del hospital de día y añadió cómo se pensó construir el espacio para que puedan participar a partir de las potencialidades, intereses o preferencias de cada uno/a:

“...Pensamos que el primer encuentro sea mate... surgió de algo en cocina entre clase y clase...Y a veces les cuesta apropiarse del espacio, por eso pensamos que se pueda armar el taller junto con ellos, ir amalgamando, no llevar algo ya armado.

Entrevistadora: ¿Y cuáles han sido los efectos?

Silvana: El efecto que tuvo fue que, por ejemplo, ahora se me vienen a la cabeza dos de las personas que estaban ahí (...). Amalia dijo que sabía maquillar y Margarita sabe coser. Entonces, que ellas fueran y participaran de ese espacio de esa manera, porque una obra de teatro tiene algo de vestuario y tiene algo de maquillaje. Y como ellas decían que no iban a teatro porque no sabían... porque no se animaban a actuar, entonces a mí me pareció que fueran a eso, primero ahí, ¿no? andá, tomate un mate, mirá qué onda, y fijate. Y bueno, por ejemplo ellas, se pudieron insertar así. Y también estoy pensando esto: que hay otras maneras, que puede haber gente que sople el libreto, no sé cómo funciona [lo dice sonriendo].” (Entrevista a Silvana, psicóloga, 17/12/2018)

También se pudieron escuchar y visualizar relaciones y ciertos rasgos del trabajo con una ONG que gestiona casas de convivencia para personas con padecimiento mental. En una de las primeras conversaciones con una de las enfermeras ésta comenta espontáneamente:

“Hay una mala onda de afuera con el hospital de día. Las de la ONG les dicen a los que viven en los hogares que no vengán al hospital de día porque acá retroceden. (...) A Julieta también le dicen que no venga, pero ella dice que le gusta y viene. ¿Por qué no escuchan a los pacientes, digo yo?” (Luisa, enfermera. Registro observacional, 12/10/2018)

Nadia señala que el equipo del hospital de día tiende a trabajar en conjunto con los hogares de la ONG “con las encargadas de la ONG suelen comunicarse telefónicamente o reuniones (...) ellas están en contacto... cuando detectan algo de un paciente” (Entrevista a Nadia, psicóloga, 27/12/2018). La misma entrevistada apunta que, en cambio, la comunicación con los encargados de los otros hogares se realiza ante algunas situaciones puntuales, pero que no se establecen diálogos frecuentes. Mariana y Miguel, por su parte, plantearon que hubo un periodo en que se reunían cada 15 días con las referentes de la ONG

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

junto a un psicólogo municipal con la finalidad de ofrecer un apoyo técnico, pero que esta modalidad no se mantuvo luego de la renuncia de éste último:

“Mariana: Con la ONG se dejó de hacer eso cuando se fue Matías [psicólogo de Secretaría de Salud Municipal]... lo asocio a ese hecho, digamos, no sé... (...)

Entrevistadora: ¿Era siempre en conjunto entre Municipio y Penna?

Mariana: Claro, (...) y es como que cuando se fue él, se dejó de hacer. Igual re trabajamos con las chicas [de la ONG], nos llaman permanentemente, pero bueno, no nos juntamos más con ellas cada 15 (...).”(Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018)”

“Miguel: Justo ayer nos planteábamos con Silvi, deberíamos retomar ese espacio de acompañar esto ¿no? Pero a la vez es una tarea que tenemos que legitimar nosotros porque institucionalmente no está legitimada. (...) Hay que retomar ese acompañamiento y ese espacio de encuentro para encuadrar por lo menos las situaciones que son derivadas o en las que solicitamos alojamiento desde el hospital de día como intervenciones. (...) En relación a lo que tiene que ver con lo terapéutico, lo terapéutico de lo general en la psicosis, en una cuestión estructural, o lo terapéutico en relación al manejo institucional de ciertos padecimientos, digamos. Eso está para aportarlo con cualquier paciente, lo conozcamos o no, digamos: qué derechos tiene, qué cosas hay que pueden exigirse o no, en qué cosas es conveniente esperar, ser paciente, hacer una consulta.” (Entrevista a Miguel, trabajador social, 12/12/2018).

En correspondencia con lo planteado en apartados anteriores, varias entrevistadas encuentran dificultades por parte del equipo del hospital de día para trabajar por fuera del espacio de la institución. En este sentido una de las trabajadoras sociales señala que “el desafío por ahí lo más interesante es salir más de la institución, que a veces nos cuesta bastante” (Entrevista a Mariana, 16/11/2018). Otra entrevistada, al indagar sobre las circulaciones por fuera del hospital de día ubica también obstáculos para su sostenimiento:

“Sí por ahí lo que se intenta es abrir la posibilidad de qué sé yo, promover o incentivar la circulación por otros espacios, pero no sé si acompañamos mucho como institución eso.

Entrevistadora: ¿Cómo cuáles?

Leticia: Y no sé, pienso por ejemplo el último tiempo que, pero también, dependió pura y exclusivamente de voluntades individuales de un grupo de personas. Las maestras que vienen a hacer el taller de alfabetización escolar acá, (...) que desde su trabajo surgió la posibilidad de hacer una visita

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

guiada a la Biblioteca Rivadavia [situada en el centro de la ciudad³⁹], o al museo o a no sé qué otro lugar. Pero así, vinieron, lo pudieron articular y van y lo hacen. Y la gente se re prende. Pero no es una cuestión que esté estructurada orgánicamente. (...)

Entrevistadora: ¿Y la propuesta desde los profesionales?

Leticia: Mirá... me parece como que nos retiene la atención otras cosas. Las instituciones suelen tener esa cuestión que es muy negativa de siempre estar centrados en lo que acontece ahí, digamos. A veces se piensan ferias, se piensa ir a algún festival. Pero tiene que surgir, tiene que estar la oferta de otro lado o pensada desde alguna institución o espacio y nosotros acoplarnos por ejemplo. (...) No es que se nos ocurrió un día y decir che, podríamos ir. Y hay una cuestión que es que no sé si podemos pensar cosas por fuera de nuestro horario laboral y por fuera de nuestra circulación institucional como profesionales y como equipo, digamos. (...). Siempre todo es, o porque hay una feria que plantea el CPA o porque hay un seminario que plantea la Secretaría de Salud [municipal] o porque hay una Mesa que plantea esto, la Mesa de Salud Mental, y así. Me parece que es una de las cosas que por ahí fallamos como institución, esto de estar esperando a la oferta o de última ver si se les ocurre a ellos y unirnos a esas cosas también. Por eso te digo que como seres sociales encarnamos ciertas habilitaciones y reproducimos ciertos espacios de habilitación o de circulación para ciertos sujetos.” (Entrevista a Leticia, trabajadora social, 20/12/2018).

Otras entrevistadas también identificaron obstáculos en las articulaciones extrahospitalarias en los procesos de trabajo:

“Entrevistadora: ¿Cómo ves las relaciones del hospital de día con otras instituciones de acá de la zona o de Bahía [Blanca]?”

Lorena: [Silencio] Bueno, se me ocurre... Me cuesta un poco pensar, digamos, en esto. Quizás sea porque está un poco flojo el contacto con instituciones externas. Es como medio *endogámico* con el hospital Penna, la relación con eso y... estoy pensando en la relación que hay con la radio de la Universidad, por ejemplo, ese contacto se hizo, no sé cómo empezó, pero bueno (...). Fui una vez y me encantó. No se me ocurre mucho más. La relación que hay con el CPA por ejemplo, de algunos pacientes que hacen tratamiento ahí o van a la escuela ahí.” (Entrevista a Lorena, psicóloga, 16/01/2019).

“... Nosotros participamos de la Mesa⁴⁰, cada 15 nos reuníamos con la ONG (...). Hemos ido a escuelas, a hacer murales, a hacer... y es como cada vez que salís es como bueno, como si sentís que tenés que dar una explicación;

³⁹ Se trata de una importante institución cultural de la ciudad que en el año 2008 fue designada Monumento Histórico Nacional y Patrimonio Cultural de la Nación. (Disponible en: <http://www.abrbp.org.ar/historia/>)

⁴⁰ La entrevistada hace referencia a la Mesa de Salud Mental que se reúne mensualmente en el marco del Honorable Concejo Deliberante del Municipio de Bahía Blanca y del que participan referentes de instituciones de salud, judiciales, ONGs, entre otras organizaciones.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

como que hay una lógica también del trabajo en salud como muy hospitalocéntrica...”. (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018).

“Entrevistadora: ¿Para vos qué favorecería que ellos circulen por otros espacios?

Nadia: (...) Tal vez por los estigmas o prejuicios que ellos cargan, que ellos mismos creen, tal vez, puede ser que se limiten o no se planteen la posibilidad de hacer otras actividades. O sea por el mismo sistema y la misma sociedad... O sea, la Ley de Salud Mental nueva plantea que el paciente debe rehabilitarse en la comunidad, y creo que también la comunidad debe recibir a los pacientes y debe darles un lugar. Bueno eso, todavía, si bien está planteado en la ley, en la realidad hay prejuicios, y se sigue considerando al loco como peligroso, no se le da el lugar que debería tener...

Entrevistadora: Lo ubicás desde los usuarios y desde la comunidad...

Nadia: Sí, y también desde el equipo... que tal vez no les estamos brindando las herramientas que a ellos les permitan poder insertarse en la sociedad o en otras actividades. Por ejemplo un paciente hace poco, uno de estos chicos jóvenes, empezó en el taller de música y dejó de venir porque empezó otra actividad por fuera del hospital de día. (...) Y lo consiguió solo o a través de su familia, y nosotros no participamos de eso. Tal vez nosotros podríamos haber hecho algo, o con otros pacientes podríamos hacer cosas para conectarlos con otras instituciones, o con otros lugares, para que puedan desarrollarse en otras actividades.” (Entrevista a Nadia, psicóloga, 27/12/2018).

En el trabajo de campo se pudieron presenciar algunos intercambios con referentes de la Curaduría Oficial y de la ONG que cuenta con casas de convivencia tras una situación conflictiva con una usuaria, Perla. Se presenciaron momentos de tensión entre algunos profesionales del hospital de día y referentes de estas instituciones. El siguiente registro observacional expone lo vivenciado una mañana en la oficina del equipo:

“Miguel: Las de la ONG están con que son las responsables y no es así, si le pasa algo caemos todo el equipo, no ellas solas... pero se mandan solas, en vez de juntarnos a ver cómo lo resolvemos. Y la Curaduría se cree que puede decidir por su cuenta sacar a [la usuaria] de un hogar y llevarla a otro, pero estas son cuestiones terapéuticas.

Miguel comenta que va a llamar a una referente de la ONG. Al comunicarse le pregunta si estuvieron en Curaduría y le propone ir a hablar juntos estas cosas. También indaga sobre qué manifiestan los compañeros de convivencia de la usuaria. Dice que ellos viven [fallido] vienen todos los días acá y no se quejan de ella...

Una vez finalizada la conversación telefónica le pregunto a Miguel sobre lo conversado. Con tono enfático, recapitula algunas tensiones y diferencias con los modos de trabajo de los referentes de la Curaduría y la ONG, al tiempo que expone su propio posicionamiento al respecto:

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Miguel: [nombre de la referente de la ONG] dice que fue a Curaduría y les dijo yo necesito esto y esto... A ver... vos no necesitás nada, la que necesita es Perla. Pero ella [nombre de la referente de la ONG] va a pedirle 25 millones de horas de acompañante terapéutico y eso no existe. Además la acompañante terapéutica va y se toma un café con Perla un sábado y listo. Eso no es un acompañamiento terapéutico. Habíamos hablado de que trabaje el autovalimiento con ella, de que se lave la ropa, se pueda cocinar, pero no hace nada de esto con la acompañante terapéutica. Y va [la referente de la ONG] y le saca como 20 fotos a la ropa, la pieza, y se las manda a la trabajadora social de Curaduría... Y esto de que... actúan como el psiquiatra que no quiere que cruce la calle porque la puede pisar un auto y va a ser su responsabilidad.” (Registro observacional, 22/10/2018).

Este registro recupera la propuesta de trabajo intersectorial que ofrece el equipo del hospital de día a la ONG y a la Curaduría Oficial, a pesar de sus diferencias en los modos de entender y abordar a la persona con padecimiento mental. También muestra lo que Silvana señaló como rasgo del equipo del hospital de día, al que denominó como un “estar a disposición”.

La importancia de trabajar de modo intersectorial desde el aporte de la dimensión terapéutica ya señalada fue observada en otra reunión a la que se convocó a una trabajadora social de la Curaduría Oficial y a una nueva acompañante terapéutica para esta usuaria, con el objetivo de orientar el modo de trabajo de esta última:

“Silvana (psicóloga): (...) en el hogar asistido no tenía llave de la casa con la posibilidad de entrar y salir a la hora que quisieran, acá sí (...). La idea es acompañarla en cosas concretas como esas, que va a ser durante un tiempo hasta que ella logre incorporarlas y después no va a ser necesario hacerlas con la ayuda de la acompañante terapéutica.

Acompañante terapéutica: Entonces en este primer tiempo ¿trabajaría al interior del hogar, de su casa?

Silvana: Sería bueno ir mechando (*sic*) esto del cotidiano, de las tareas domésticas, con otras actividades más subjetivantes. Que no quede la acompañante terapéutica sólo ligada a lo doméstico, que puedan hacer salidas a partir de lo que a [nombre de la usuaria] le interesa. (...) Un día salir a comprarse ropa... como una amiga. Durante el tiempo que vivía con su familiar ella no disponía de dinero, cada vez que quería algo tenía que pedirle dinero. Ahora que dispone de algo de dinero que pueda comprarse por ejemplo zapatos, los que a ella le gusten.

Trabajadora social de la Curaduría Oficial: ¿Y les parece que vaya una hora por día?

Silvana: Que pueda distribuir las horas según las actividades de cada día... por ejemplo si salen a comprar ropa les va a llevar más tiempo, ¡a mí una hora no me alcanza! [lo dice sonriendo].

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Miguel: ella tiene amigas. A veces nos pide el teléfono para hablar con amigas. Por ahí la llama a una y le dice voy hoy a las 3, ella se maneja con eso.

Acompañante Terapéutica: Ah ¡qué bueno que tiene amigas!

Silvana: hay una amiga que le corta el pelo. Proponerle que un día que le corta le lleve una docena de facturas, o hacerle un pequeño presente. Esas cosas que por ahí ella sola no se da cuenta. A lo de las amigas va sola. En eso que siga así. Puede ser que la acompañes en alguna actividad que le guste, alguna actividad cultural.

En este momento otros de los presentes acotan qué actividades han escuchado que le interesan a esta usuaria. Silvana comenta que la conoce desde el año 2005.

Miguel: Otra cosa que es importante es cómo ella toma lo que le dicen. Un médico hace poco le dijo que estaba con peso de más y tenía que caminar, y ella salió a caminar sin poder parar.

Silvana: Literal. Salió y caminó y caminó, en una infinitización. Por eso, cómo acompañarla a que si salimos a caminar sean por ejemplo 10 cuadras de ida y 10 de vuelta (...). (Registro observacional, 31/10/2018).

En este recorte se puede visualizar el rol del equipo del hospital de día como articulador de una estrategia terapéutica que tenga en cuenta la historia de la usuaria, su padecimiento mental, su recorrido por la institución, sus lazos sociales, sus gustos personales, entre otros aspectos subjetivos considerados relevantes. Se observó la preocupación del equipo por orientar la labor de la acompañante terapéutica, no sólo en pos de propiciar mayores niveles de autonomía sino también para favorecer el lazo social y respetar la singularidad de la usuaria.

La dimensión terapéutica del trabajo del hospital de día se pudo apreciar en otra oportunidad en que la misma psicóloga, Silvana, comenta que se reunieron con la trabajadora social y la referente de la ONG a cargo de la casa de convivencia para trabajar sobre algunas dificultades con la misma usuaria:

“Silvana: No están diciendo que se vaya de la casa de la ONG... dijeron que ellos [los de la Curaduría] no se iban a meter con lo terapéutico, que eso lo trabajamos nosotros... Pero varios vecinos se estuvieron quejando de Perla, así que nosotros propusimos reunirnos con ellos para trabajar eso, comentarles que nosotros la acompañamos... va a ser difícil, pero es un trabajo que tenemos que intentar...”

En otro momento Silvana agrega:

Por eso ellas [las referentes de la ONG] hablan de los perfiles, dicen que las ayudemos con los perfiles... aunque no compartamos eso hay que escucharlas. Ellas a los vecinos les responden con lo que pueden. Hay que ayudarlas a que las respuestas sean más amigables. Ellas van armando los

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

grupos de las casas en función de si la sintomatología está más presente o no, por ejemplo los que viven cerca del centro son los que menos síntomas tienen...” (Registro observacional, 29/10/2018).

Esta propuesta de reunión con los vecinos de la casa de convivencia al momento de la finalización del trabajo de campo aún no se había concretado.

Al hablar de la dimensión terapéutica varios trabajadores enuncian la idea de lo singular o la singularidad de cada uno como norte de las intervenciones. Silvana plantea en estos términos la importancia de que en el trabajo con otras instituciones no se pierda de vista esta dimensión —que a veces se pierde— y sus fundamentos:

“Silvana: lo que siempre planteo yo es el lineamiento terapéutico, y es otra cosa que también últimamente hemos ido a hablar con Miguel a la Curaduría: el hospital de día es un espacio terapéutico. (...) Si me gasto (*sic*) en hacer una entrevista para encontrar algo de lo singular para que la persona circule de otra manera por la vida, eso es terapéutico. No es que están acá para entretenerse. (...) Por qué es importante que Orlando se siente a tomar mate con otros, o en su momento Abel. Por qué eso es terapéutico para Orlando y no es terapéutico para... no sé, Rosa ¿entendés? Lo pueden hacer en otro lado ¿se entiende? (...) Por qué insistimos en esas cosas, y a veces se pierde eso, que es... el espacio *es* terapéutico, y hay que recordar a veces eso ¿sí? Yo creo que todas las intervenciones que tienen que salir de acá son terapéuticas, y tienen que ser entendidas así. No porque a mí se me ocurre o es caprichoso ¿sí? Capaz que si yo digo tal cosa (...) entonces le digo a la señora de la ONG fijate, por ahora, no le tiñas el pelo a Mariana, eso no parte de mi capricho, sino de toda una lectura que hicimos atrás —que hicimos todos porque no la hice sola ¿entendés?— que la charlamos con el equipo; que claro, uno no transmite todo eso, uno transmite una conclusión. Lo podés transmitir en ´mirá, estuvimos charlando, pensamos, por esto, por esto y por esto...´. Bueno, eso se pierde a veces.” (Entrevista a Silvana, psicóloga, 13/12/2018).

De lo anterior cobra relieve el enfoque y posicionamiento desde el cual el equipo del hospital de día dialoga con otras instituciones y organizaciones, a partir de un proceso de deliberación y lectura de las situaciones que procura poner en primer plano la dimensión terapéutica en la producción de cuidado.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

6.7. Discusión. Relaciones entre las representaciones y prácticas de las/os trabajadoras/es en la producción de cuidado en el hospital de día

6.7.1. Micropolítica y producción de cuidado

“El perfil del cuidado que se produce se define a nivel de la micropolítica del proceso de trabajo, es decir, en el actuar cotidiano de cada trabajador de salud, en las relaciones que establece con los otros trabajadores, con los usuarios, con el arsenal tecnológico que utiliza.”
(Merhy y Franco 2016, p. 109).

Esta investigación se centra en las acciones de los trabajadores del hospital de día y en lo que éstos dicen, piensan y sienten acerca de lo que hacen, elementos que dan cuenta de aquel pensamiento práctico que se compone de interpretaciones acerca de la realidad y que está permeado por afectos (Jodelet 1986, Spink 1993). Por lo que a continuación se pondrán en diálogo los resultados con aquellos referenciales teóricos que se consideran pertinentes para comprender cómo se relacionan las representaciones y prácticas de los trabajadores con la producción de cuidado que propicia el hospital de día.

Durante las observaciones se pudieron apreciar variados intercambios y reuniones entre trabajadores sociales y psicólogas cuando era necesario discutir y decidir acciones en torno a algunas/os usuarias/os en particular, en los que se comentaban, planificaban y definían actividades que luego se llevaban a cabo. Estos encuentros se aproximan a lo que plantea Onocko Campos acerca de la interdisciplinariedad como aquello que “es posible haciendo y no solamente pensando. Otra actividad en la que el hacer es constitutivo y que requiere de un lugar y de un tiempo” (Onocko Campos 2008, p. 118).

En el trabajo de campo no fue frecuente visualizar procesos de análisis de las propias prácticas y sus efectos, lo que se asemeja a lo señalado por Paulon *et al* (2011) quienes hallaron que varios equipos de los CAPS no se dan espacios en sus reuniones para analizar sus procesos de trabajo y sus resultados. No obstante de las entrevistas se desprende que estos análisis han tenido lugar por ejemplo en espacios de supervisión grupales con psicoanalistas externos, los que posibilitaron reflexionar e introducir ciertas modificaciones en las prácticas o legitimar algunas acciones que el equipo ya había empezado a realizar. Se pudo escuchar que en estas

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

supervisiones los profesionales pudieron interrogar, analizar y modificar algunos aspectos de sus procesos de trabajo en el sentido de una mayor apertura y flexibilidad en los planos de la clínica y la gestión. Cabe destacar que dichos espacios de supervisión fueron agenciados por los propios trabajadores del hospital de día, pero no forman parte de una política ni de una estrategia de formación y/o evaluación gestionada y sostenida desde el servicio de Salud Mental o el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Las características observadas en las reuniones de equipo del hospital de día en cuanto a sus dinámicas y usos del tiempo se diferencian de lo encontrado por Paulon *et al.* (2011), quienes hallaron una burocratización de las reuniones de equipo, excesivamente adheridas a pautas secuenciales pero al mismo tiempo siempre incapaces de cumplirlas y de las que los profesionales frecuentemente se quejaban por su baja productividad. Sí se encuentran coincidencias con los autores en lo que refiere a los esfuerzos del equipo para socializar sus intercambios y a ciertas dificultades para administrar el tiempo. Por su parte Paulon *et al.* (2011) observaron que uno de los puntos críticos de estas reuniones era la discusión de casos, aspecto que puede asemejarse a lo observado en el hospital de día en cuanto a la centralidad de los procesos de trabajo sólo en torno a ciertos usuarios:

Aunque algunos equipos garantizan el espacio para la discusión de casos, la sobrecarga de tareas cotidianas no permite que sean abordados suficientemente. Así, eligen asuntos administrativos en detrimento de la discusión de casos, excepto los que tienen carácter de urgencia. El pedido de mayor tiempo aparece con el sentido de cualificar los momentos en que existe la discusión acerca de los modos de plantear el recorrido clínico, y parece hablar del deseo de construcción de abordajes colectivos para el enfrentamiento de las demandas cotidianas que llegan a los CAPS (Paulon *et al.* 2011, p. 112).⁴¹

En las representaciones y prácticas de psicólogas y trabajadores sociales del equipo del hospital de día se identifica un referencial teórico psicoanalítico que sustenta la clínica e incluso ciertos aspectos la gestión. Éste se caracteriza por una escucha atenta a los sujetos

⁴¹ Embora algumas equipes garantam o espaço para discussão dos casos, a sobrecarga de tarefas cotidianas não permite que sejam abordados suficientemente. Assim, elegem assuntos administrativos em detrimento da discussão de casos, exceto em caráter de urgência. O pedido de maior tempo aparece no sentido de qualificar os momentos em que existe a discussão de modos de traçar o percurso clínico, e parece falar do desejo de construção de abordagens coletivas para o enfrentamento das demandas cotidianas que chegam aos CAPS. (Paulon *et al.* 2011, p. 112). Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

para advertir rasgos de singularidad en sus dichos, pero también en lo que no se dice sino que se puede captar en ciertos gestos, posturas o recorridos por la institución. En este sentido gran parte de las tareas cotidianas se definen y organizan en función de una escucha —a veces más activa, otras más demorada— de las vicisitudes y situaciones de los usuarios que procura atender a esta singularidad. Situaciones que incluyen tanto las variadas manifestaciones del padecimiento subjetivo como aspectos vinculares, de acceso a derechos sociales, entre otras posibilidades. El valor capital de la escucha fue resaltado tanto por trabajadores sociales, enfermeras y psicólogas, si bien con diversos matices que pueden estar ligados a sus posicionamientos personales, disciplinares y a sus recorridos institucionales. Incluso al recibir a una nueva enfermera al equipo la importancia de la escucha fue lo primordial que se le intentó transmitir acerca de su función en la institución.

Merhy concibe a la clínica como “un proceso y un espacio de producción de relaciones e intervenciones que se da de un modo compartido, y en el cual hay un juego entre necesidades y modos tecnológicos de actuar” (Merhy 2016, p.66). En el hospital de día el trabajo de campo posibilitó advertir la centralidad de las tecnologías blandas o leves en los procesos de trabajo, las que se valen de la escucha, el diálogo, la construcción de vínculos (Merhy 2006) y el alojamiento de las variadas formas que puede asumir el sufrimiento. Por ejemplo Mariana hizo hincapié en que el intercambio cotidiano y sostenido en el tiempo con las y los usuarios promueve que continuamente surjan cuestiones que se abren y que se retomarán *a posteriori* en las estrategias de intervención. También varias/os entrevistadas/os resaltaron las intervenciones e iniciativas originadas a partir del encuentro y la escucha a las propuestas de ciertas/os usuarias/os, que supusieron modificaciones en las prácticas del equipo y algunas de las cuales pudieron observarse como la escritura de su libro por parte de una usuaria o la apertura del salón de ventas por dos usuarios.

Se pudo apreciar que el eje de las intervenciones del hospital de día es el sujeto desde “una ética de encuentro con el otro”, lo que fue destacado entre otros por Silvana al sostener que el enfoque terapéutico del hospital de día se orienta a rescatar el “derecho a la subjetividad del paciente” (Entrevista a Silvana, psicóloga, 11/01/2019). De lo que se desprende la relevancia de los encuentros para orientar los procesos de trabajo cotidianos, encuentros en los que se privilegia la dimensión dialógica desde una apertura y un genuino interés en escuchar al otro (Ayres 2018). Siguiendo a Ayres (2009), la acción asistencial

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

adquiere el carácter de Cuidado cuando el/la profesional de la salud no puede prescindir de la escucha de lo que el/la otro/a desea como modo de vida y cómo, para alcanzar ese fin, puede aprovechar los distintos recursos disponibles. Para el autor la importancia del cuidar en las prácticas sanitarias se sitúa entonces en el desarrollo de actitudes y espacios de auténtico encuentro intersubjetivo, de ejercicio de la sabiduría práctica para la salud, apoyado en la tecnología, pero sin que la acción en salud se reduzca a ella. En este sentido, el significado y las finalidades del cuidar se sostienen en un movimiento incesante en el que las intervenciones parten de un diálogo que dará lugar a un análisis de la relación entre fines y medios y su significado práctico para cada usuario/a (Ayes 2009).

Lo anterior también puede relacionarse con la idea de buen encuentro que Seixas *et al.* (2016) recuperan de la lectura deleuziana de Spinoza, en tanto el buen encuentro supone un trabajo vivo en acto que produce un “encuentro de posibilidades”, en el que las tecnologías blandas son fundamentales y guían el uso de otras tecnologías y en el que la interferencia entre usuario y trabajador es mutua (Seixas *et al.* 2016). Este buen encuentro, entonces, supone reconocer la alteridad del otro y enriquecer la propia práctica a partir de ésta, por lo que se articula con la propuesta de integralidad en la producción de cuidado planteada por los autores en la medida en que:

La integralidad de la práctica que produce cuidado se vincula entonces con el reconocimiento de lo diferente y singular del otro en su forma de vivir, de pensar, de estar en el mundo, de desear como productor de vida y de otros saberes. Se trata de dejarse afectar por el encuentro para construir, juntos, las estrategias cuidadoras que, desde esta perspectiva, serán integrales. Se trata de poner la centralidad de las prácticas de cuidado en las demandas y necesidades de las personas y de los colectivos para desde allí resignificar modos instituidos como, por ejemplo, la clínica. (Seixas *et al.* 2016, p.120).

De las observaciones e intercambios cotidianos se puede extraer que el hospital de día resulta un espacio de referencia, de construcción y sostenimiento de vínculos. Más allá de los distintos saberes, miradas y posicionamientos disciplinares, las y los trabajadores destacan la estabilidad de los vínculos y el valor de contar con un lugar de referencia al que se puede recurrir cuando sea necesario. Para la mayoría del las y los entrevistados estas características serían los principales motivos por los que las personas usuarias sostendrían la concurrencia y sus lazos con la institución. Incluso en la escucha de algunas expresiones de ciertos usuarios pudo reconocerse la relevancia de este lazo, por ejemplo cuando en una asamblea Héctor

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

afirmó “esta es para mí mi casa. Somos compañeros, muy unidos” (Registro observacional, 15/02/2019) o cuando Oscar comentó a la investigadora “a mí venir acá me sacó adelante...” (Registro observacional, 19/10/2018).

Merhy destaca la relevancia de aquellos procesos productivos en salud que suceden en el espacio relacional trabajador-usuario y que solo se realizan a partir de la acción entre los sujetos que se encuentran, en acto. Se trata de procesos comandados “por tecnologías leves que permiten producir relaciones y cuyos productos son, por ejemplo, la construcción o no de acogimiento, vínculos y responsabilizaciones, juegos transferenciales, entre otros”. (Merhy 2016, pp.156-157). Pero aclara que este es un espacio de continuas tensiones y disputas en las que se juegan intentos de capturas por diversas lógicas sociales que pretenden darle forma de acuerdo a sus intereses. (Merhy 2016).

De los resultados presentados es posible desprender que en este hospital de día el predominio de las tecnologías blandas está articulado con tecnologías blanda-duras aportadas principalmente por el referencial psicoanalítico de orientación lacaniana, por el enfoque de derechos planteado por la Ley Nacional de Salud Mental y por la perspectiva de la rehabilitación psicosocial ya mencionada.

En cuanto al enfoque de derechos presente en la legislación nacional, éste se reconoce por ejemplo en la representación del riesgo como cuestión de salud, y sobre todo se pudo percibir cómo desde el equipo del hospital de día se abordan distintas dimensiones de la vida de los usuarios en las que el derecho a la salud se ve atravesado y condicionado por el acceso a otros derechos como a la alimentación, a una vivienda, a vivir en la comunidad, entre otros.

El predominio del enfoque psicoanalítico se aprecia en que la mayoría de las psicólogas y los trabajadores sociales reconocieron que sus prácticas se guían por concepciones acerca del sujeto, el lazo social, la singularidad, el interés y el deseo en juego para cada uno, enmarcadas en una lectura psicoanalítica de orientación principalmente lacaniana. Este enfoque puede vincularse con lo ya apuntado acerca del contexto histórico argentino, la fuerte tradición psicoanalítica de sus servicios de salud mental –con un amplio número de psicoanalistas en los hospitales públicos y centros de salud– y la influencia del psicoanálisis en diversos aspectos de la cultura general (Mantilla 2015). Tal como se mencionó en el recorte del problema, tanto Mantilla (2015) como Carpintero y Vainer (2005) han destacado dos aspectos de la construcción socio-histórica del campo de la salud mental en

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Argentina: por un lado la importancia que ha adquirido la perspectiva psicoanalítica en los servicios de salud mental y su continua interlocución con otros saberes y disciplinas; y por otro la expansión y diversificación de los dispositivos de intervención en salud mental, que provocó el surgimiento de hospitales de día, equipos de salud mental en hospitales generales, centros de salud mental, servicios comunitarios, entre otros. En los procesos de trabajo del hospital de día estudiados se encuentran características que coinciden con lo apuntado por estos autores tales como la orientación psicoanalítica de las intervenciones, los diálogos con otros saberes, disciplinas y sectores, el interés por ampliar los dispositivos y espacios de intervención por ejemplo a través de la apertura de un espacio cultural o de iniciativas de emprendimientos laborales, entre otros. En este sentido se puede sostener que los procesos socio-históricos de conformación del campo de la salud mental en Argentina condicionan las orientaciones profesionales y las prácticas actuales como las del hospital de día, lo que contribuye a comprender que éstas no son un producto de meras elecciones individuales o locales, sino que se inscriben y entran en las condiciones de posibilidad que estos procesos habilitan y/o promueven.

Silvana dirá que como equipo comparten una visión del sujeto “como alguien que no es un discapacitado, que puede decidir, que en todo caso tiene algunas cuestiones como tenemos otras ¿sí? en la que necesita más o menos acompañamiento”. Luego agregará, con tono de humor, que el hospital de día no es un “jardín maternal” imagen en la que se apoya para tomar distancia de concepciones infantilizadoras, discapacitantes o pedagogizantes del sujeto con padecimiento mental “como alguien que no puede, que no sabe, que tiene que aprender” (Entrevista a Silvana, psicóloga, 11/01/2019). Esta visión de las y los sujetos obliga al equipo a posicionarse en contraposición a aquellas figuras caras al modelo médico hegemónico (Menéndez 1990) en las que los profesionales se presentan como los únicos “detentores del saber” (Entrevista a Silvana, psicóloga, 11/01/2019). Nuevamente la apuesta al predominio de las tecnologías blandas se escucha cuando comenta “en última instancia es algo que surge ahí en el diálogo”. Es posible sostener entonces que lo que surge a partir del encuentro y el diálogo con el otro serán aspectos de su singularidad en su modo de andar la vida, la que se procurará colocar en primer plano al pensar las estrategias de intervención dirigidas a disminuir el sufrimiento y/o favorecer el acceso a derechos.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Figuieró y Dimenstein (2010) plantean que las concepciones clínicas y la gestión de los servicios podrán potenciar u obstruir los movimientos de los usuarios. Estos planteos pueden articularse con los aportes de Guattari y Rolnik (2006), quienes sostienen que la subjetividad capitalística se ocupa de cooptar los procesos de singularización bajo referencias instituidas, a través de prácticas y explicaciones que apuntan a capturar lo más singular para incluirlo en algo ya pensado y llegar a dominarlo. Pero también advierten que las luchas en este plano de la economía subjetiva podrán dar lugar a posibilidades de desviación y rupturas ante estos modos de captura (Guattari y Rolnik 2006).

En cuanto al tipo y modo de funcionamiento de los servicios de salud, Franco propone identificar si tienden más hacia lo molar, capturados por prácticas serializadas; o hacia lo molecular, produciendo múltiples flujos productores de cuidado y que posibilitan la aparición de lo nuevo (Franco, 2006). Siguiendo los planteos de estos autores la presente investigación pudo identificar en el hospital de día aquellos procesos que dan cuenta de la producción de subjetividad capitalística, serializada (Guattari y Rolnik 2006) y en qué medida son posibles movimientos de ruptura que hacen lugar a la aparición de “modos de subjetivación originales y singulares, procesos de singularización subjetiva” (Guattari y Rolnik, 2006, p. 61). También se apuntó a reconocer las potencias de las líneas de fuga como aquel flujo que circula por fuera de los binarismos molares y genera desterritorializaciones (Guattari y Rolnik, 2006).

Lo relevado en el trabajo de campo habilita a sostener que ciertas prácticas del hospital de día, apoyadas en el valor de la escucha y la centralidad de las tecnologías blandas, de lo que en palabras Miguel supone una “ética de encuentro con el otro”, se vinculan con la posibilidad de sostener movimientos subjetivos, líneas de fuga y nuevas conexiones existenciales impulsadas por fuerzas deseantes. Algunas de las prácticas observadas se consideran que operan en este sentido: por ejemplo en la producción de Oscar en el taller de pintura se identifica cómo el padecimiento vivido y los sentidos a él anudados pudieron ser conectados, enriquecidos y resignificados al ser plasmados en una obra. La reapertura del salón de ventas a raíz de la propuesta de Horacio, quien se ha caracterizado por recurrir a diversas actividades de venta para obtener un dinero para aquello que necesita, o quiere, o considera que lo ayuda para relacionarse; puede vincularse con una apuesta a promover nuevas conexiones existenciales de este usuario con el afuera. La disponibilidad y el acompañamiento a una usuaria para la escritura de un libro sobre su vida y la orientación a las

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

referentes de la ONG acerca del carácter terapéutico de esta actividad. La creación de un lugar de coordinadora de un taller para una usuaria que, en palabras de una de las psicólogas, vivenciaba el tratamiento por salud mental y la medicación como “opuesta a la vida” (Entrevista a Silvana, psicóloga, 13/12/2018). La misma usuaria que durante el trabajo de campo se comunicó con el hospital de día para contarle a Silvana que se sentía bien.

En varias oportunidades fue posible escuchar una insistencia por parte del equipo del hospital de día en no generar un “arrasamiento” del otro, no “pasarle por encima” o ubicarlo en “un lugar de objeto”. Lo arrasador tiene que ver con “olvidar que el otro es un sujeto que puede decidir, aunque a mí me parezca que lo que esté eligiendo no es lo que yo elegiría” (Entrevista a Silvana, psicóloga, 11/01/2019). Esta inquietud incluso fue expresada también por un usuario, quien planteó al equipo que al compañero que servía la comida lo “pasaban por encima”. La preocupación por no avasallar la vida del usuario puede relacionarse con una inquietud por deconstruir y no reproducir en el espacio cotidiano la lógica manicomial que objetaliza la relación con la locura y atraviesa aún diversos espacios del tejido social y sus instituciones. Tal como se planteó en la descripción del problema de la presente investigación, Dimenstein (2006) advierte la persistencia de esta lógica en el espacio social y cómo ésta no es propia solo de los servicios y prácticas de salud mental, sino que mediante deseos y modos de dominar, clasificar y controlar atraviesa los procesos de subjetivación y promueve prácticas que, en nombre de la razón, tienden a la corrección de lo que escapa a lo “normal” y a capturar las potencias de los modos de existencia. En este sentido impulsará en el cotidiano distintas prácticas y tecnologías de disciplinamiento que condicionarán los modos de circular en los espacios sociales, de actuar y pensar (Dimenstein 2006). En la presente investigación se pudo identificar cómo esta lógica aún está presente y será preciso deconstruirla, no solo en algunas prácticas como las de enfermería, en las que las lógicas de saberes poderes disciplinarios se materializan en prácticas y representaciones que las ligan a funciones de vigilancia, control e infantilización de los usuarios, y que podrían explicar parte de las dificultades para incluirse en la lógica compartida por el resto del equipo. Esta lógica manicomial tampoco cesa de estar presente en las relaciones de las y los usuarios con instituciones como la Curaduría Oficial, con los hogares asistidos o con otras áreas del propio servicio de Salud Mental.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Las prácticas mencionadas facilitadoras de nuevas conexiones existenciales y la preocupación de los trabajadores por no arrasar a los usuarios también pueden vincularse con el interés por no reproducir subjetividades capitalísticas serializadas que capturen los procesos de singularización (Guattari y Rolnik 2006). Asimismo se relacionan con el enfoque de derechos que plantea la Ley Nacional de salud mental y con la primacía de las tecnologías blandas en los procesos de trabajo, ya que para no producir este arrasamiento “lo primordial es escuchar a quién tengo adelante, por qué camino quiere ir, qué le pasó, por dónde vino, por qué está acá” (Entrevista a Silvana, psicóloga, 13/12/2018). En línea con la centralidad de la escucha como vía para no arrasar al otro, Silvana hace hincapié en la función de puente del equipo para hacer oír la voz de las y los usuarios ante las distintas instancias con las que interactúan. Al respecto destaca:

“Somos el principio de autoridad a veces en eso ¿sí? y a veces lo mismo dicho por el paciente no se escucha, entonces me parece que nosotros hacemos de ese puente. Muchas veces vienen los pacientes a decirnos lo que no se les escucha en otro lado, hacerse escuchar acá, y nosotros a veces acompañarlos en eso... (Entrevista a Silvana, psicóloga, 11/01/2019).

Este “principio de autoridad” puede ser puesto en diálogo con la idea de autoridad clínica propuesta por Giovanello Díaz (2009), quien la piensa como una construcción del equipo que se basa en una profundización del conocimiento de la situación de la persona usuaria, que apela a una corresponsabilización por la producción de cuidado y permite autorizarse a intervenir:

Una autoridad que, al mismo tiempo sustenta y rescata la singularidad de ese encuentro, es decir, la autoridad de la institución y de quien allí está atendiendo y la autoridad del usuario sobre su propia verdad, construye un nuevo tipo de autoridad. Una autoridad clínica que es singular y al mismo tiempo, que tiene que ser compartida, que implica corresponsabilización entre usuario, familiares, trabajador, el servicio, la comunidad, el territorio... (...) Una autoridad clínica que se construye, que es coproducida. (Giovanello Díaz 2009, p. 134).⁴²

⁴² Uma autoridade que, ao mesmo tempo em que sustente e resgate a singularidade desse encontro, quer dizer, a autoridade da instituição, a de quem ali está atendendo e a autoridade do usuário sobre a sua própria verdade, constrói um novo tipo de autoridade. Uma autoridade clínica que é singular e, ao mesmo tempo, que tem que ser compartilhada, que implica co-responsabilização entre usuário, familiares, trabalhador, serviço, comunidade, território... (...) Uma autoridade clínica que se constrói, que é coproduzida. (...). Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

En cuanto a los riesgos de capturas institucionales resulta esclarecedor retomar las perspectivas de algunas trabajadoras del equipo con respecto a las posibilidades o no de un alta de la institución, quienes mencionaron la perpetuación en el tiempo de la concurrencia de ciertos usuarios sin claridad de los por qué o para qué, lo que daría cuenta de dificultades en la construcción y sostenimiento de proyectos terapéuticos con el consecuente riesgo de cronificación institucional. Esta posibilidad fue señalada por Mariana a propósito de un usuario con una concurrencia prolongada a la institución y la identificó como cronificación del usuario, pero también del equipo:

“...focalicemos la atención porque en algo no lo estamos ayudando, o sea. Es como un *loop* de Pedrito por todo el hospital, súper cronificado, o sea, qué esperamos de él. Hemos tenido reuniones con PREA o con gente de la sala por usuarios así que uno se siente que está cronificado con él ¿viste? Como bueno, a mí viene y me dice una cosa, va allá y dice otra”. (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018).

Estas consideraciones se pueden relacionar con la mencionada carrera moral del paciente mental, ya que por carrera Goffman entiende la trayectoria social que realiza una persona a lo largo de su vida y que comprende tanto aspectos subjetivos ligados a la identidad como una posición en un entramado de relaciones institucionales. En esta carrera del paciente mental, entendido como aquel que entra en un proceso de hospitalización, éste “debe ‘compenetrarse’, o fingir que se compenetra, con la perspectiva de sí mismo que auspicia el hospital” (Goffman 2001, p. 158), y en este sentido podrá adoptar diversas prácticas y tácticas en las instituciones, que tendrán un mayor o menor ajuste a las regulaciones y roles planteados por la institución (Goffman 2001).

Otro elemento que apoya lo señalado acerca de ciertas dificultades en la construcción y sostenimiento de proyectos terapéuticos es la observación de que solo con ciertos usuarios el equipo plantea estrategias o intervenciones terapéuticas, frecuentemente sin un registro escrito de lo realizado. Asimismo esto se corresponde con lo referido por una de las psicólogas, Lorena, acerca de los seguimientos posteriores a la admisión. Estas dificultades

...essa autoridade clínica quando é construída e co-produzida com os demais colegas da equipe, a partir do aprofundamento no conhecimento do caso, habilita sim a que cada trabalhador se autorize a intervir. Em definitiva, falamos de uma autoridade clínica que é uma autorização para intervir e, sobretudo, para suportar os efeitos dessa intervenção. (Giovanello Díaz 2009, p. 134). Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

podrían estar relacionadas con el hecho de que las y los usuarios no cuentan con un técnico de referencia responsable por enlazar las diversas intervenciones, si bien los trabajadores mencionan que tienen a alguno de ellos más referenciado por una cuestión de afinidad o porque es quien más ha estado presente en su recorrido institucional. Para Guljor y Pinheiro (2007) la figura del profesional de referencia, que no se restringe a una disciplina en particular, supone una proximidad en el cotidiano que favorece la producción del cuidado en tanto implica una estrategia micropolítica que posibilita conocer y acompañar los distintos aspectos del tratamiento del usuario, favoreciendo la articulación y continuidad del trabajo clínico (Guljor y Pinheiro 2007).

También Wetzel *et al.* (2011) en su investigación evaluativa cualitativa en un CAPS de Pelotas, Brasil, identificaron usuarios que concurren regularmente al servicio pero no cuentan con un seguimiento terapéutico personalizado de acuerdo con una mirada psicosocial. Con respecto a los pacientes que concurren por años bajo las mismas modalidades, los autores problematizaron la falta de una perspectiva de alta que habilite otras circulaciones por fuera del servicio de salud. Si bien reconocen que algunos sujetos, en función de las vicisitudes de su situación y su padecimiento, pueden necesitar de un vínculo permanente con el CAPS que posibilite mantener su vida en la comunidad (Wetzel *et al.* 2011). También Pande y Amarante (2011) en su estudio de caso en un CAPS de Río de Janeiro encontraron procesos de dependencia a la institución, en la que no suelen darse altas por lo que varios usuarios concurren a “pasar el tiempo” por un tiempo indefinido (Pande y Amarante 2011). En el caso del hospital de día estudiado en la presente tesis, varios trabajadores insistieron en la necesidad de recuperar los sentidos de la participación de algunas/os usuarias/os, en la importancia de escuchar y trabajar para localizar las potencialidades y posibilidades de movimientos subjetivos singulares y a partir de éstas realizar diversas ofertas desde la institución. Estas aspiraciones no siempre se logran, pero son una preocupación que retorna bajo diversas formas en los intercambios y prácticas cotidianos, por ejemplo cuando Silvana invita a los demás profesionales a que estén atentos y piensen “en qué se puede enganchar Orlando” (Registro observacional, 29/10/2018), un usuario que concurre diariamente pero se lo ve generalmente aislado y no suele participar de las actividades ofertadas.

En el estado del arte se mencionó que Paulon *et al.* (2011), al estudiar las concepciones sobre las prácticas clínicas en salud mental de psicólogos y psiquiatras de los

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

CAPS de una región de Rio Grande do Sul, encontraron que estas se caracterizan por una escucha a la singularidad del usuario, el acogimiento colectivo, la corresponsabilización en el tratamiento, la presencia de intervenciones grupales, una diversificación del campo de actuación y prácticas intersectoriales, entre otras. Tal como se presentó en los resultados del presente estudio, varias de estas características también se pueden encontrar en las representaciones y prácticas de los trabajadores del hospital de día, dado que se proponen favorecer el lazo social, acompañar recorridos singulares, ofertar actividades grupales como los talleres, las asambleas y el grupo de reflexión; articular con instituciones educativas o judiciales, entre otras prácticas que dan cuenta de una amplitud del campo de intervenciones del equipo en el sentido de una “expansión de los espacios para que suceda el cuidado” (Seixas *et al.* 2016, p.115).

En algunos procesos de trabajo se observaron situaciones en las que el equipo tomaba decisiones de modo unilateral como la venta de pizzas para recaudar dinero para el viaje a Mar del Plata, sin hacer partícipes de la venta a las y los usuarios, quienes justamente habían planteado la propuesta de llevar dinero para gastos. En otro momento se observaron demoras en el equipo para definir el reparto del dinero de la venta de revistas o de los productos del salón de ventas, lo que generaba incertidumbre y frecuentes preguntas de ciertos usuarios. Estas situaciones pueden pensarse a la luz del concepto de heterogestión (Figueiró y Dimenstein 2010) ya que implican actividades que quedan desarticuladas de la posibilidad de intervención y gestión por parte de las personas usuarias. Resulta pertinente vincular estas situaciones con aquella en que sólo un usuario decidió participar de la venta de productos en el hospital general en ocasión de las jornadas científicas. En estas observaciones, en las que las decisiones y la administración del dinero quedan concentradas en el equipo, se perciben relaciones en las que se ve dificultada la mayor autonomía, responsabilización y protagonismo de las y los usuarios. Incluso los señalamientos de Nadia y Andrés acerca de cómo las y los usuarios raramente cuestionan lo instituido se pueden vincular con este rasgo de heterogestión y con un funcionamiento característico de grupos objeto, hablados por la institución (Kaminsky 2010).

No obstante es preciso señalar que los rasgos arriba señalados coexisten con intercambios en los que se aprecian otras relaciones entre profesionales y usuarias/os y apuestas a un mayor protagonismo, por ejemplo en espacios como las asambleas o en ciertos

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

encuentros e intervenciones como los ya mencionados con Horacio. En su investigación Costa y Paulon (2012) señalan que el problema del protagonismo de los usuarios constituye un instrumento fundamental para enfrentar los riesgos de las cristalizaciones institucionales. En este sentido resaltan la importancia de construir territorios donde los usuarios puedan participar y debatir. Optan por el concepto de protagonismo para enfatizar aquella dimensión colectiva de la experiencia participativa que potencia la creación de las propias normas de vida. Lo prefieren al de autonomía, más utilizado en los marcos conceptuales de las reformas psiquiátricas como las de Italia y Brasil, ya que lo consideran ligado a una mirada individualista que puede llevar más a la mera reproducción de lo instituido que a la creación de las propias reglas. Para los autores, el protagonismo requiere contar con espacios colectivos de lucha entre las fuerzas instituidas de participación y las fuerzas instituyentes, donde las normas y los discursos puedan incluir la diferencia radical de la locura. Espacios donde los usuarios puedan incidir sobre sus propias vidas formando parte de un colectivo que los constituye (Costa y Paulon 2012).

Lo discutido hasta aquí permite desprender ciertas tensiones en el hospital de día a nivel de la producción de subjetividad, entre líneas reproductoras de una subjetividad capitalística y líneas que se plantean en ruptura con esta producción de subjetividad y apuestan a la producción de procesos de singularización. Estas tensiones pueden ser leídas a la luz de los planteos de Yasui y Costa-Rosa (2008), para quienes es preciso reconocer que la práctica social de los equipos de salud mental:

...tiene la potencialidad, por medio de los encuentros a los que damos lugar en el cotidiano de nuestra praxis, de producir nuevos procesos de subjetivación, de producir modos más autónomos de vivir y de hacer la diferencia. Esa diferencia está encarnada en diferentes formas de salida de la subjetividad serializada que, especialmente, viene asociada al sufrimiento y a los síntomas, para otras subjetividades y subjetivaciones capaces de escapar al Paradigma Psiquiátrico Hospitalocéntrico Medicalizador y al Modo Capitalista de Producción.⁴³ (Yasui y Costa-Rosa 2008, p.35).

⁴³ têm a potencialidade, por meio dos encontros que ensinamos no cotidiano de nossa práxis, de produzir novos processos de subjetivação, de produzir modos mais autônomos de viver e de fazer a diferença. Essa diferença está encarnada em diferentes formas de saída da subjetividade serializada que, mormente, vem associada ao sofrimento e aos sintomas, para outras subjetividades e subjetivações capazes de escapar ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador e ao Modo Capitalista de Produção (Yasui y Costa-Rosa 2008, p.35). Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Este paradigma hospitalocéntrico medicalizador se centra fundamentalmente en la sintomatología, reproduce subjetividades serializadas y busca una adaptación de la persona “desajustada” a partir de su medicalización. Frente a éste los autores proponen un paradigma de atención psicosocial dirigido a la producción social de salud —indisociable de la producción de subjetividad— basado en el encuentro entre los sujetos con sufrimiento psíquico y la capacidad de agenciamiento de los equipos, esta última condicionada por la plasticidad de su subjetividad y de la composición de su “caja de herramientas” (Yasui y Costa-Rosa 2008, Merhy 2006). Trabajar desde este enfoque supone estar advertidos del riesgo siempre presente de ser “capturados por la lógica del conformismo y la repetición” (Yasui y Costa-Rosa 2008, p.35) y reproducir la alienación de lo instituido, para lo cual será necesario dar curso a un continuo proceso de deconstrucción y construcción de categorías y vínculos, a partir de las relaciones intercesoras que se producen en los encuentros, y de este modo hacer lugar a múltiples estrategias de cuidado que contribuyan a la producción de salud. En este sentido postulan que la estrategia de atención psicosocial no se reduce a un servicio de salud en particular sino que requiere valerse de una amplia red de cuidados en salud mental, por lo que implica una lógica que trasciende a las diversas instituciones y tiene como centro al sujeto entramado en el territorio (Yasui y Costa-Rosa 2008).

De acuerdo con lo presentado en los resultados y lo hasta aquí analizado es posible sostener que en el caso del hospital de día coexisten en tensión tanto prácticas hospitalocéntricas que reproducen la inercia de lo instituido como prácticas que se proponen una producción de cuidado integral que acompañe movimientos singulares y favorezca modos más autónomos de vida en las y los usuarios.

6.7.2. Discusión acerca de las relaciones con el servicio de Salud Mental

Como ya se mencionó en la construcción del problema de investigación, autores como Mantilla y Alonso (2012) destacan que una de las características de los ámbitos hospitalarios de salud mental en Argentina ha sido la frecuente interacción entre saberes y prácticas psiquiátricos y psicoanalíticos, lo que ha redundado tanto en tensiones y conflictos como en arreglos y negociaciones. Del mismo modo, los trabajadores del hospital de día enunciaron que los intercambios con profesionales de psiquiatría son habituales, por ejemplo cuando

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

reciben de éstos derivaciones para que alguien empiece a participar del hospital de día, o cuando se contactan porque alguna/ún usuaria/o requiere evaluación por esta disciplina, entre otras posibilidades. Algunos profesionales entrevistados señalaron intercambios con psiquiatras que son motivo de tensiones y conflictos. Destacaron diferencias en torno a la lógica que opera en ciertas áreas del servicio de Salud Mental, a los modos de concebir y de dar lugar al sujeto de atención y a la vida cotidiana de éste, al papel de la intervención en crisis y de la internación. En este sentido una de las trabajadoras sociales, Mariana, considera que estas diferencias, que están implícitas en las prácticas y tienen que ver con concepciones epistemológicas e ideológicas, inciden en un abordaje caracterizado muchas veces por desconexiones entre las intervenciones del equipo del hospital de día y las del resto del servicio de Salud Mental, lo que producirá fragmentaciones en la producción de cuidado de las personas con padecimiento mental. Tanto Miguel como Mariana enfatizaron que la lógica que guía al mencionado servicio en términos generales se reduce al momento de la internación. Mariana lo ilustra al hablar de las prácticas en la sala de internación, cuando señala “si el paciente ingresa con alguna descompensación, empieza su vida en la sala y termina cuando se va de alta en la sala digamos, después no hay como una articulación” (Entrevista a Mariana, trabajadora social, 16/11/2018), lo que revela que estas prácticas no suelen considerar los aportes que puede hacer el equipo del hospital de día que cotidianamente interactúa con esa persona.

Desde un punto de vista micropolítico es preciso distinguir cómo frente a la demanda de normalización características del poder disciplinario y la lógica manicomial, los trabajadores de salud podrán responder a través de mecanismos normalizadores de conductas, o bien sabrán desistir de esa pretensión y apostar a otras dimensiones como la producción deseante o la ampliación de los lazos sociales. Esta última vía fue la que se pudo escuchar como predominante en las entrevistas a los trabajadores de psicología y trabajo social y visualizar en varias de las prácticas del hospital de día. Así, se pudo encontrar que frente a demandas de otras áreas del servicio de Salud Mental orientadas por un enfoque hegemónico reproductor de relaciones asimétricas, paternalistas y fragmentadoras de las personas con padecimiento mental, en las que en palabras de Mariana “es el psiquiatra el que determina cómo es ese padecimiento y cómo ha de ser tratado, y la medicación”, los profesionales de

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

psicología y trabajo social del hospital de día, en cambio, apuntaban a rescatar la singularidad y las distintas dimensiones de la vida cotidiana desde una modalidad de abordaje integral.

Se aprecia el predominio de un “proyecto terapéutico hegemónico” (Franco 2016, p. 283) en áreas del servicio de Salud Mental como la sala de internación, en la que los profesionales intervienen de un modo reduccionista, burocratizado y compartimentado. En esta se reproducen relaciones de poder asimétricas no sólo con los usuarios, manifiestas en expresiones como “en la sala es vení vos a hablar conmigo” (Entrevista a Leticia, trabajadora social, 04/12/2018); sino con otros profesionales como los del hospital de día. También esta hegemonía y su rasgo de burocratización se encuentran en la atención de estas/os usuarios por consultorios externos de psiquiatría. En este punto puede decirse que ciertas representaciones acerca de “la cronicidad del padecimiento” operan en prácticas que oponen barreras a la accesibilidad y llegan a comprometer la continuidad de cuidados: “les cambian de psiquiatra y ni les avisan, y el sujeto tiene que adaptarse a eso, también a los cambios de turnos” (Entrevista a Leticia, trabajadora social, 04/12/2018).

Conviene subrayar que la frecuente desconexión entre el trabajo del hospital de día y el de otras áreas del servicio de Salud Mental repercute en cierto aislamiento e incluso invisibilización de las prácticas que aquel realiza, lo que origina una fragmentación en la producción de cuidado al interior del propio servicio. La figura de un técnico de referencia que gestione un proyecto terapéutico integral podría contribuir a disminuir esta fragmentación en la medida en que propicie “que la red de conversaciones opere en el verdadero sentido de la interacción entre los profesionales en la resolución de los problemas de salud” (Franco 2016, p. 290).

No obstante también se puede apreciar que los trabajadores cuentan con un alto grado de autonomía en sus procesos de trabajo. Así, la potencia de la micropolítica del trabajo vivo en acto opera por ejemplo cuando los propios profesionales de distintas áreas del servicio se comunican en una “retroalimentación informal” y logran trabajar de modo más articulado, o cuando Silvana al trabajar en ambos espacios logra acercar estrategias de intervención entre los equipos del hospital de día y de la sala de internación.

6.7.3. Discusión acerca de las relaciones con otras instituciones y sectores

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Los resultados acerca de las relaciones del equipo del hospital de día con otras instituciones y sectores dan cuenta del modo en que este equipo entra en diálogo y tensiones con otras miradas, lógicas y posicionamientos como los de la Curaduría Oficial o la ONG que cuenta con casas de convivencia. Así, en ciertos intercambios con las instituciones mencionadas se distinguen rasgos de tutela e infantilización de las personas con padecimiento mental entramados en relaciones de poder disciplinario. Por ejemplo cuando Horacio al referirse a la Curaduría Oficial anhela “quiero hacer las cosas bien, así me dejan vivir solo” u Oscar al hablar de la casa de convivencia en la que reside acota “tiene que estar limpia porque pueden venir de la Curaduría”, o cuando Miguel comenta que la referente de la ONG le sacó fotos a la habitación de una usuaria y se las mandó a una trabajadora social de la Curaduría, o en lo relatado por Silvana al recordar que desde esta ONG le decían a Julieta “como si fuera un niño” que no escriba un libro en el que ahondara en su pasado y que tras la intervención del equipo del hospital de día “*la dejan* venir”. Por lo que los diálogos que las y los trabajadores del hospital de día puedan establecer con estos otros sectores y actores que interactúan con las y los usuarios tienen un valor estratégico, en la medida en que se orientan por un enfoque psicoanalítico y una perspectiva de derechos que, como ya se apuntó, rescatan la singularidad, intereses, deseos y modos de circular por el mundo de cada uno.

Además de las diversas lógicas de trabajo que se pudieron visualizar, resulta llamativo que el equipo dejara de reunirse quincenalmente con las referentes de la ONG luego de la renuncia del psicólogo municipal que realizaba esta tarea en conjunto. Además de que esta interrupción puede considerarse atravesada por las mencionadas tensiones entre municipio y provincia, el corrimiento del equipo también podría estar enlazado con lo que Luisa identificó como “mala onda con el hospital de día. (...) Las de la ONG les dicen a los que viven en los hogares que no vengán al hospital de día porque acá retroceden”.

En cuanto a las articulaciones territoriales resulta notorio que los procesos de trabajo del equipo del hospital de día se producen mayormente al interior de la institución. Un aspecto que tuvo en cuenta Giovanello Díaz (2009) como muestra del grado de articulación con el territorio y la red psicosocial fueron los movimientos de entrada y salida de los trabajadores de los CAPS y hacia dónde se dirigían en sus salidas. En su investigación el autor encontró frecuentes salidas para trasladar usuarios tanto hacia el CAPS como a otras actividades, traslado de trabajadores para diferentes visitas domiciliarias o visitas a centros de

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

salud, entre otras posibilidades (Giovanello Díaz 2009). Al considerar este aspecto en el caso del hospital de día, se vio que los movimientos de entrada y salida de los trabajadores se dirigían en gran parte hacia el hospital general, donde algunos continuaban con sus actividades en la sala de internación de salud mental u otras áreas del servicio de Salud Mental o del servicio Social, y otros se dirigían para reunirse con jefes de servicio, directores, o en el caso de enfermería supervisores. Estas observaciones muestran coincidencias con aquel rasgo “endogámico” apuntado por Lorena y con los desafíos de salir de la institución identificados en los procesos de trabajo, los que pueden incidir en que ciertas intervenciones extramuros como la reunión con los vecinos de una de las casas de convivencia se pospongan.

Si se tiene en cuenta la caracterización de las y los usuarios ya presentada y los procesos de trabajo del hospital de día, ambos presentan similitudes con lo hallado por Gerlero *et al.* (2010) en relación con la debilidad de las redes y estrategias de soporte social que contribuyan a potenciar los niveles de autonomía de las personas con padecimiento mental, debilidad condicionada por importantes “inequidades en su cuidado y protección entre los distintos grupos sociales” (Gerlero *et al.* 2010, p. 25).

Si bien la ciudad de Bahía Blanca cuenta con un amplio número de efectores de salud en el primer nivel de atención denominados unidades sanitarias, varios de los entrevistados mencionan una escasa articulación que según algunos se funda en que el principal efector al que acuden los usuarios es el hospital. No obstante es posible advertir que otros factores operan en esta escasa articulación o en que las articulaciones, de haberlas, se interrumpen. Por ejemplo Mariana sostiene que las estrategias de trabajo conjunto con el primer nivel de atención “se caen” y menciona ciertas representaciones que dan cuenta de rivalidades entre municipio y provincia que considera repercuten en las prácticas cotidianas. Pero comenta cómo el mismo equipo del hospital de día tiende a orientar a los usuarios generalmente a servicios o especialidades hospitalarios y especialmente al psiquiatra porque “es el que te da por ahí respuesta más rápida”, lo que refuerza el hospitalocentrismo que ella misma cuestiona. Nadia considera que se podría conectar a las y los usuarios con otras instituciones o lugares extrahospitalarios pero no lo hacen por trabajar “de forma aislada”, a tal punto que ni saben con qué ofertas de salud mental se cuenta a nivel municipal, desconocimiento que también puede estar vinculado tanto con las rivalidades apuntadas por Mariana como con los rasgos de hospitalocentrismo identificados. Leticia reconoce una tendencia a “estar esperando a la oferta

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

o de última ver si se les ocurre a ellos [a otras instituciones] y unirnos” por lo que gran parte de las relaciones con otras instituciones y sectores han surgido por invitaciones externas o por voluntades individuales de ciertos talleristas.

Estos resultados presentan similitudes con la investigación de Tosi *et al.* (2015) quienes encuentran que las relaciones con los otros niveles de atención y sectores son aleatorias y dependientes principalmente de vínculos personales, sin claros lineamientos institucionales, dando cuenta de importantes brechas entre los recursos, políticas y prácticas vigentes, y los que se necesitan para la efectiva implementación de la ley de salud mental (Tosi *et al.* 2015). Algunos de estos rasgos también han sido destacados por estudios de Brasil como el de Dimenstein (2013), quien subraya limitaciones en las concepciones y conformaciones de las redes asistenciales, en la responsabilización conjunta y en la ampliación de las acciones más allá de los servicios de salud (Dimenstein 2013). Lo anterior también puede relacionarse con la propuesta de continuidad e integralidad de cuidados planteada por Yanco *et al.* (2012) y que supone la articulación de disciplinas, acciones y servicios a nivel individual y colectivo con el fin de dar respuesta a la complejidad de las necesidades de las personas con problemas de salud mental. Para las/os autoras/es los obstáculos para alcanzar esta continuidad de cuidados tienen que ver con una fragilidad en la trayectoria de los usuarios por las diferentes organizaciones de la red ligados a “déficits de mecanismos de cooperación y coordinación en los niveles de gestión de los servicios de salud” (Yanco *et al.* 2012, p. 37).

Las dificultades en las articulaciones interinstitucionales e intersectoriales identificadas en el hospital de día pueden vincularse con los interrogantes acerca de los posibles encierros que este puede reproducir, más allá de las posibilidades de entrar y salir o de circular libremente que éste habilita. Concretamente, la debilidad de estas articulaciones podría reforzar vínculos de excesiva dependencia con el hospital de día, en la medida en que este oficiaría como uno de los pocos o incluso el único sostén de ciertas/os usuarias/os.

Tal como se planteó en el estado del arte, Garbus (2010) entiende la accesibilidad como una relación entre los servicios y los sujetos que se produce a partir de la posibilidad del encuentro. La autora sostiene que las políticas de acceso a la atención en salud condicionarán las prácticas de los servicios y las modalidades de accesibilidad posibles. Al analizar la

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

articulación de estas políticas con el proceso de reforma de la atención en salud mental
Garbus señala:

Aquellas políticas tendientes a apoyar los procesos de externación de estos sujetos en muchas oportunidades, lejos de ser un apoyo en un camino tendiente a que las personas dejen de ser objeto de acciones múltiples por parte del sistema de salud y/o del sistema social para devenir por fin en sujetos de derechos, se convierten en un modo de vida que, al hacerlos pasivos de sus intervenciones, perpetúan su vulnerabilidad (Garbus 2010, p. 313).

En este sentido apunta cómo las políticas para las personas con padecimiento mental implementadas en nuestro país pueden perpetuar procesos de estigmatización al enfatizar “la condición social de paciente psiquiátrico pobre, desempleado, excluido” (Garbus 2010, p. 315).

La investigación de Faraone *et al.* (2012) también da cuenta de obstáculos para la puesta en marcha de una red de interacción mancomunada entre los sectores, ya que éstos actúan de manera compartimentalizada, lo que conlleva dificultades para articular acciones intersectoriales que posibiliten trayectorias de acceso (Faraone *et al.* 2012). Asimismo identifican la coexistencia de prácticas y modos de funcionamiento hegemónicos, y prácticas más abiertas e interdisciplinarias, con inclusión de dispositivos como hospitales de día que contribuyen a la disminución de las reinternaciones, el intercambio de conocimientos, a la construcción de redes y de nuevas trayectorias de acceso para los conjuntos sociales, favoreciendo su acceso a los servicios de salud mental (Faraone *et al.* 2012). No obstante las autoras concluyen que la organización del sistema de salud en las provincias estudiadas (Santa Fe y Tierra del Fuego) aún dificulta construir alternativas al hospitalocentrismo (Faraone *et al.* 2012).

Las investigaciones mencionadas contribuyen a mostrar que lo observado en las prácticas del hospital de día se inscribe en las dificultades que aún persisten a nivel de las políticas y las prácticas de salud mental para dar lugar a eficaces articulaciones interinstitucionales e intersectoriales, dificultades condicionadas por una lógica hospitalocéntrica y deficientes mecanismos de coordinación entre instituciones y sectores. Autores como Basaglia han reconocido la necesidad de que los trabajadores de salud mental se involucren en el tejido social para contribuir a “un hacerse cargo por parte de la comunidad de los problemas que les pertenecen” (Basaglia 2013, p. 33). En este sentido pueden

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

considerarse ciertas prácticas de apertura del hospital de día hacia algunos espacios educativos y culturales de la ciudad. Así, las articulaciones con el Museo de Arte Contemporáneo y con la Universidad Nacional del Sur a partir de los proyectos de extensión de radio y teatro constituyen iniciativas de cuidado que intentan expandir horizontes (Ayes 2009), involucrarse en el tejido social y provocar rupturas con la lógica “hospitalocéntrica” vislumbrada por Mariana, la tendencia endogámica apuntada por Lorena o la “inercia” institucional a la que hizo alusión Nadia. Se considera que estos movimientos son posibles en tanto el trabajo vivo en acto tiene la potencialidad de interrogar en el mismo proceso “la intencionalidad del trabajo en salud que lo apresó y sus modos de operar” (Merhy 2016, p.53). Además, los trabajadores de la salud en acción siempre podrán valerse de la dimensión creativa “para inventar nuevos procesos de trabajo, e incluso para abrirlo hacia otras direcciones no pensadas” (Merhy 2016, p. 47).

El hecho de que se retomen en la radio propuestas de usuarios de hacer circular ciertos cuestionamientos, por ejemplo en torno a la formación en salud mental, puede vincularse con la apuesta a la desinstitucionalización que Torre y Amarante (2001) recuperan de Rotelli (1990) para pensarla también como proceso de deconstrucción que apunta a una transformación sociocultural (Torre y Amarante 2001).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

10. Discusión final

En el presente apartado se recuperarán e integrarán los principales puntos abordados en las discusiones parciales ya presentadas con el fin de arribar a una visión de conjunto que posibilite señalar las principales contribuciones del presente estudio.

10.1. Acerca de los condicionantes de las prácticas en el hospital de día

En el juego de cartas marcadas
instituido por el dispositivo de la psiquiatría,
el “loco” es para siempre
una carta fuera del mazo de la vida pública.
(Guattari y Rolnik 2013, p.70)

En principio los hallazgos de esta investigación dan cuenta de la necesidad de reparar fuertemente en las condiciones, posibilidades y limitaciones de las prácticas de producción de cuidado que se despliegan en el hospital de día. Éstas se enmarcan en condiciones de posibilidad histórico-sociales, en las que múltiples determinaciones y redes de relaciones constriñen las posibilidades de intervención en el campo de la salud mental, entre las que cabe destacar las condiciones de desigualdad en la producción del proceso salud-enfermedad-cuidado, que en palabras de Breilh implica “...la injusticia o iniquidad (...) en el acceso, una exclusión producida frente al disfrute, una disparidad de la calidad de vida” (Breilh 2015, p. 217). En función de lo anterior se acuerda con Rosa y Onocko Campos (2013) en reconocer que los recursos y calidad de los vínculos familiares y/o comunitarios o el medio social condicionan tanto la posible evolución de los padecimientos como las prácticas en el campo de la salud mental. Estos señalamientos posibilitan comprender a la persona con padecimiento mental en su integralidad, lo que incluye no sólo la cuestión sintomática o psicopatológica sino las múltiples dimensiones sociales de su vida (Rosa y Onocko Campos 2013). Por lo que se han podido incluir algunas de estas dimensiones para aproximarse al modo como inciden en las personas usuarias y en las posibilidades de trabajo del equipo del hospital de día.

La caracterización de las y los usuarios en términos de su padecimiento mental, los obstáculos en el acceso a derechos sociales y los procesos de estigmatización que los atraviesan dan cuenta de la necesidad de reparar en la evidencia social del “sufrimiento

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

social” derivado de la exclusión (Correa Urquiza *et al.* 2006), el cual puede considerarse uno de los principales desafíos de los procesos de rehabilitación psicosocial (Martínez Hernández 2009).

Entre las situaciones que se identificaron en el hospital de día estudiado resultaron notorias las condiciones de marginalidad, precariedad e invisibilización, tanto en términos edilicios como en la provisión de recursos y el sostenimiento del personal necesario para su funcionamiento. Siguiendo a Poirel *et al.* (2013) se considera que esta situación se inscribe en un menosprecio por el valor de ciertos espacios ambulatorios de cuidado en salud mental como los hospitales de día, anclado en condiciones de posibilidad histórico-sociales en las que ciertos valores y conceptos dominantes privilegian y legitiman abordajes —de fuerte corte biomédico— más estandarizados y reduccionistas a la cuestión sintomatológica, mientras que otros abordajes y orientaciones más amplios y complejos son relegados o marginalizados sin que su aporte logre ser suficientemente evaluado, legitimado y/o visibilizado, ya que su evaluación requeriría servirse de instrumentos más complejos y sutiles (Poirel *et al.* 2013).

10.2. Acerca de los objetivos, el espacio y el equipo

Las instituciones tienen,
como todo lo social,
la potencia de la polifonía.
(Kaminsky 2010, p. 10)

De los resultados presentados se puede desprender que gran parte de las funciones y objetivos del hospital de día enunciados por las y los trabajadores coinciden con los que guían a los CAPS de Brasil, ya que éstos también ofrecen atención a personas con trastornos mentales severos, se proponen brindar cuidados clínicos y fomentar la inclusión social a través del acceso a posibilidades laborales y a derechos sociales, así como ampliar y fortalecer las redes sociales de las y los usuarios (Leão y Barros 2011), incluyendo entre sus ofertas diversas actividades grupales, espacios individuales, talleres terapéuticos, visitas domiciliarias, apoyo familiar y actividades comunitarias (Mello y Furegato 2008).

La mayoría de las/os trabajadoras/es describieron cómo el origen del hospital de día estuvo fuertemente ligado a proponerse como una alternativa al “encierro” que suponían las internaciones prolongadas de personas con padecimiento mental en las salas del servicio de Salud Mental. Más allá de este momento fundacional, palabras como las de Silvana han

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

acentuado la dimensión de encierro que aún puede atravesar a estas personas, no ya solamente producto de una eventual internación, sino aún en su vida en la comunidad. Este señalamiento y su vinculación con otros rasgos observados en el trabajo de campo dieron lugar a una interrogación acerca de ciertas representaciones naturalizadas acerca del encierro. Por lo que la ampliación en la consideración y posibilidad del encierro resulta una dimensión relevante de esta discusión, en la medida en que propone una complejización de las relaciones y tensiones en las que se inscribe la producción de cuidado en este hospital de día.

La problemática de los encierros en salud mental ha sido profundizada en la investigación de López Mosteiro (2015), cuyos aportes son propicios para interrogar qué encierros y qué clausuras se han producido —y aún se siguen produciendo— en torno a las personas con problemas de salud mental. Esta autora señala cómo muchas intervenciones actuales tienen como destinatarias a personas cuyos padecimientos pueden considerarse más silenciosos, quienes están recluidas en sus casas y encuentran barreras para acceder a una atención sanitaria eficaz. López Mosteiro también recupera de Foucault su hallazgo de cómo la locura históricamente ha estado asociada al encierro, incluso antes de su encuentro con la psiquiatría. Ahora bien, lo que esta autora va a problematizar en la actualidad es la posibilidad y proliferación de una lógica del encierro, de pequeños encierros cotidianos, de una pluralización de los encierros en la que éstos pueden adoptar muy variadas formas. En sus planteos la autora reconoce la presencia de prácticas silenciosas de confinamiento en todo el tejido social, en gran parte no percibidas por los mismos actores y no advertidas incluso por quienes deberían visibilizarlas (López Mosteiro 2015). De lo que se desprende que es posible que esta invisibilización pueda operar aún en aquellos trabajadores/as y equipos que se proponen manifiestamente romper, desde sus discursos y sus prácticas cotidianas, con el encierro y la segregación de las personas con padecimiento mental.

Teniendo en cuenta lo planteado por López Mosteiro, en la presente investigación resultó pertinente detenerse en expresiones como la de Elsa, para quien el hospital de día “es un mundo para ellos”, en el que las y los usuarios se encuentran diariamente y pueden hacer cosas que tal vez “en su casa o en el lugar donde están no lo pueden hacer”. Esto actualiza el interrogante de qué sucederá en los lugares donde viven estos/as usuarios/as, ya que de los relatos de gran parte de los/as entrevistados/as pueden extraerse rasgos de encierros en los hogares asistidos donde la mayoría de aquellas/os viven. También sería oportuno preguntarse

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

si ese “mundo para ellos” no daría cuenta de alguna manera de otra forma de encierro, en esta ocasión al interior del hospital de día. Siguiendo a Correa Urquiza *et al.* (2006):

La reproducción del confinamiento -o condena al no-lugar- se produce en parte por inercias o visiones medicalistas y mercantilistas, en parte por la opacidad de los tejidos sociales locales con aquellos actores considerados simplemente diferentes o con dificultades y rutinas que cuestionan el orden normativo. (Correa Urquiza *et al.* 2006, p. 55).

Del mismo modo, la dimensión del encierro cobra relieve al reparar en las dificultades del equipo del hospital de día para concretar la apertura de un espacio cultural u otras iniciativas que impliquen diversos intercambios extramuros. Ciertas dificultades del equipo para darles forma pueden relacionarse con lo que plantea Onocko Campos (2008) acerca de la construcción de proyectos colectivos en salud, para quien éstos se sitúan en una región intermediaria (idea que recupera los aportes de Winnicott) y se encuentran atravesados por variadas dimensiones: “la percepción de mundo, por el posicionamiento subjetivo, y por las formas que la relación entre los sujetos asumen en un dado lugar y tiempo y por los condicionantes de lo real concreto” (Onocko Campos 2008, p. 109). En este sentido puede conjeturarse que para el equipo del hospital de día “los condicionantes de lo real concreto”, ligados a la precariedad de las condiciones institucionales del hospital de día ya mencionadas, incidirán notoriamente en la postergación de tales proyectos.

A partir de lo anterior se puede vislumbrar que estos posibles y hasta sutiles encierros podrían operar reforzando los procesos de estigmatización y exclusión que atraviesan a gran parte de las personas con padecimiento mental. Tal como sostiene Garbus (2010), los procesos de estigmatización se ligan a la valorización de determinados grupos en relación a otros y tienden a reforzar mecanismos de exclusión y desigualdad social. En este sentido, el estigma tiene una función de producción y reproducción de relaciones de poder y control, al tiempo que contribuye a que los fenómenos de segregación y desigualdad parezcan naturales y no como lo que en efecto son, producciones sociales (Parker y Aggleton 2003, en Garbus 2010). Para la autora el estigma y los procesos de estigmatización, lejos de corresponder meramente a acciones entre individuos, operan en aquel punto de entrecruzamiento entre tres dimensiones: “los dispositivos de poder, los modos culturales y la diferencia, en este caso, la locura” (Garbus 2010, p.315), por lo que en la medida en que se aborden las relaciones entre

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

estas dimensiones podrá arribarse a la comprensión del estigma en su carácter constitutivo del orden social (Garbus 2010).

Las consideraciones hasta aquí apuntadas también pueden relacionarse con lo planteado por Guattari y Rolnik (2006) acerca de las tensiones en los procesos de institucionalización entre la posibilidad de que la protección de la institución favorezca un poder tomar distancia que contribuya a un apaciguamiento del sufrimiento —como aquel lugar “intermedio” que plantea Silvana—; o que, contrariamente, opere como factor de desmoronamiento e infantilización de las relaciones con la sociedad (Guattari y Rolnik 2006). Esta última posibilidad pudo entreverse cuando Luisa comparó el hospital de día con una “anestesia”, o cuando Elsa lo significó como “un mundo para ellos”, e incluso en expresiones y relaciones que tienden a infantilizar a las y los usuarios. La dimensión de infantilización como producción institucional también fue hallada en el estudio de Pande y Amarante (2011), tanto en un nivel explícito, manifiesto en el discurso de los entrevistados, como en un plano implícito, presente en la comprensión del CAPS como un lugar en el que los usuarios estarían de alguna manera protegidos.

En concordancia con las características de las y los usuarios ya presentadas, para el equipo de salud el hospital de día se ofrece como un lugar que aborda a partir de la movilización de variados recursos y estrategias distintas dimensiones de la vida de las y los usuarios. Entre éstas una de las más destacadas por la mayoría de las y los trabajadores es lo que denominan el lazo social, en tanto asumen que los padecimientos mentales de las y los usuarios suponen una acusada dificultad para generar y/o sostener lazos sociales. A partir de las observaciones y entrevistas se pudo extraer que el hospital de día resulta un espacio de referencia, de construcción y sostenimiento de vínculos. En este sentido las y los trabajadores destacan la estabilidad de los vínculos y el valor de contar con un lugar de referencia al que se puede recurrir en caso de necesitarlo. Para la mayoría de los miembros del equipo estas características constituirían las principales razones por las que las personas usuarias sostendrían su concurrencia a la institución. Esta apuesta a la producción y ampliación de lazos sociales coincide como ya se señaló con investigaciones de los CAPS de Brasil que resaltan los efectos terapéuticos ligados a la constitución de nuevos lazos sociales y afectivos (Lappann Botti y Labate 2011, Leão y Barros 2011), destacan el valor de los CAPS como

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

espacios de circulación afectiva (Surjus y Onocko Campos 2011) de escucha, acogimiento, atención y apoyo (Nasi y Schneider 2011).

En el estado del arte se hizo mención a la investigación de Paulon *et al.* (2011), quienes al estudiar las concepciones sobre las prácticas clínicas en salud mental de psicólogos y psiquiatras de los CAPS de Rio Grande do Sul, encontraron que estas se caracterizaban por una escucha a la singularidad del usuario, el acogimiento colectivo, la corresponsabilización en el tratamiento, la presencia de intervenciones grupales, una diversificación del campo de actuación y prácticas intersectoriales, entre otras. Tal como se presentó en apartados anteriores, varias de estas características también se pudieron encontrar en las representaciones y prácticas de las y los trabajadores del hospital de día, dado que se proponen favorecer el lazo social, acompañar recorridos singulares, ofrecer actividades grupales, articular con instituciones educativas, culturales o judiciales; entre otras prácticas que dan cuenta de una amplitud del campo de intervenciones del equipo.

Un punto que se ha decidido interrogar y discutir ha sido el énfasis en la dimensión psicopatológica de la afectación del lazo social, presente en expresiones como la de Silvana, quien sostiene que: “eso se carga, lo carga la persona por donde circule: esa dificultad para el lazo, esa relación con la realidad particular que tiene la psicosis que dificulta el lazo...”. En este sentido habría algo propio de las psicosis que afectaría la posibilidad de sostener un lazo social, lo que se corresponde con algunas de las características de los trastornos mentales severos ya señaladas. La discusión de esta investigación ha posibilitado ampliar la mirada a partir de aportes como los que indican el “sufrimiento social” derivado de la exclusión (Martínez Hernández 2009) y plantean que la relación de la persona con su enfermedad y con el mundo puede hallarse restringida no sólo por la patología sino por la prolongada hospitalización que promueve su institucionalización y objetalización (Basaglia 1964). Actualmente, si bien la institucionalización ya no se produciría predominantemente en términos de internación, es posible advertir rasgos de objetalización e institucionalización en los hogares en los que residen gran parte de las y los usuarios y en sus circulaciones restringidas a espacios predominantemente institucionales como el hospitalario o la Curaduría Oficial. No obstante se aclara que para profundizar en las particularidades de estos efectos sería preciso realizar un estudio en profundidad que incluya las perspectivas de las personas usuarias en su objeto de estudio, lo que excede el objeto de la presente investigación.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

A partir de las formas cotidianas de habitar el espacio del hospital de día se ha podido reparar en aquellos aspectos relacionales que caracterizan los encuentros entre trabajadoras/es y usuarios/as, palpables por ejemplo en sus modos de estar, mirarse, hablarse, escucharse o moverse. Si bien el espacio institucional del hospital de día cobra variados usos para quienes por allí circulan, se discierne un uso común fuertemente ligado a la dimensión vincular ya destacada: el de ser un espacio de encuentros. Lo que en este hospital de día se propone y habilita en los modos de vincularse se plantea en tensión y hasta en oposición con otras modalidades institucionales caracterizadas por relaciones más distantes y acotadas. Incluso se vislumbró que los modos de usar y habitar el espacio se pueden modificar en función de ciertas estrategias, acuerdos y decisiones. Tal flexibilidad se puede vincular tanto con los procesos de trabajo y la multiplicidad de tareas que se llevan a cabo en la institución como con la accesibilidad y el modelo de cuidado que el equipo se propone construir.

Algunos de los movimientos, dinámicas e intercambios identificados en la oficina del equipo, a la que constantemente se acercaban usuarios/as y en la que las/os profesionales desempeñaban múltiples tareas, se asemejan a lo hallado por Giovanello Díaz (2009), quien al estudiar CAPS de Campinas, Brasil, encontró variados y constantes movimientos en los espacios compartidos y señaló los ritmos rápidos de muchos sucesos que ocurrían en estos servicios.

En esta investigación también pudo encontrarse que cómo se ubican y qué intercambios promovían en el espacio de las asambleas profesionales de trabajo social y psicología resultaban congruentes con una apuesta a las contractualidades y horizontalidades en las relaciones. En cambio el modo en que se situaba el personal de enfermería en este espacio, dio muestras de relaciones más ligadas al predominio de la observación, aspecto que reapareció en las entrevistas y conversaciones espontáneas con éstas. En cuanto al valor de las asambleas en servicios de salud mental Guljor y Pinheiro (2007) apuntan la necesidad de incluir espacios de escucha y circulación de la palabra entre los usuarios y reconocen a las asambleas como estrategia positiva para lograr estos objetivos, en tanto propician el planteo de inquietudes o demandas y habilitan la discusión acerca de cómo abordarlas. En el hospital de día se pudo visualizar que el equipo de salud suele promover que tales cuestiones se aborden asambleas, en tanto espacio colectivo posible para tomar la palabra, plantear

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

problemas, inquietudes, propuestas, generar acuerdos de convivencia, organizar salidas, socializar decisiones, entre otras posibilidades.

Se pudieron identificar algunas tensiones en los procesos de trabajo del hospital de día, ya que por un lado el equipo apela a procesos de responsabilización y contractualización, a construir relaciones más horizontales con las personas usuarias, a favorecer cierta accesibilidad y conexión con el exterior; no obstante en algunas de sus dinámicas e intercambios cotidianos aún se juegan representaciones, prácticas y relaciones de poder vinculadas a un poder disciplinario y al lugar histórico asignado a la locura en la sociedad. Esto puede relacionarse con lo apuntado por Weber Suardiaz (2014) quien identifica en el campo de la salud mental algunos límites aún difusos entre prácticas autónomas y prácticas de control en términos de tutelaje o paternalismo. Para la autora se trata de una tensión siempre presente teniendo en cuenta que este campo históricamente ha estado marcado por vínculos de tutela (Weber Suardiaz 2014). No obstante, recuperando la idea de Kaminsky (2010) de la potencia de la polifonía que habita las instituciones, también es posible sostener con Poirel *et al.* (2013) que gran parte de las tensiones que parecen operar en este hospital de día pueden ser consideradas más un “signo de su vitalidad y de sus potencialidades, desde un punto de vista clínico y terapéutico, que como reveladoras de las incertezas y los límites de estos marcos para las prácticas”⁴⁴ (Poirel *et al.* 2013, p. 2934). Por lo que algunas de estas tensiones serán profundizadas y discutidas en el siguiente apartado.

10.3. Acerca de la producción de cuidado

De acuerdo con el ideario que da significado a la expresión “producción del cuidado”, como un modo de hacer salud a partir de las tecnologías relacionales y trabajo-vivo dependientes (Merhy 1997c, 2002), podríamos afirmar que, en salud, la construcción de un nuevo modelo tecnoasistencial es un proceso revolucionario que se abre en relación con el modo de producir salud, en las actitudes y subjetividades que se forman en el mundo del trabajo y del cuidado... (Merhy 2016, p. 180)

En principio, del material analizado ha sido posible extraer cierta fragmentación de los procesos de trabajo del equipo del hospital de día que inciden en la producción de cuidado, en

⁴⁴ “signo de sua vitalidade e de suas potencialidades, de um ponto de visto clínico e terapêutico, do que como reveladoras das incertezas e dos limites destes meios de prática” (Poirel *et al.* 2013, p. 2934). Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

la medida en que los procesos de trabajo de las enfermeras y los demás profesionales suelen conducirse por distintas vías y basarse en diversos enfoques, con dificultades para comunicarse y articularse en función de las estrategias terapéuticas.

Parte del contraste entre enfermería y las demás disciplinas en algunas de sus representaciones y prácticas puede pensarse a la luz de ciertos condicionamientos disciplinares, institucionales y sociohistóricos. Por una parte algunos de los hallazgos se asemejan a lo encontrado por Bialakowsky *et al.* (2009) en cuanto a que “subjetivamente el enfermero se debate aún entre los roles custodial y asistencial” (Bialakowsky *et al.* 2009, p. 197), habitando una tensión condicionada por una serie de determinaciones sociohistóricas que han moldeado su profesión y subjetividad. Asimismo se acuerda con Kirschbaum y Paula (2001) en que las características del trabajo de enfermería en los equipos de salud mental varían, no solo por las actividades y las atribuciones diferenciales de las/os enfermeras/os, sino también por la posición que ocupan en el conjunto del proceso de trabajo del equipo (Kirschbaum y Paula 2001), lo que da cuenta de la necesidad de un enfoque relacional en el análisis de sus representaciones y prácticas. Bialakowsky *et al.* (2009) reparan en algunos aspectos de estas relaciones e identifican que muchas veces el saber aportado por enfermería, producto de su estrecha proximidad con las y los usuarios, suele ser apropiado por el equipo terapéutico sin reconocerlo como un saber científico. También destacan que muchas veces el/la enfermero/a queda tensionado/a entre la subordinación y el quedarse a cargo del servicio trabajando en forma aislada, sin un equipo de apoyo, lo que lo/a deja entrampado/a entre la autorresponsabilidad y la alienación producto del no reconocimiento del otro en el trabajo (Bialakowsky *et al.* 2009). Estos aportes resultan potentes para la presente investigación en la medida en que visibilizan algunos condicionamientos de las funciones y prácticas de enfermería en sus relaciones con otras disciplinas del campo de la salud mental. Asimismo contribuyen a elucidar algunos atravesamientos de la posición de las enfermeras del hospital de día, quienes han trabajado en las salas de internación de salud mental y dependen de un departamento de Enfermería en los que predominan rasgos de la conformación histórica de la enfermería psiquiátrica y su ubicación marginal en los servicios de salud, lo que pone de manifiesto procesos de determinación ligados a la cultura profesional e institucional. Por lo que las representaciones y prácticas predominantemente intramuros y hospitalocéntricas que

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

se distinguieron en las enfermeras del hospital de día se consideran atravesadas por estos condicionamientos tanto institucionales como sociohistóricos.

La propuesta de la trabajadora social Mariana de contar con espacios de formación que posibiliten reflexionar y conceptualizar las prácticas puede vislumbrarse como un modo de afrontar la fragmentación aludida desde una decisión del propio equipo. Esta propuesta se considera afín a la estrategia de la educación permanente en salud, ya que ubica a los procesos de trabajo como objetos de reflexión desde una participación activa del equipo de salud y en la que los procesos educativos se desprenden de “la realidad de los trabajadores, de sus concepciones y de sus relaciones de trabajo” (Merhy, Feuerwerker y Ceccim 2006, p.153). Se considera que esta estrategia contribuiría a cuestionar y desarmar algunos procesos de captura institucionales y disciplinares, a abrir otros posibles y potenciar el trabajo del hospital de día, lo que podría fortalecer y ampliar la producción de cuidado.

Durante el trabajo de campo se pudieron apreciar variados intercambios y reuniones entre trabajadores/as sociales y psicólogas para comentar, discutir, planificar y decidir variadas acciones. Algunos de estos encuentros se asemejan a lo que plantea Onocko Campos acerca de la interdisciplinariedad como aquello que “es posible haciendo y no solamente pensando. Otra actividad en la que el hacer es constitutivo y que requiere de un lugar y de un tiempo” (Onocko Campos 2008, p. 118). No obstante en el trabajo de campo no fue frecuente observar procesos de análisis de las propias prácticas y sus efectos, lo que presenta puntos de encuentro con lo señalado por Paulon *et al* (2011) quienes hallaron que varios equipos de los CAPS no se dan espacios para analizar sus procesos de trabajo y sus resultados. Si bien se escuchó que estos análisis han tenido lugar en otros tiempos, por ejemplo en espacios de supervisión con psicoanalistas externos, los que posibilitaron reflexionar e introducir ciertas modificaciones en las prácticas o legitimar algunas acciones que el equipo ya estaba realizando. Se advirtió que a partir de estas supervisiones las/os profesionales pudieron modificar algunos aspectos de sus procesos de trabajo en el sentido de una mayor apertura y flexibilidad en los planos de la clínica y la gestión. Dichos espacios de supervisión fueron agenciados por los propios trabajadores del hospital de día, sin formar parte de una política ni de una estrategia de formación y/o evaluación gestionada y sostenida desde el propio hospital o el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Tal como se mencionó anteriormente, contar con una

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

estrategia de formación permanente contribuiría a sostener procesos sistemáticos de análisis y evaluación de los efectos y la eficacia de las prácticas del equipo de salud.

Las características observadas en las reuniones de equipo del hospital de día en cuanto a sus dinámicas y usos del tiempo se diferencian de lo encontrado por Paulon *et al.* (2011), quienes hallaron una burocratización de las reuniones de equipo. Sí se encontraron coincidencias con los autores en lo que se refiere a los esfuerzos del equipo para socializar sus intercambios y a ciertas dificultades para administrar el tiempo. Paulon *et al.* (2011) hallaron que uno de los puntos críticos de estas reuniones era la discusión de casos, producto de la sobrecarga de tareas, con un predominio de asuntos administrativos en detrimento de la discusión de casos, excepto de los que presentaban un carácter de urgencia (Paulon *et al.* 2011). Algunos de estos aspectos pueden asemejarse a lo observado en el hospital de día en cuanto a la centralidad de los procesos de trabajo predominantemente en torno a ciertos usuarios, cuyas situaciones y padecimientos resultaban en ciertas ocasiones más acuciantes.

En la presente tesis también se exploraron algunos efectos que promueve el hospital de día en las y los usuarios, entre los que se destacaron: el alivio frente al padecimiento subjetivo, la producción de lazos afectivos, el apoyo entre pares, la posibilidad de encontrar o construir lugares y recorridos propios y singulares, de fortalecer la autonomía y el autovalimiento, de desarrollar habilidades personales, de concretar proyectos, entre otras posibilidades. Se halló que en gran medida estos efectos son similares a los producidos por los CAPS de Brasil, entre los que se encuentran la disminución de las internaciones, la promoción y el fortalecimiento de vínculos e intercambios sociales, el acogimiento de las singularidades, la posibilidad de mayores niveles de autonomía, la ampliación de la clínica y la continuidad de cuidados, entre otros (Mello y Furegato 2008, Surjus y Onocko Campos 2011, Nasi y Schneider 2011, Lappann Botti y Labate 2011, Ferreira y Pereira 2012, Pande y Amarante 2011). No obstante se pudo observar que el hospital de día investigado no presenta una fuerte inserción territorial como la que caracteriza a los CAPS, sino que está destinado a personas con padecimiento mental de toda la ciudad cuyo seguimiento es realizado principalmente por el servicio de Salud Mental del H.I.G. Dr. José Penna, lo que plantea particulares condiciones de acceso. También se halló que las y los usuarios no cuentan formalmente con un/a técnico/a de referencia responsable por enlazar las diversas intervenciones, si bien las/os usuarias/os tienen a alguno/a de los/as miembros del equipo más referenciado/a por razones de afinidad o

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

por ser quien más ha estado presente en su recorrido institucional. Para Guljor y Pinheiro (2007) la figura del profesional de referencia supone una proximidad en el cotidiano que favorece la producción del cuidado en tanto implica una estrategia micropolítica que posibilita conocer y acompañar los distintos aspectos del tratamiento del usuario, favoreciendo la articulación y continuidad del trabajo clínico (Guljor y Pinheiro 2007).

De los hallazgos de este estudio es posible desprender que tanto la propuesta de abordaje como los objetivos del hospital de día de ampliar la autonomía y el autovalimiento, fomentar el lazo social y promover el acceso a derechos, coinciden con un enfoque de rehabilitación psicosocial. Para Babinski y Hirdes (2004) este enfoque supone un proceso de transformación que apunte a crear alternativas que transformen la forma de cuidado históricamente destinada a la persona con sufrimiento psíquico y restituyan identidad y ciudadanía. No obstante, para que este proceso se vuelva concreto y efectivo, será preciso una continua evaluación del quehacer en salud mental para no incurrir en la reproducción de aquellas prácticas caras al modelo hospitalocéntrico. En este sentido para Pereira (2007) la rehabilitación psicosocial resulta un proceso complejo, con múltiples variables, contradicciones, dificultades e incertidumbres que obligan a continuas reformulaciones desde los equipos (Pereira 2007). Retomando a Babinski y Hirdes (2004), estará atravesado por un dinamismo cuyo horizonte es que los sujetos sean protagonistas en la construcción de sus propios proyectos terapéuticos y de vida, por lo que propondrá prácticas que incidan en las condiciones concretas de vida, enriqueciendo la subjetividad de los usuarios. En este sentido la rehabilitación psicosocial también contribuirá a la restitución de las capacidades contractuales de estas personas y a ampliar sus niveles de autonomía (Babinski y Hirdes 2004). Teniendo en cuenta el aspecto del ejercicio de ciudadanía inherente a la rehabilitación psicosocial, para Saraceno, De Luca y Montero Barquero (1992) ésta se enmarca en una actitud estratégica del/de la trabajador/a en los encuentros con las/os usuarios y comprende aquellas prácticas que buscan la maximizar las oportunidades y superar las frecuentes separaciones entre los diferentes entornos y recursos disponibles. En este sentido, algunas de las variables más importantes a tener en cuenta para la eficacia de las prácticas de rehabilitación serán: la capacidad de reconocer las necesidades de la población, la fuerte integración con los recursos de la comunidad; el grado de aprobación de la comunidad y de los usuarios y el alto grado de motivación del personal (Saraceno, De Luca y Montero

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Barquero 1992). Si bien desde los argumentos hasta aquí planteados resulta posible vincular los procesos de trabajo del hospital de día con una perspectiva de rehabilitación psicosocial, ciertas representaciones y prácticas de las y los trabajadores suscitan interrogantes acerca de los posibles encierros que pueden estar operando en la institución, interrogantes que se entraman en las contradicciones y tensiones que atraviesan la complejidad del proceso de rehabilitación psicosocial en esta institución particular.

En cuanto a los soportes teóricos del trabajo cotidiano, en las representaciones y prácticas de psicólogas y trabajadoras/es sociales del equipo del hospital de día se identificó un referencial teórico psicoanalítico que sustenta las prácticas clínicas e incluso ciertos aspectos la gestión, referencial que orienta la escucha de los sujetos para advertir trazas de su singularidad. Así, pudo hallarse que gran parte de las tareas cotidianas se definen y organizan en función de una escucha de las vicisitudes y sufrimientos de las y los usuarios que procura atender a esta singularidad. Situaciones que incluyen tanto las variadas manifestaciones del padecimiento subjetivo como aspectos vinculares, de acceso a derechos sociales, entre otras posibilidades. El valor capital de la escucha fue destacado por diferentes miembros del equipo, si bien con diversos matices que pueden estar ligados a posicionamientos personales, disciplinares y a variados recorridos institucionales.

El trabajo de campo posibilitó advertir la centralidad de las tecnologías blandas o leves en los procesos de trabajo, las que se valen de la escucha, el diálogo, la construcción de vínculos (Merhy 2006) y el alojamiento de las variadas formas que puede asumir el sufrimiento. En este sentido, gran parte de las/os entrevistadas/os pusieron de relieve aquellas intervenciones e iniciativas originadas a partir del encuentro y la escucha de las propuestas de ciertas/os usuarias/os, que supusieron modificaciones en las prácticas del equipo y algunas de las cuales pudieron observarse *in situ* como el acompañamiento a una usuaria en la escritura de su libro y a dos usuarios en la apertura del salón de ventas. Este acompañamiento también puede vincularse con el enfoque del cuidado desarrollado por Ayres, quien propone que los equipos consideren y colaboren en la construcción de los proyectos existenciales y de felicidad de cada usuario/a (Ayres 2009). En línea con este enfoque, se pudo apreciar que el eje de las intervenciones del hospital de día es el sujeto desde “una ética de encuentro con el otro”. La relevancia de los encuentros para orientar los procesos de trabajo cotidianos puede relacionarse con la idea de buen encuentro que Seixas *et al.* (2016) recuperan de la lectura

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

deleuziana de Spinoza, en tanto el buen encuentro supone un trabajo vivo en acto que produce un “encuentro de posibilidades”, en el que las tecnologías blandas son fundamentales y guían el uso de otras tecnologías y en el que la interferencia entre usuario/a y trabajador/a es mutua. Este buen encuentro supone reconocer la alteridad del otro, su radical diferencia, y a partir de ésta modificar la propia práctica, por lo que se articula con la propuesta de integralidad en la producción de cuidado en la medida en que se deja afectar por el encuentro para construir las estrategias cuidadoras, centrando las prácticas de cuidado en las demandas y necesidades, tanto individuales como colectivas (Seixas *et al.* 2016). Merhy destaca la relevancia de aquellos procesos productivos en salud que suceden en el espacio relacional trabajador-usuario y que solo se realizan a partir de la acción entre los sujetos que se encuentran, en acto. El elemento de vitalidad que las tecnologías leves aportan a la producción de cuidado en salud es destacado por Merhy, Feuerwerker y Ceccim (2006), al acentuar que:

Lo que confiere vida al trabajo en salud son justamente las tecnologías "blandas", que posibilitan al trabajador actuar sobre las realidades singulares de cada usuario en cada contexto, utilizando las tecnologías "duras" y "blanda-duras" como una referencia. Cuanto menos creativo es el trabajo y con menor flexibilidad para enfrentar las contingencias que la singularidad impone, se torna en un trabajo menos vivo y más muerto. (Merhy, Feuerwerker y Ceccim 2006 p. 151).

De los resultados presentados es posible desprender que en este hospital de día el predominio de las tecnologías blandas está articulado con tecnologías blanda-duras aportadas principalmente por un referencial psicoanalítico lacaniano, por el enfoque de derechos planteado por la Ley Nacional de Salud Mental y por la perspectiva de la rehabilitación psicosocial ya mencionada.

La presente investigación identificó en el hospital de día algunos procesos que pueden dar cuenta de movimientos que hacen lugar a la aparición de “modos de subjetivación originales y singulares, procesos de singularización subjetiva” (Guattari y Rolnik, 2006, p. 61). También se pudieron reconocer las potencias de las líneas de fuga como aquel flujo que circula por fuera de los binarismos molares y genera desterritorializaciones (Guattari y Rolnik, 2006). En este sentido, lo relevado en el trabajo de campo habilita a argumentar que ciertas prácticas del hospital de día, apoyadas en el valor de la escucha y la centralidad de las tecnologías blandas, se vinculan con la posibilidad de sostener movimientos subjetivos, líneas

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

de fuga y nuevas conexiones existenciales impulsadas por fuerzas deseantes. Algunas de las prácticas observadas y escuchadas que se consideran operan en este sentido fueron: a) La producción de Oscar en el taller de pintura, en la que se identifica cómo el padecimiento vivido y los sentidos a él anudados pudieron ser conectados, enriquecidos y resignificados al ser plasmados en una obra. b) La reapertura del salón de ventas a raíz de la propuesta de Horacio, como una apuesta a promover nuevas conexiones existenciales de este usuario con el afuera. c) La disponibilidad y el acompañamiento a una usuaria para la escritura de un libro sobre su vida y la orientación a las referentes de la ONG acerca del carácter terapéutico de esta actividad. d) La creación de un lugar de coordinadora de un taller para una usuaria que, en palabras de una de las psicólogas, vivenciaba el tratamiento por salud mental y la medicación como “opuesta a la vida”.

La insistencia por parte de miembros del equipo del hospital de día en no generar un “arrasamiento” del/de la usuario/a puede relacionarse con una inquietud por deconstruir y no reproducir en el espacio cotidiano la lógica manicomial que objetaliza la relación con la locura y atraviesa aún diversos espacios del tejido social y sus instituciones. Tal como se planteó en el recorte del problema, Dimenstein (2006) advierte la persistencia de esta lógica en el tejido social y cómo ésta no puede considerarse presente exclusivamente en los servicios y prácticas de salud mental, sino que mediante deseos y modos de dominar, clasificar y controlar, atraviesa los procesos de subjetivación y promueve prácticas que en nombre de la razón tienden a la corrección de lo que escapa a lo “normal” y a capturar las potencias de los modos de existencia. En este sentido impulsa distintas prácticas y tecnologías de disciplinamiento que condicionarán los modos de circular, de actuar y de pensar en distintos espacios sociales (Dimenstein 2006). En el hospital de día se pudo identificar cómo esta lógica aún está presente no solo en algunas prácticas como las de enfermería, que las ligan a funciones de vigilancia, control e infantilización de las y los usuarios —y que podrían explicar parte de las dificultades para incluirse en la lógica compartida por el resto del equipo—; sino en las relaciones de las/os usuarias/os con instituciones como la Curaduría Oficial, con los hogares asistidos o con otras áreas del propio servicio de Salud Mental.

Las prácticas facilitadoras de nuevas conexiones existenciales y la preocupación por no arrasar a las y los usuarios también pueden vincularse con el interés por no reproducir subjetividades capitalísticas serializadas que capturen los procesos de singularización

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

subjetiva (Guattari y Rolnik 2006), con la primacía de las tecnologías blandas en los procesos de trabajo y con el enfoque de derechos que plantea la Ley Nacional de salud mental. Por ejemplo, en línea con la centralidad de la escucha como vía para no arrasar al otro Silvana hizo hincapié en la función de puente del equipo para hacer oír la voz de las y los usuarios y destacó que en muchas ocasiones el equipo funciona como un “principio de autoridad” que acompaña a las/os usuarias/os para que logren hacerse escuchar ante distintas instancias con las que interactúan. Este principio puede ser puesto en diálogo con la idea de autoridad clínica propuesta por Giovanello Díaz (2009), quien la piensa como una coproducción del equipo y el/la usuario/a que se basa en una profundización del conocimiento de la situación de la persona usuaria, de su singularidad, y apela a una corresponsabilización por la producción de cuidado. Para Giovanello Díaz esta autoridad clínica es la que permite autorizarse a intervenir y, sobre todo, a “soportar los efectos de esa intervención” (Giovanello Díaz 2009, p. 134).

En cuanto a los riesgos de capturas institucionales resultaron esclarecedoras las perspectivas de algunas trabajadoras del equipo con respecto a la perpetuación en el tiempo de la concurrencia de ciertas/os usuarias/os sin claridad de los por qué o para qué, lo que daría cuenta de dificultades en la construcción y sostenimiento de proyectos terapéuticos con el consecuente riesgo de cronificación institucional. Al respecto varios estudios de Brasil advierten la presencia de nuevas cronicidades en los servicios de salud mental “que se expresan en la retención de usuarios, en modos de gestión resistentes a operar por fuera del servicio, en producir puertas de salida y de circulación en la red”⁴⁵ (Dimenstein 2006, p. 72). En este sentido Pande y Amarante identificaron “resquicios de institucionalización” (Pande y Amarante 2011, p. 2072) aún en equipos movidos por los ideales de la reforma psiquiátrica. Estos autores llaman la atención sobre la producción de una “nueva cronicidad” manifiesta en una limitación de los intereses y los vínculos afectivos de los usuarios del CAPS, quienes concentran gran parte de sus actividades allí, incluso aquellas que podrían ser realizadas en otros espacios. Es así como Pande y Amarante encuentran en el CAPS la posibilidad de producción de nueva cronicidad, ligada a la capacidad del servicio de mantener a los usuarios en su interior, de ofrecer un espacio protegido, pero que al mismo tiempo implica procesos de dependencia (Pande y Amarante 2011). Estas relaciones de dependencia al CAPS como

⁴⁵ “...produção de novas cronicidades que se expressam na retenção de usuários, em modos de gestão resistentes em operar para fora do serviço, em produzir portas de saída e de circulação na rede...” (Dimenstein 2006, p. 72) Traducción libre de la autora.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

principal espacio de lazo social también fueron señaladas por el estudio de Mello y Furegato (2008). Del mismo modo, Correa Urquiza *et al.* (2006) identificaron una nueva institucionalización de las personas con padecimiento mental, quienes a excepción del ámbito familiar encuentran “limitadas sus existencias al territorio de los dispositivos terapéuticos” (Correa Urquiza *et al.* 2006, p.54). Un autor que propone un enfoque relacional para analizar estos procesos es Martínez Hernández (2009), al sostener que:

...los afectados por un trastorno mental severo no son islas psicopatológicas, pues viven y se construyen como individuos -como nos construimos todos- en una red de relaciones sociales. La reiteración de las recaídas o el aislamiento social no son responsabilidad exclusiva de un supuesto trastorno de base del que tan poco conocemos, sino resultado de un complejo proceso de exclusión en el que juegan factores como el estigma, la marginación, la hipertutela familiar o asistencial, la falta de autonomía y la ausencia, en definitiva, de una identidad social que no sea exclusivamente la de enfermo, paciente o usuario. Negar estas evidencias sociales sólo facilita la reproducción de metáforas que, por otro lado, ayudan a enquistar formas de subalternidad y exclusión en las que todos (pacientes, familiares, expertos, profesionales, sociedad en general) jugamos un papel destacado (Martínez Hernández 2009, p. 44).

Lo aquí señalado también se puede vincular con las dificultades en la construcción y sostenimiento de proyectos terapéuticos en el hospital de día, y que en parte podrían relacionarse con el hecho de que las y los usuarios no cuentan formalmente con un/a técnico/a de referencia responsable por enlazar las diversas intervenciones. También Wetzel *et al.* (2011) identificaron usuarios que concurren regularmente al CAPS pero no cuentan con un seguimiento terapéutico personalizado y problematizaron la falta de una perspectiva de alta que habilite otras circulaciones por fuera del servicio de salud. Si bien reconocen que algunos sujetos, en función de su situación y su padecimiento, pueden necesitar de un vínculo permanente con el CAPS que contribuya a sostener su vida en la comunidad (Wetzel *et al.* 2011). Del mismo modo Pande y Amarante (2011) en su estudio de caso encontraron que varios usuarios concurren a “pasar el tiempo” al CAPS y por un tiempo muchas veces indeterminado, por lo que no suelen darse altas (Pande y Amarante 2011). En el caso del hospital de día investigado en la presente tesis se hallaron situaciones similares, por lo que varios/as trabajadores/as insistieron en la necesidad de recuperar los sentidos de la participación de algunas/os usuarias/os, la importancia de escuchar y trabajar para localizar

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

las potencialidades y posibilidades de movimientos subjetivos singulares y a partir de éstas realizar diversas ofertas desde la institución o hacia el afuera.

En algunos procesos de trabajo se pudieron observar y escuchar situaciones en las que el equipo tomaba decisiones de modo unilateral sin hacer partícipes a las y los usuarios. También se observaron demoras en el equipo para definir el reparto del dinero de las ventas realizadas por las y los usuarios. Estos hallazgos pueden pensarse a la luz del concepto de heterogestión planteado por Figueiró y Dimenstein (2010), ya que implican actividades que quedan desarticuladas de la posibilidad de reflexión, intervención y gestión por parte de las personas usuarias. Se considera que estas prácticas con rasgos de heterogestión pueden reforzar mecanismos de infantilización y dependencia, propios de los procesos capitalísticos de subjetivación (Figueiró y Dimenstein 2010). En este sentido, en los momentos en que esas decisiones sobre la administración del dinero quedaban concentradas en el equipo se percibieron dificultades en la ampliación de la autonomía, responsabilización y protagonismo de las y los usuarios. Incluso los señalamientos de Nadia y Andrés acerca de cómo las personas usuarias raramente cuestionan lo instituido se pueden vincular con esta dimensión de heterogestión con rasgos de grupos objeto, sujetos y hablados por la institución. Siguiendo a Kaminsky “el grupo objeto es el grupo sometido a las consignas instituidas” (Kaminsky 2010, p. 34), son grupos que soportan la jerarquización institucional y cuyas acciones corresponden a lo que se espera de ellos. Cabe aclarar que para este autor no existen los grupos objeto o sujeto puros, sino que constituyen herramientas para pensar la dinámica institucional y las relaciones entre lo instituido y lo instituyente (Kaminsky 2010).

En función de lo hasta aquí planteado resulta preciso destacar la complejidad y heterogeneidad de las relaciones que se tejen en el hospital de día, su polifonía, ya que los rasgos arriba señalados coexisten con prácticas e intercambios en los que se aprecian otras relaciones entre profesionales y usuarias/os y apuestas a un mayor protagonismo, por ejemplo en espacios como las asambleas y en encuentros e intervenciones con ciertos/as usuarios/as. Costa y Paulon (2012) señalan que el protagonismo de los usuarios constituye un instrumento fundamental para enfrentar los riesgos de las cristalizaciones institucionales, resaltando la importancia de construir territorios donde los usuarios puedan participar y debatir. Con el concepto de protagonismo enfatizan aquella dimensión colectiva de la experiencia participativa que potencia la creación de las propias normas de vida. Para los autores, el

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

protagonismo requiere contar con espacios colectivos de lucha entre las fuerzas instituidas de participación y las fuerzas instituyentes, donde las normas y los discursos puedan incluir la diferencia radical de la locura. Espacios donde los usuarios puedan incidir sobre sus propias vidas formando parte de un colectivo (Costa y Paulon 2012). Siguiendo estos señalamientos se puede argumentar que ciertos espacios y encuentros que acontecen en el hospital de día logran alojar la diferencia de cada quien, al tiempo que contribuyen a dar un soporte colectivo que potencia la creación o el sostenimiento de las propias normas de vida.

Lo discutido hasta aquí permite dar cuenta de ciertas tensiones en el hospital de día a nivel de la producción de subjetividad, entre líneas reproductoras de una subjetividad capitalística, serializada; y líneas que —situadas en ruptura con esta producción de subjetividad— apuestan a la producción de procesos de singularización. Asimismo es posible sostener que en el caso del hospital de día coexisten en tensión tanto prácticas hospitalocéntricas que reproducen la inercia de lo instituido como prácticas que tienden a una producción de cuidado integral que favorece modos más autónomos y singulares de vida. Estas tensiones pueden ser leídas a la luz de los planteos de Yasui y Costa-Rosa (2008), para quienes es preciso reconocer que la práctica social de los equipos de salud mental tiene la potencialidad, por medio de los encuentros en el cotidiano, de producir nuevos procesos de subjetivación que operen en ruptura con una subjetividad serializada, la cual responde al Paradigma Psiquiátrico Hospitalocéntrico Medicalizador y al Modo Capitalista de Producción (Yasui y Costa-Rosa 2008). Este paradigma se centra en la sintomatología y pretende una adaptación de la persona “desajustada” a partir de su medicalización. En contraposición, los autores proponen un paradigma de atención psicosocial que apueste a la producción social de salud —indisociable de la producción de subjetividad— basado en el encuentro entre los sujetos con sufrimiento psíquico y la capacidad de agenciamiento de los equipos, capacidad condicionada por la plasticidad de su subjetividad y de la composición de su caja de herramientas. Esta estrategia de atención psicosocial requiere de una amplia red de cuidados en salud mental y tiene como centro al sujeto entramado en el territorio. Trabajar desde este enfoque supone estar advertido del riesgo siempre presente de reproducir la alienación de lo instituido, para lo cual será necesario un proceso de deconstrucción y construcción de categorías y vínculos, a partir de las relaciones intercesoras que se producen en los

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

encuentros, haciendo lugar a múltiples estrategias de cuidado que contribuyan a la producción de salud (Yasui y Costa-Rosa 2008, Merhy 2006).

En función de lo anteriormente planteado, desde un punto de vista micropolítico resulta preciso distinguir cómo frente a la demanda de normalización características del poder disciplinario y la lógica manicomial, las y los trabajadores de salud podrán responder a través de mecanismos normalizadores de conductas, o bien habrán de apostar a otras dimensiones como la producción deseante o la ampliación de los lazos sociales. Durante el trabajo de campo se pudieron advertir representaciones y prácticas en línea con esta apuesta en las que, con un alto grado de autonomía en los procesos de trabajo, operaba la potencia de la micropolítica del trabajo vivo en acto (Franco y Merhy 2009, Figuiéro y Dimenstein 2010).

10.4. Articulaciones con otras instituciones y sectores

Mientras los afectados por un trastorno mental severo sólo puedan habitar los territorios catalogados como terapéuticos, la rehabilitación psicosocial será un horizonte inalcanzado.
(Correa Urquiza el at 2006, p. 66)

En cuanto a las relaciones del equipo del hospital de día con otras instituciones y sectores, se logró apreciar el modo en que aquel entra en diálogo y tensiones con otras miradas, lógicas y posicionamientos como los de la Curaduría Oficial o la ONG que cuenta con casas de convivencia. Por ejemplo, en ciertos intercambios con las instituciones mencionadas se distinguieron rasgos de tutela e infantilización de las personas con padecimiento mental, por lo que los diálogos que las y los trabajadores del hospital de día puedan establecer con estos otros sectores y actores tendrán un alto valor estratégico, en la medida en que se orientan por un enfoque psicoanalítico y una perspectiva de derechos que, como ya se apuntó, rescatan la singularidad, los intereses, deseos y modos de circular por el mundo de cada usuario/a.

En cuanto a las articulaciones territoriales resultó llamativo que los procesos de trabajo del equipo del hospital de día se desarrollaran mayormente al interior de la institución. Si se tiene en cuenta la caracterización de las y los usuarios ya presentada y los procesos de trabajo del hospital de día, ambos presentan similitudes con lo hallado por Gerlero *et al.* (2010) en relación con las inequidades que condicionan la debilidad de las redes y estrategias de soporte

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

social que contribuyan a potenciar los niveles de autonomía de las personas con padecimiento mental (Gerlero *et al.* 2010). Si bien la ciudad de Bahía Blanca cuenta con un amplio primer nivel de atención en salud, varios miembros del equipo señalan una escasa articulación con este nivel que se funda en que el principal efector al que acuden las y los usuarios es el hospital. No obstante se pudieron advertir otros factores que operan en esta escasa articulación (o en que las articulaciones, de haberlas, se interrumpen) entre los que se destacan un modo de funcionamiento hospitalocéntrico y la presencia de rivalidades entre municipio y provincia, por lo que gran parte de las relaciones con otras instituciones y sectores han surgido sobre todo por invitaciones externas o por voluntades individuales de ciertas/os talleristas. Estos resultados se asemejan a lo señalado por Tosi *et al.* (2015), quienes destacan que las relaciones entre niveles de atención y sectores son aleatorias y dependientes principalmente de vínculos personales, sin claros lineamientos institucionales (Tosi *et al.* 2015). La investigación de Faraone *et al.* (2012) también encontró que los diferentes sectores suelen actuar de manera compartimentalizada, lo que conlleva dificultades para articular acciones que garanticen trayectorias de acceso (Faraone *et al.* 2012). Asimismo identificó la coexistencia de prácticas hegemónicas junto a otras más abiertas e interdisciplinarias que favorecen la disminución de las reinternaciones, la construcción de redes y el acceso a los servicios de salud mental. No obstante hallaron dificultades en el sostenimiento de alternativas al hospitalocentrismo (Faraone *et al.* 2012). Estos estudios contribuyen a mostrar que las tensiones y problemas a nivel de las articulaciones interinstitucionales e intersectoriales no son exclusivos del hospital de día investigado, sino que forman parte de las tensiones que atraviesan a múltiples servicios y equipos que trabajan en el campo de la salud mental. Por lo que gran parte de lo identificado en las representaciones y prácticas del hospital de día puede inscribirse en la serie de dificultades que aún persisten a nivel de las políticas y las prácticas de salud mental para dar lugar a eficaces articulaciones interinstitucionales e intersectoriales. Frente a estas dificultades la propuesta de continuidad e integralidad de cuidados planteada por Yanco *et al.* (2012) supone la articulación de disciplinas, acciones y servicios a nivel individual y colectivo con el fin de dar respuesta a la complejidad de las necesidades de las personas con problemas de salud mental.

Las dificultades señaladas también pueden vincularse con los interrogantes acerca de los posibles encierros que las instituciones pueden reproducir, más allá de las posibilidades

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

efectivas de entrar y salir o de circular libremente que puedan promover. Concretamente, la debilidad de estas articulaciones podría reforzar vínculos de excesiva dependencia con el hospital de día, en la medida en que éste oficiaría como uno de los escasos sostenes de ciertos/as usuarios/as. Esto puede vincularse con lo planteado por Garbus (2010), quien repara en el riesgo de que los procesos de externación de las personas con padecimiento mental perpetúen las situaciones de vulnerabilidad al sostenerlos en un lugar de pasividad. En este sentido resalta cómo las políticas implementadas en nuestro país, en virtud de su carácter eminentemente focalizado, pueden mantener procesos de estigmatización para lograr la inclusión de estos sujetos en aquellos programas que materializan las políticas sociales (Garbus 2010). Estos señalamientos pueden ponerse en diálogo con lo que plantea Martínez Hernández (2009) acerca de que más allá de los debates actuales sobre las libertades y los derechos de ciudadanía, las personas con padecimiento mental “continúan confinados en la arena social del no-lugar, en ese imaginario de incertidumbre que mueve al estigma y al férreo control de sus vidas” (Martínez Hernández 2009, p. 50).

Ciertas prácticas de apertura del hospital de día hacia algunos espacios educativos y culturales de la ciudad, tales como las articulaciones con el Museo de Arte Contemporáneo y con la Universidad Nacional del Sur, constituyen iniciativas que intentarían involucrarse en el tejido social (Basaglia 2013), y provocar rupturas con la lógica hospitalocéntrica y la inercia institucional a la que hicieron referencia algunas entrevistadas. Iniciativas que potencian la inclusión al favorecer la circulación de la voz de las personas con padecimiento mental y su sociabilidad más allá de los servicios de salud (Martínez Hernández 2009). Incluso esta apertura podría contribuir a una disminución de los procesos de estigmatización que sufren estas personas (Ardila-Gómez *et al.* 2016). Se considera que estos movimientos son posibles en tanto el trabajo vivo en acto tiene la potencialidad de interrogarse acerca de sus modos de operar y de producir movimientos descapturantes. De esta manera, las y los trabajadores de la salud en acción logran valerse de la dimensión creativa y la invención para abrir y liberar sus procesos de trabajo (Merhy 2016, Paiva 2018).

El hecho de que se retomen en la radio propuestas de usuarios de hacer circular ciertos cuestionamientos, por ejemplo en torno a la formación en salud mental, puede vincularse con la apuesta a la desinstitucionalización como proceso de deconstrucción de las relaciones con la locura que se orienta a una genuina transformación sociocultural (Torre y Amarante 2001).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Para Amarante (2009) la dimensión sociocultural —una de las más creativas y reconocidas del proceso brasileño de reforma psiquiátrica— resulta estratégica ya que:

Uno de los principios fundamentales adoptados en esta dimensión es el compromiso que la sociedad tomó al involucrarse en la discusión sobre la reforma psiquiátrica con el objetivo de provocar al imaginario social y reflexionar sobre la temática de la locura, de la enfermedad mental, de los hospitales psiquiátricos, a partir de la propia producción cultural y artística de los actores sociales (usuarios, familiares, técnicos, voluntarios) (Amarante 2009, p.72).

Para finalizar, a partir de las representaciones y prácticas de las y los trabajadores del hospital de día acerca de la producción de cuidado se pueden plantear dos desafíos principales en los procesos de trabajo:

1) A nivel de los proyectos terapéuticos singulares y su realización en las prácticas (Franco 2016), contar con proyectos coordinados por técnicas/os de referencia (Guljor y Pinheiro 2007) que posibiliten definir objetivos en conjunto con usuarias/os y sus referentes y hacer un seguimiento de la trayectoria de cada usuario/a. Esto favorecerá la construcción de estrategias terapéuticas que contemplen la complejidad de las situaciones, la corresponsabilización por el cuidado y la revisión de las propias prácticas.

2) Fortalecer las articulaciones tanto al interior del servicio de Salud Mental como interinstitucionales e intersectoriales. Dadas las características de las y los usuarios ya mencionadas y la modalidad de abordaje que propone el equipo del hospital de día, se considera que los proyectos terapéuticos podrán enriquecerse y potenciarse si, en función de las necesidades y singularidades de las y los usuarios, se favorecen articulaciones con otras instituciones y espacios sociales que contribuyan a ampliar y potenciar sus redes de conexiones existenciales. Esto supone una apertura hacia articulaciones intersectoriales y redes de cuidado que integren las dimensiones que inciden en el proceso salud-enfermedad-cuidado de las y los usuarios y favorezcan las potencias de los procesos individuales y colectivos, y donde el equipo de salud mental opere como mediador entre los recursos comunitarios y el proceso de producción de salud (Gama, Onocko Campos y Ferrer 2014; Ayres *et al* 2008). En este sentido se considera que:

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Los desafíos de la salud mental no pueden afrontarse desde el ejercicio de delegación exclusiva en los sistemas expertos de tipo sanitario (...). El riesgo de su unicidad es también el del enquistamiento de las posiciones sociales de enfermo o paciente con sus consiguientes roles de pasividad y dependencia. Mientras los afectados por un trastorno mental severo sólo puedan habitar los territorios catalogados como terapéuticos, la rehabilitación psicosocial será un horizonte inalcanzado. Los afectados y afectadas están ahí, viviendo unas existencias marcadas por la aflicción y también por un sufrimiento social derivado del estigma, de la negación de su voz y de la desvalorización de su ciudadanía. Y estas evidencias sociales difícilmente pueden reducirse a hipótesis neuroquímicas, procesos cognitivos o dinámicas del inconsciente. (Correa Urquiza el at 2006, p. 66).

Lo anterior puede ponerse en diálogo con lo planteado por Martínez Hernández (2009), quien advierte que las iniciativas de rehabilitación psicosocial se ven enfrentadas con el desafío de trabajar para evitar dos riesgos indeseados: por un lado el confinamiento en los espacios terapéuticos y por otro la desprotección y el aislamiento social, por lo que proponen la combinación de espacios intermedios y estrategias individualizadas en pos de abrir las redes de las personas con padecimiento mental hacia un abanico amplio de relaciones (Martínez Hernández 2009).

Se considera que tanto el riesgo de producción de cronicidad y de nuevas formas de confinamiento institucional, como las dificultades para que ciertas personas jóvenes con padecimiento mental puedan servirse de la propuesta del hospital de día, podrían ser repensados a la luz de estos desafíos.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

11. Conclusiones

“... el trabajo en el campo de la salud mental –que se dirige a desinhibir la producción del deseo y, al mismo tiempo, a generar redes inclusivas en la producción de nuevos sentidos para vivir en el ámbito social– es de alta complejidad, múltiple, interdisciplinario, intersectorial e interprofesional; y es factible solo si forma parte de una “revolución cultural” del imaginario social de los diversos sujetos y actores sociales, o sea, si se constituye, además, como generador de nuevas posibilidades antihegemónicas de comprender la multiplicidad y el sufrimiento humano dentro de un campo social de inclusión y ciudadanía.” (Merhy 2016, p. 187).

La presente investigación realizada en un hospital de día de salud mental profundizó en las relaciones entre las representaciones de los trabajadores acerca de la producción del cuidado y sus prácticas cotidianas.

La metodología cualitativa seleccionada se mostró adecuada en función del recorte de este objeto de estudio, ya que posibilitó poner en diálogo las representaciones y lo que los trabajadores hacen en su cotidiano para aproximarse a la producción de cuidado a que sus prácticas dan lugar. El recurso de la observación participante resultó estratégico para la entrada al campo, para el acceso a las prácticas y a las relaciones tanto entre las/os trabajadoras/es como entre éstos y las/os usuarias/os, lo que contribuyó al estudio de las articulaciones entre los procesos de trabajo, la producción de cuidado y de subjetividad. Además la entrevista semiestructurada se nutrió de lo relevado en las observaciones y permitió profundizar las dimensiones de las representaciones sobre los objetivos de la institución, sus destinatarias/os, las múltiples tareas que desarrolla el equipo de salud, sus orientaciones clínicas y de gestión, y sus relaciones con otras instituciones y sectores.

Se identificaron condiciones políticas e institucionales que ubican en un lugar de marginalidad y precariedad a este hospital de día, lo que condiciona fuertemente las prácticas de las y los trabajadores y la producción de cuidado que éstas pueden vehicular. Por ejemplo la discontinuidad y precariedad laboral de las/os talleristas y la condición de becaria de una de las trabajadoras sociales, afectan la posibilidad y el sostenimiento de prácticas que apunten a la producción de un cuidado integral.

Se caracterizó a las personas usuarias de esta institución desde la perspectiva de las y los trabajadores, quienes destacaron la afectación del lazo social ligado al padecimiento mental y a la experiencia de internaciones por salud mental. Asimismo resaltaron múltiples déficits en el acceso a derechos sociales como vivienda, trabajo, alimentación y educación,

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

entre otros. Se halló que el contexto histórico-social en el periodo investigado (2018-2019), caracterizado por el recorte y/o la insuficiencia de políticas, medios y apoyos para un efectivo acceso a estos derechos para este grupo poblacional, condiciona y restringe las prácticas en los servicios de salud como la institución estudiada. Sus efectos se traducen en que la mayoría de las personas usuarias residan en hogares asistidos con un alto grado de precariedad en la cobertura de sus necesidades básicas, que varias expresen frecuentemente su preocupación por la falta de trabajo o la escasez de sus ingresos económicos, que el equipo del hospital de día encuentre que ciertos/as usuarios/as concurren con mayor frecuencia para poder hacer uso del comedor, entre otras situaciones de vulnerabilidad.

En cuanto a las dimensiones que condicionan lo arriba expuesto, esta investigación reconoció la vigencia de una lógica manicomial que atraviesa distintos componentes del tejido social y que afecta a las personas con padecimiento mental al perpetuar relaciones de poder con características disciplinarias. Esta lógica, inscripta en un complejo de relaciones y prácticas sociales que configuran un mundo manicomial, es productora y reproductora de procesos de estigmatización y exclusión, tutela e inhibición del deseo, que generan que estas personas vean minada su capacidad para actuar y decidir sobre sus vidas.

El trabajo de campo posibilitó visualizar al espacio del hospital de día como lugar de relaciones, conversaciones y sobre todo encuentros. Un espacio abierto, de entradas y salidas. Las restricciones a la libertad características de las internaciones por salud mental y de ciertos hogares asistidos en los que residen gran parte de las y los usuarios, contrastan con la libertad de movimientos que fue posible visualizar cotidianamente en el hospital de día.

A partir de las representaciones y prácticas de las y los trabajadores de la institución se identificaron múltiples objetivos que guían su trabajo cotidiano: favorecer la accesibilidad a derechos sociales y al derecho a la salud en particular, desde un abordaje de las distintas dimensiones de la vida de las/os usuarias/os; promover la autonomía y el autovalimiento y ofrecer un espacio que colabore en la construcción de vínculos frente a las dificultades en el lazo social. Estos objetivos, que procurarán lograrse a través de diversas actividades grupales y de variables acompañamientos individuales, se enmarcan en un enfoque terapéutico y un modo de funcionamiento que, centrado en las tecnologías blandas, posibilita la libre circulación de las y los usuarios y procura estar atento a la singularidad de los modos de andar por el mundo de cada uno/a.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

De las representaciones y prácticas también se desprendieron ciertas tensiones en las que se inscriben los procesos de trabajo: por un lado el equipo apela cotidianamente a procesos de responsabilización y contractualización, a construir relaciones más horizontales con las personas usuarias, a favorecer cierta accesibilidad y conexión con el exterior. Por otro lado en ciertas dinámicas e intercambios aún se juegan representaciones, prácticas y relaciones de poder con características disciplinarias ligadas al lugar histórico asignado a la locura en la sociedad.

En relación con lo anterior, si bien fue posible vincular los objetivos del hospital de día con una perspectiva de rehabilitación psicosocial, se suscitaron interrogantes acerca de los posibles encierros que pueden estar operando en la institución, los cuales se entranan en las contradicciones y tensiones que atraviesan la complejidad del proceso de rehabilitación psicosocial en esta institución particular. Por lo que esta investigación también se interrogó por la posibilidad de reproducción de encierros, esta vez al interior del hospital de día, que podrían reforzar aquellos procesos de estigmatización y exclusión que atraviesan a muchas personas con padecimiento mental y que los trabajadores de esta institución justamente se proponen deconstruir.

Teniendo en cuenta lo planteado por Poirel *et al.* (2013) acerca de las dificultades para ponderar las contribuciones de servicios como los hospitales de día, dado que sus prácticas suelen ser menos reconocidas que aquellas dominantes en el campo de la salud mental, lo que las ubicaría en una posición marginal (Poirel *et al.* 2013); se considera que una contribución relevante del presente estudio ha sido visibilizar las prácticas que se realizan en esta institución, prácticas frecuentemente invisibilizadas incluso por el mismo servicio de Salud Mental del que ésta depende. Desconocimiento que se enlaza con las relaciones de tensión y subordinación entre el hospital de día y otras áreas del servicio de Salud Mental, y con los rasgos de marginalidad y precariedad ya mencionados. Concretamente, el modo de concebir a las y los usuarios y la modalidad de abordaje que el equipo del hospital de día ha construido no son compartidos por varios actores de las otras áreas ni por la conducción del servicio. Estas diferencias y tensiones se traducen en prácticas que están desconectadas entre sí y que fragmentan a las/os mismas/os usuarias/os, lo que incide en la producción de cuidado.

El presente estudio halló que el propio equipo del hospital de día ha gestionado, en diversos momentos, espacios de supervisión para poner a trabajar ciertas preguntas derivadas

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

de su quehacer, los cuales no forman parte de una política ni de una estrategia de formación y/o evaluación sostenida desde los ámbitos de gestión.

Se encontraron una serie de desafíos de los procesos de trabajo del equipo del hospital de día que inciden en la producción de cuidado:

a) Varias trabajadoras entrevistadas mencionaron dificultades por parte del equipo para trabajar por fuera del espacio de la institución. Estas expresiones junto a ciertas observaciones de la dinámica cotidiana dan cuenta de limitaciones para sostener articulaciones intersectoriales y comunitarias que favorezcan la circulación de las y los usuarios por diversos espacios del tejido social.

b) Cierta inercia institucional, expresada en algunas dinámicas de los espacios grupales tales como las retiradas sistemáticas de las y los usuarios o su demora en la concurrencia a tales espacios, que interrogan acerca de posibles modos de resistencia a lo instituido.

c) Dificultades para que el hospital de día pueda constituirse en una oferta también para personas jóvenes con padecimiento mental, según sus momentos subjetivos, necesidades e intereses.

d) En cuanto a los tiempos de concurrencia de las y los usuarios y si se han propuesto altas de la institución se advirtieron diferencias entre los profesionales: para algunas/os no es necesario tener una proyección de alta ya que sostienen que quien ya no requiere del espacio del hospital de día dejará de concurrir por sí mismo. Para otros/as, en cambio, no contar con un horizonte de alta posible puede contribuir a sostener la permanencia indefinida de las y los usuarios. Se registró una perpetuación en el tiempo de concurrencia de ciertos usuarios sin claridad de los por qué o para qué, lo que daría cuenta de dificultades en la construcción y sostenimiento de proyectos terapéuticos con el consecuente riesgo de captura y cronificación institucional. En efecto, varias trabajadoras insistieron en la necesidad de recuperar los sentidos y objetivos de la participación de algunas/os usuarias/os, en la importancia de escuchar y trabajar para localizar las potencialidades y posibilidades de movimientos subjetivos singulares y a partir de éstas realizar ofertas desde la institución. Estas aspiraciones, que no siempre se logran, aparecen bajo diversas formas en sus intercambios y prácticas cotidianos.

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

Este estudio se aproximó a la diversidad de efectos que promueve este hospital de día, entre los que se destacan: el alivio frente al padecimiento subjetivo, la producción de lazos afectivos y de amistad; la posibilidad de encontrar o construir lugares propios y singulares, de apoyo entre pares, de fortalecer la autonomía, el autovaloramiento y desarrollar habilidades personales, entre otras posibilidades. Profundizar en las particularidades de tales efectos requeriría de un estudio enfocado específicamente en las personas usuarias, lo que excede los alcances de la presente investigación. No obstante se considera de suma relevancia que futuras investigaciones recuperen las perspectivas de estas personas, muchas de las cuales durante el trabajo de campo se mostraron sumamente interesadas en compartir sus experiencias con la investigadora.

Las y los trabajadores destacaron la estabilidad de los vínculos que se construyen en la institución y el valor para las y los usuarios de contar con el hospital de día como un lugar de referencia. Se distinguieron ciertos aspectos de las prácticas vinculados al acompañamiento a las iniciativas de las y los usuarios, al establecimiento de contratos, a la mediación en situaciones de conflicto y al ofrecimiento de una instancia a la cual acudir cuando lo acordado no se cumple por alguna de las partes.

Se considera que los resultados de esta investigación, al visualizar las relaciones entre las representaciones y prácticas de los trabajadores, pueden aportar conocimiento local para los procesos de toma de decisiones en los planos de las políticas y de la gestión de los servicios de salud mental, y de este modo colaborar en la —tan necesaria y ansiada— implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Por lo que también se considera oportuno desprender las siguientes recomendaciones:

a) Promover investigaciones que den cuenta de los efectos de los servicios de salud mental en la vida de las y los usuarios y contribuyan a reconocer su eficacia en el abordaje de las personas con padecimiento mental.

b) Se considera fundamental que las políticas de educación, formación y/o capacitación del personal de los servicios de salud mental prioricen y sostengan espacios de supervisión y de educación permanente en salud. Espacios en los que los/as propios/as trabajadores/as puedan articular los interrogantes de sus prácticas con procesos pedagógicos que colaboren en la salida de encierros y capturas institucionales y de este modo redunden en una ampliación de la eficacia de su trabajo. No obstante se advierte que tanto estas como otras

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

propuestas de soportes para los procesos de trabajo no resultarán suficientes en la medida en que no se articulen con las necesarias transformaciones sociales, económicas, culturales y políticas orientadas a garantizar a las personas con padecimiento mental derechos sociales fundamentales como vivienda, educación, trabajo y alimentación.

c) Se subraya la importancia de modificar la situación de precariedad política e institucional de servicios como este hospital de día y asignar los recursos necesarios para su adecuado funcionamiento. Resulta imperioso priorizar en las políticas de salud mental servicios ambulatorios como los hospitales de día o centros de día, dado que constituyen espacios estratégicos para la rehabilitación psicosocial y el sostenimiento de la vida en la comunidad de las personas con padecimiento mental en los términos que plantea la legislación nacional. Tal como se señaló, esta precariedad condiciona las posibilidades del trabajo cotidiano de las y los trabajadores, lo que incide en la producción de cuidado. Siguiendo a Yanco *et al.* (2012), contar con servicios de base comunitaria resulta clave “para mejorar la accesibilidad geográfica, cultural, económica y social de las personas con padecimientos mentales” (Yanco *et al* 2012, p.32).

En contraposición se observa con preocupación la vigencia —y hasta el refuerzo— de iniciativas que pretenden sostener los hospitales monovalentes en clara violación a los derechos de las personas con padecimiento mental y los lineamientos reconocidos en la mencionada normativa. Es así que tras la llegada del año 2020, en el que tendría que haberse convertido en realidad el cierre de los manicomios, su “sustitución definitiva” (Argentina 2010) aún está muy lejos de haberse alcanzado. En este sentido Faraone y Barcala (2020) señalan la presencia de avances y retrocesos pendulares en el sostenimiento de prácticas alternativas al hospitalocentrismo, ya que:

...en algunos casos las experiencias se fortalecieron y en otros solo fue posible su sostenimiento, que quedó vinculado a grupos de trabajadoras, trabajadores, usuarias, usuarios y familiares que apostaron a su implementación; pero también hubo experiencias que fueron castigadas, desfinanciadas y finalmente desarticuladas. Estas últimas estuvieron ligadas a procesos gubernamentales neoliberales (Murillo, 2015) que, en los diferentes ámbitos jurisdiccionales, avanzaron en detrimento del sistema de salud en general y de salud mental en particular. (Faraone y Barcala 2020, p. 131).

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

No obstante es preciso destacar algunos de los procesos recientemente en curso como los que proponen la transformación de los hospitales públicos monovalentes de la provincia de Buenos Aires, a partir de un cambio del modelo de atención en salud mental que efectivice la sustitución de las instituciones manicomiales por dispositivos con base en la comunidad. En este sentido, Faraone y Barcala (2020) vislumbran la posibilidad de transitar una nueva etapa de políticas públicas con un Estado presente en el campo de la salud mental, con mayor participación social y de la comunidad. Con todo, se señala la importancia de que estos procesos se amplíen y contribuyan a la deconstrucción de la lógica manicomial que aún permea diversos componentes del tejido social y sus instituciones, perpetuando relaciones de tutela y mecanismos de exclusión social hacia las personas con padecimiento mental.

Teniendo en cuenta la complejidad de las dimensiones que se entran en el cambio de paradigma en las prácticas que propone la Ley Nacional de Salud Mental, Campodónico (2018) señala que si bien se reconoce la necesidad de dar a las problemáticas de salud mental una respuesta integral, compleja y centrada en la dimensión histórico-social, en gran medida la orientación de la formación de los recursos humanos y la práctica de los servicios sanitarios aún continúa reforzando una mirada individualista, fragmentada, reduccionista y desligada de lo social. Como consecuencia, frecuentemente los programas asistenciales siguen una lógica sectorial con focalización de las/os destinatarias/os y fragmentación de las acciones, lo que se manifiesta en dificultades para coordinar y articular objetivos, recursos y acciones entre áreas de distintas dependencias del Estado. Este análisis se asemeja a lo planteado por Yanco *et al* (2012) acerca de que reorientar las acciones en salud desde las necesidades poblacionales y los cambios de escenarios psicosociales y epidemiológicos resulta un desafío difícil de alcanzar debido a que generalmente “ponen en cuestión los modelos de atención, las praxis sociales y culturales y los paradigmas de formación y actuación profesionales” (Yanco *et al.* 2012, p. 32). En este sentido el problema de los recursos humanos en salud mental comparte algunas características con los recursos humanos en salud en general, tales como la precarización laboral y la inadecuada orientación formativa de las instituciones formadoras, lo que ha redundado en un bajo grado de conocimientos y competencias básicas para trabajar en lo público en todos los niveles de acción sanitaria, y en dificultades para abordar las problemáticas más prevalentes en salud mental que impactan sobre grupos en situación de vulnerabilidad, entre otros efectos (De Lellis 2013). A la complejidad de este panorama es

Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018-2019. Bucciarelli M.C. [Tesis de Maestría]. Maestría en Salud Colectiva. Universidad Nacional del Sur. 2021.

posible añadir otro obstáculo advertido por Rovere (2006), quien subraya que el campo de los recursos humanos en salud en tanto “espacio de producción, de pertinencia, de generación y circulación de conocimiento, de legalidad y de legitimidad para trabajar en salud” (Rovere 2006, p. 46), a pesar de su alto potencial para dar curso y dinamizar las intervenciones en salud, no está suficientemente visibilizado y presenta dificultades para entrar en la agenda de salud a disputar prioridades (Rovere 2006).

Para finalizar, frente a la complejidad aludida y a lo preocupante de algunos semblantes de los escenarios actuales, esta tesis se inscribe en apuestas como la del epígrafe, ya que aspira a contribuir a la multiplicidad de procesos de lucha micropolíticos contrahegemónicos que cotidiana e incansablemente trabajadoras/es, usuarias/os y familiares llevan adelante y que apuntan a que las personas con padecimiento mental puedan no sólo salir de los manicomios —más grandes o más pequeños— que habitan la sociedad, sino vivir dignamente y según sus modos singulares en la comunidad.

12. Referencias bibliográficas

- ALVERGA, AR. y DIMENSTEIN, M. 2006 Jul-diez. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da locura. [en línea] [citado 4 nov 2019]. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v.10, n.20, pp. 299-316. ISSN 1414-3283.
- AMARANTE, P., 2009. *Superar el manicomio. Salud Mental y Atención psicosocial*. Buenos Aires: Topía editorial. ISBN 9789871185313
- AMORIM, AKMA. y DIMENSTEIN, M. 2009. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 14(1), pp. 195-204. [en línea] [citado 24 nov 2016]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025. ISSN 1413-8123.
- ARAKAKI, J. 2011. Significados de la enfermería: escuchando a los alumnos de la carrera. UNLa 2008-2010 [Tesis de Maestría en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/029394_Arakaki.pdf
- ARDILA-GÓMEZ, S. *et al.* 2016. El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales. *Salud Colectiva*. 12(2), pp. 265-278. doi: 10.18294/sc.2016.1000. [en línea] [citado 24 nov 2016]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/scol/v12n2/1851-8265-scol-12-02-00265.pdf>. ISSN 1669-238.
- ARGENTINA. 2010. Ley nacional N° 26657 Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley N° 22.914 [en línea]. [citado 4 abr 2015]. Disponible en: <http://infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- ARGENTINA. 2013. Decreto 603/2013. Ley N° 26.657. Apruébase reglamentación. [en línea]. [citado 8 nov 2019]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>
- ARGENTINA. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Programa Vuelta a Casa. [en línea] [citado 19 jul 2019]. Disponible en: www.argentina.gob.ar/salud/hospitalbonaparte/pacientes/servicios/vueltaacasa.
- ARGENTINA. Ministerio de Producción y Trabajo. Programa Promover la Igualdad de Oportunidades de Empleo. [en línea] [citado 19 jul 2019]. Disponible en: www.argentina.gob.ar/trabajo/discapacidad/promover

- A.S.S. N° 1 Triestina. 2005. Dipartimento di Salute Mentale. Ufficio per la Formazione e l'Inserimento Lavorativo. Percorsi di inserimento Lavorativo. [en línea] [citado 31 jul 2019]. Disponible en: http://www.triestesalutementale.it/segnalazioni/formazione/doc/2005-11-21_oper_sardegna/04_riabilitazione/inserimento_lavorativo.pdf
- AYRES, JRCM. 2000. Cuidado em saúde: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface*, 6, 117-120. [en línea] [citado 21 ene 2021]. Disponible en https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100010. ISSN 1807-5762.
- AYRES, JRCM. *et al.* 2008. El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. En Czeresnia, D. (comp.). *Promoción de la salud: conceptos reflexiones y tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial, pp. 135-161. ISBN-13: 978-950-892-252-6.
- AYRES, JRCM. 2009. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJABRASCO. ISBN: 978-85-89737-49-4
- AYRES, JRCM. 2018. El cuidado. Los modos de ser (del) humano y las prácticas de salud. En Paiva, V. *et al.* *Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*. Temperley: TeseoPress. ISBN 978-987-42-7647-6
- BABINSKI, T. y HIRDES, A. 2004. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. *Texto contexto - enferm.* [online]. vol.13, n.4, pp.568-576. [en línea] [citado 14 ago 2019]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072004000400009&script=sci_abstract&tlng=es. ISSN 0104-0707.
- BASAGLIA, F. 2013. *La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Topía Editorial. ISBN 9789871185610.
- BASAGLIA, F. 1964. La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo de istituzionalizzazione. [en línea]. [citado 4 abr 2015]. Disponible en: <http://triestesalutementale.it/letteratura/testi/35distr.htm>
- BENEVIDES, D.S. *et al.* Jan./mar. 2010. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 14 (32), pp.127-38. [en línea] [citado 24 nov 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/11.pdf>. ISSN 1414-3283.
- BIALAKOWSKY AL. *et al.* Sep/dic 2009. *Homo faber: esculpiendo hombres*. La coproducción investigativa en la interioridad de una práctica. *Convergencia*. UAEMex, 51, pp. 183-212. [en línea] [citado 24 mar 2021]. Disponible en:

- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-14352009000300008&lng=es&nrm=iso. ISSN 1405-1435
- BORGES, JL. 1984. El etnógrafo. En *Obras completas 1923-1972*. Buenos Aires: Emecé. ISBN 950-04-0217-3.
- BOURDIEU, P. CHAMBOREDON, J-C. y PASSERON, J-C. 2002. *El oficio de sociólogo*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. ISBN 987-1105-10-X.
- BOURDIEU, P. y WACQUANT, L. 2014. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. ISBN 987-1220-34-0.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 19 feb 2002. Portaria MS/GM N° 336 [en línea]. [citado 8 abr 2015]. Disponible en: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf
- BREILH, J. 2015. *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial. ISBN 950-892-147-1.
- CÁCERES, P. 2003. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*. Vol 2. pp. 53-82. [en línea]. [citado 28 nov 2016]. Disponible en: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/3>. ISSN 0717-7798
- CAMPODÓNICO N. 2018. La configuración de las políticas públicas en Argentina. Desde la profesionalización de la Psicología hasta la Ley de Salud Mental (1954–2010). *Coordenadas. Revista de Historia local y regional*. Vol 5, No 2. [en línea]. [citado 16 may 2021]. Disponible en: <https://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/coordenadas/article/view/12805/html>. ISSN 23624752.
- CAMPOS, GWS. 2009. *Gestión en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial. ISBN 9789508921321
- CARPINTERO, E. y VAINER, A. 2005. *Las huellas de la memoria II. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70*. Tomo II: 1970-1983. Buenos Aires: Topía Editorial. ISBN 9871185073.
- CARVALHO ALVES, HM. DOURADO, LBR. y CORTES, VNQ. 2013. A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 18(10), pp. 2965-2975. [en línea] [citado 24 nov 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n10/v18n10a21.pdf>. ISSN 1413-8123.
- CECILIO, LCO. y MERHY, EE. 2003. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. En: Pinheiro R. Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e*

práticas em saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, pp.197-210. Disponible en <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>

CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES. 2015. *Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. [en línea] [citado 2 feb 2017]. Disponible en <http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/>. ISBN 9789872908058.

CERON-MARTINEZ, AU. 2020. La construcción del objeto de estudio. Lecciones epistemológicas a partir de la obra de Pierre Bourdieu. *Cinta moebio*. n.67 [en línea] [citado 11 mar 2021], pp.75-84. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-554X2020000100075&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-554X.

CHIARVETTI, S. 2008. La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental. [Comentario]. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* [en línea]. [citado 4 abr 2015], Vol XVII, pp. 173-182. Disponible en: <http://clinicapsicologica.org.ar/numero.php?idn=20>. ISSN 0327-6716.

COHEN, H. y NATELLA, G. 2013. *La Desmanicomialización. Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial. ISBN 978-950-892-425-4.

COHEN, JM. 2017. “*La Casa de Ramos Mejía*”. *Salud mental comunitaria en el marco de las políticas de salud mental de la Provincia de Buenos Aires*. [en línea] [citado 19 jul 2019]. Tesis Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/10690>

CORREA URQUIZA, M. *et al.* 2006. La Evidencia Social del Sufrimiento. Salud Mental, Políticas Globales y Narrativas Locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 22, pp. 47-69. [en línea] [citado 2 feb 2017]. Disponible en <http://www.raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/121042/201089>. ISSN 0211-5557.

COSTA, DFC y PAULON, SM. 2012 out-dez. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, pp. 572-582. [en línea] [citado 24 nov 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a09v36n95.pdf>. ISSN 0103-1104.

CRUZ NETO O. 2007. El trabajo de campo como descubrimiento y creación. En: MINAYO MCS. (org.) *Investigación social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial. ISBN 978-950-892-171-0

DELEUZE, G. y GUATTARI, F. 2006. Micropolítica y segmentaridad. En: *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. 7ª Edición. Valencia: Pre-Textos, pp. 213-237. ISBN 978-84-85081-95-0.

DE LELLIS M. 2013. Salud mental en la agenda de las políticas públicas de salud. *Aletheia* 41, pp.8-23. ISSN: 1981-1330

DIMENSTEIN M. 2013, ene-jun. La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. Cali, *Revista CS*, 11, pp. 43-72. ISSN 2011– 0324.

DIMENSTEIN M. 2006, jun. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental* 4 (6), Barbacena, p. 69-83. [en línea]. [citado 8 feb 2017] Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S1679-44272006000100007. ISSN 1679-4427.

DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL. 2013. Plan Nacional de Salud Mental. [en línea]. [citado 7 ago 2016]. Disponible en: http://bvs.psi.uba.ar/local/File/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf

FARAONE S. y BARCALA A. 2020. A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo. ISBN 978-987-723-257-8

FARAONE, S. *et al.* 2012 set. Accesibilidad y derechos humanos: análisis de los procesos de atención alternativos al modelo asilar en Santa Fe y Tierra del Fuego. *Revista Argentina de Salud Pública*, 3 (12), pp. 28-33. [en línea] [citado 4 feb 2017]. Disponible en <http://www.rasp.ms.gov.ar/rasp/articulos/volumen12/28-34.pdf>. ISSN 1853-810X.

FERNÁNDEZ, AM. 2008. Lógicas colectivas y producción de subjetividad. En: *Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires: Biblos, pp. 271-282. ISBN 978-950-786-575-6.

FERREIRA, MSC. y PEREIRA, MAO. 2012 mar-abr. Cuidado em saúde mental: a escuta de pacientes egressos de um Hospital Dia. *Revista brasileira de Enfermagem*. Brasilia, 65(2), pp. 317-23.

FIGUEIRÓ, RA. y DIMENSTEIN, M. 2010 may-aug. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? *Fractal, Revista de Psicologia*. Rio de Janeiro, 22 (2), pp. 431-446. ISSN 1984-0292.

FOUCAULT, M. 2008. *El poder psiquiátrico*. 1ª Edición. 2ª Reimpresión. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. ISBN 978-950-557-637-1.

- FOUCAULT, M. 2009a. *Historia de la locura en la época clásica I*. 1ª Edición. 7ª Reimpresión. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. ISBN 9789505579235.
- FOUCAULT, M. (2009b) *Historia de la locura en la época clásica II*. 1ª Edición. 7ª Reimpresión. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. ISBN 9789505570805.
- FOUCAULT, M. 1979. Poderes y estrategias. En *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta. ISBN 84-7.443-017-8.
- FRANCO, TB. 2006. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. En: Pinheiro R. y Mattos RA. (Orgs.) *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, pp. 459-473.
- FRANCO, TB. 2016. El uso del flujograma descriptivo y los proyectos terapéuticos para analizar los servicios de salud como soporte de la planificación: el caso del municipio de Luz, en Minas Gerais. En *Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial. ISBN 978-950-892-528-2.
- FRANCO, TB. y MERHY, EE. 2004. O uso de ferramentas analizadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAP (Campinas-SP). En Merhy EE. et al. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS NO COTIDIANO*. São Paulo: Hucitec. ISBN 85-271-0614-0.
- FRANCO, TB. y MERHY, EE. 2009. Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud Colectiva*. 5(2), pp. 181-194. ISSN 1669-2381. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/259>
- FRANCO, TB. y MERHY, EE. 2011. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*. 7(1), pp. 9-20. ISSN 1851-8265. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000100002&lang=pt
- FRANCO, TB. y MERHY, EE. 2016. *Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial. ISBN 978-950-892-528-2.
- GAMA, C. A. P. da; ONOCKO CAMPOS, R. T., y FERRER, A. L. 2014, mar. Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(1), pp. 69-84. [en línea] [citado 10 feb 2017]. ISSN 1415-4714. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000100006.
- GARBUS, P. 2010. Consideraciones sobre las categorías de acceso a la atención en salud y procesos de estigmatización en personas externadas de instituciones de salud mental. *Anuario de Investigaciones*, 17, pp. 309-316. [en línea] [citado 2 feb 2017]. ISSN 0329-5885.

Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862010000100030

GARCÍA, MJ y MAS HESSE .2012. Los hospitales de día en la red de salud mental. En DESVIAT M. y MORENO PÉREZ A. (edit.) *Acciones de salud mental en la comunidad*, Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 389- 399.

GERLERO, S *et al.* 2010 mar. Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en salud mental en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1 (2), pp. 24-29. [en línea] [citado 2 feb 2017]. ISSN 1853-810X. Disponible en: <http://www.rasp.ms.gov.ar/rasp/articulos/volumen2/diagnostico-evaluativo.pdf>

GIOVANELLO DÍAZ, ARM. 2009. *Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: a regulação da porta nos Centros de Atenção Psicossocial*. Tesis de Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Disponible en: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/311883/1/Diaz_AlbertoRodolfoManuelGiovanello_M.pdf

GISBERT, C. (Coord.) 2002. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. *Cuadernos Técnicos 6*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

GOFFMAN, E. 2001. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu editores. ISBN 9789505181940.

GUATTARI, F. 2013. *Líneas de fuga. Por otro mundo de posibles*. Buenos Aires: Cactus. ISBN 978-987-29224-4-3.

GUATTARI, F, ROLNIK S. 2006. *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Madrid: Traficantes de sueños. ISBN 978-84-96453-05-0.

GUATTARI, F, ROLNIK S. 2013. *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Buenos Aires: Tinta Limón. ISBN 9789872739027.

ITALIA. 1978. Ley 180 Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori [en línea]. [citado 4 abr 2015]. Disponible en: http://salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_888_allegato.pdf

GULJOR, AP. y PINHEIRO, R. 2007. Demandas por cuidado na desinstitucionalização: concepções e percepções dos trabalhadores sobre a construção de demanda e necessidades em saúde mental. En Pinheiro R, Guljor AP, Junior AGS y Mattos RA. (Orgs.) *Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos*. Río de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, pp. 65-90. ISBN 978-8589737-39-5.

- HELLER A. 2011 On the concept of care. En Pinheiro R, Gomes da Silva A. *Cidadania no cuidado. O Universal e o común na integralidades das acções de saude*. Rio de Janeiro: CEPESC. ISBN 9788589737685
- JODELET, D. 1986. La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En: *Psicología Social, II*. Barcelona: Ediciones Paidós, 469-494.
- KAMINSKY, G. 2010. Propuestas. En: *Dispositivos institucionales I*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2010. pp. 17-40. ISBN 9789508923684.
- KIRSCHBAUM, DIR. y PAULA, FKC. 2001, set-out. O trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas-SP. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 9(5):77-82. [en línea] [citado 23 ago 2019]. ISSN 1518-8345. Disponible en: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/84170/1/S0104-11692001000500012.pdf>
- LAPPANN BOTTI, NC. y LABATE, NC. 2011, out-dez. Oficinas em Saúde mental: a representação dos usuários dos Serviços de Saúde Mental. *Texto & Contexto Enfermagem*. 13(4), pp. 519-26. [en línea] [citado 24 nov 2016]. ISSN 0104-0707. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a03.pdf>
- LEÃO, A. y BARROS, S. 2011, jan-mar. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 15, n.36, pp.137-52. [en línea] [citado 24 nov 2016]. ISSN 1414-3283. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/a11v1536.pdf>
- LEHNER P. 2018. Reflexiones en torno a los cuidados informales y los desafíos para su formalización. *Sade Revista de Ciencias de la Salud y el Deporte*. 1 (1), pp. 89-97. [en línea] [citado 25 ene 2021]. ISSN 2618-3900. Disponible en: <https://publicaciones.unpaz.edu.ar/OJS/index.php/sade/article/view/224>
- LÓPEZ, E. y FINDLING L. 2018. Introducción. Acerca de la solidaridad intergeneracional. En Findling L. y López E. (comp.) *Cuidados y familias. Los senderos de la solidaridad intergeneracional*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo. ISBN 978-987-723-154-0
- LÓPEZ, M. y LAVIANA, M. 2007. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 99, pp. 187-223. ISSN 0211-5735.
- LÓPEZ MOSTEIRO, C. 2015. *Trabajo vivo en acto. Clínica de los encierros*. Buenos Aires: Topía Editorial. ISBN 9789871185894.
- MANNONI, M. 1987. *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*. México D.F.: Siglo veintiuno editores. ISBN 9682306124.

- MANTILLA, MJ. 2015. Narrativas terapéuticas. Una mirada hacia las intervenciones psicoanalíticas desde una perspectiva socioantropológica. *Cuadernos de Antropología Social*, 41, pp. 93-108. [en línea] [citado 6 feb 2017]. ISSN 1850-275X. Disponible en <http://www.scielo.org.ar/pdf/cas/n41/n41a06.pdf>
- MANTILLA, MJ. Y ALONSO, JP. 2012. Aportes socio-antropológicos de las etnografías en hospitales psiquiátricos. Revisión de la bibliografía anglosajona y latinoamericana. *Culturas Psi*, Vol. 0 [en línea] [citado 6 feb 2017]. ISSN 2313-965X. Disponible en: <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/culturapsi/article/view/3892/3630>
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ A. 2009, jan-abr. Más allá de la rehabilitación psicosocial. Metáforas de exclusión y tareas de inclusión. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. Vol. 1, nº1, pp.42-54. ISSN 2595-2420.
- MELLO, R. y FUREGATO, ARF. 2008 set. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca do CAPS. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 12 (3), pp. 457-64. [en línea] [citado 24 nov 2016]. ISSN 1414-8145. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a10.pdf>
- MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL (MDRI) y CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS). 2007. *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Estados Unidos: Mental Disability Rights International. [en línea] [citado 24 nov 2016]. ISBN: 978-1-60461-304-9. Disponible en: http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf
- MENÉNDEZ, E. 1990. El Modelo Médico Hegemónico: estructura, función y crisis. En *Morir de alcohol. Saber y Hegemonía Médica*. pp. 83-117. México: Casa Chata. ISBN 968390405X.
- MENÉNDEZ, E. 2009. Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. En *De sujetos, saberes y estructuras*. pp. 52-72. Buenos Aires: Lugar. ISBN 9508923458.
- MERHY, EE. 2006. *Salud. Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial. ISBN-13: 978-950-892-267-0.
- MERHY EE. 2016. El cuidado es un acontecimiento y no un acto. En FRANCO, TB. y MERHY, EE. *Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial. ISBN 978-950-892-528-2.
- MERHY, EE. FEUERWERKER LCM. y SILVA E. 2012. Contribuciones metodológicas para estudiar la producción de cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud Colectiva*. 8(1), pp. 25-34. [en línea] [citado 24

nov 2016]. E-ISSN 1851-8265. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v8n1/v8n1a03.pdf>

MERHY, EE., FEUERWERKER L. y CECCIM R. 2006. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. *Salud Colectiva*, 2(2), pp.147-160. [en línea] [citado 24 nov 2016]. ISSN 1669-2381. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/62/43>

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*, Universidad de Buenos Aires vol. XXI, 2014, pp. 217-224. [en línea] [citado 11 feb 2021] ISSN 0329-5885. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994021>.

MINAYO, MCS. 2009. *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial. ISBN 978-950-892-331-8.

MINAYO, MCS. 2010. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 6 (3), pp. 251-261. [en línea] [citado 10 MAR 2021]. ISSN: 1669-2381. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/283/289>

MOURATIAN, P. 2014. *Prácticas Inclusivas en Salud Mental y Adicciones con enfoque de Derechos Humanos*. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo . INADI. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo - INADI. ISBN 978-987-1629-48-0.

Resultado: programa Solidaridad Cultural 2019. *Municipalidad de Bahía Blanca. Cultura*. [en línea] [citado 31 oct 2019] Disponible en: www.cultura.bahia blanca.gov.ar/convocatoria-programa-solidaridad-cultural-2019

NASI, C. y SCHNEIDER, JF. 2011. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuarios. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 45(5), pp. 1157-1163. [en línea] [citado 24 nov 2016]. ISSN 0080-6234. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a18.pdf>

ONOCKO CAMPOS, R. 2008. Humano demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria. En Spinelli H. (comp.) *Salud Colectiva. Cultura, instituciones, subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Lugar, pp.103-120. ISBN 9789508921932

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2006. Los trabajadores sanitarios. En *Informe sobre la salud en el mundo*. [en línea] Ginebra. [citado 16 nov 2019] Disponible en: https://www.who.int/whr/2006/06_chap1_es.pdf?ua=1

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2014. 53° Consejo Directivo. 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Plan de acción sobre salud mental. Washington D.C. [en línea] [citado 7 ago 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774&Itemid=4062&lang=es#InformeFinal
- PAIVA, V. 2018. La dimensión psicosocial del cuidado. En Paiva V. *et al. Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*. Temperley: TeseoPress. ISBN 978-987-42-7647-6
- PANDE, MNR. y AMARANTE, PDC. 2011. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 16(4), pp. 2067-2076. [en línea] [citado 8 feb 2017]. ISSN 1413-8123. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a06.pdf>
- PAULON, SM. *et al.* 2011. Práticas clínicas dos profissionais ‘psi’ dos centros de atenção psicossocial do vale do rio dos sinos. *Psicologia & Sociedade*. 23, pp. 109-119. [en línea] [citado 24 nov 2016]. ISSN 1807-0310. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23nspe/a14v23nspe.pdf>
- PEREIRA, MAO. 2007 julio-agosto. Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental: construcción de estrategias. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 15 (4). [en línea] [citado 24 nov 2016]. ISSN: 0104-1169. Disponible en: <http://revistas.usp.br/rlae/article/view/16141/17757>
- POIREL, M-L. *et al.* 2013. Contribuição dos hospitais-dia de psiquiatria no campo da saúde mental em Quebec. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), pp. 2929-2937. [en línea] [citado 24 nov 2016]. ISSN 1413-8123. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63028210018.pdf>
- PROVINCIA DE BUENOS AIRES. 2014. Ley provincial 14580. [en línea] [citado 16 nov 2019]. Disponible en: <https://normas.gba.gob.ar/ar-b/ley/2014/14580/11290>
- PROVINCIA DE RÍO NEGRO. 1991. Ley provincial 2440. [en línea] [citado 4 abr 2015]. Disponible en: <http://adesam.org.ar/imagenes/rionegroley2440.pdf>
- QUINTAS, RM. y AMARANTE, P. 2008 jun-dic. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 32 (78/79/80), pp. 99-107. ISSN 0103-1104. Disponible en: http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.32%2C+N.78&pesq=&x=61&y=8
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. 2019. *Diccionario de la Lengua Española*. Disponible en: <https://dle.rae.es/index.html>

- RETOLAZA, A. y GRANDES BG. 2003. Expectativas y satisfacción de los usuarios de un centro de salud mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 31(4), pp. 171-176. ISSN 1139-9287. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=669291>
- ROMÁN, V. CANTILLO, Y. y SALAZAR, F. 2014, abril. Duración de tratamiento que se brinda en el Hospital Diurno a adultos con esquizofrenia y su relación con las habilidades psicosociales. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*. 26, pp. 1-9. [en línea] [citado 24 nov 2016]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4895854.pdf>
- ROSA, LCS. y ONOCKO CAMPOS, RT. 2013, abr-jun. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo, 114, p. 311-331. [en línea] [citado 10 feb 2017]. ISSN 0101-6628. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282013000200006&script=sci_abstract&tlng=pt
- ROSSI, GP. 2009. Avatares de la cronicidad: políticas, instituciones, dispositivos y terapeutas. En: *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. Vol. 20, pp. 359-370. [en línea] [citado 24 nov 2016]. ISSN 0327-6139. Disponible en: <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex87.pdf>
- ROTELLI, F., DE LEONARDIS, O. y MAURI, D. 1987. Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los «países avanzados»). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 7 (21). pp. 165-187. [en línea] [citado 9 nov 2019] EISSN: 2340 2733. Disponible en: <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/14927/14795>
- ROVERE, M. 2006. El campo de recursos humanos en salud o los recursos humanos en el campo de salud. En *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Organización Panamericana de la Salud. 2ª ed. Washington, D.C. ISBN 92 75 32622 3. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51595/9275326223_spa.pdf?sequence=1
- SARACENO, B., DE LUCA, L. y MONTERO BARQUERO, F. 1992. Problemas metodológicos en la evaluación de un programa de rehabilitación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XII, N° 40. pp. 9-14.
- SEIXAS, CT. *et al.* 2016. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*, 12(1), pp. 113-123. [en línea] [citado 9 nov 2019] ISSN: 1669-2381. Disponible en: <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/14927/14795>
- SPINK, MJP. 1993. Jul-sep. The Concept of Social Representations in Social Psychology. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 9 (3), pp. 300-308. [en línea] [citado 24 nov 2016]. ISSN 0102-311X. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/17.pdf>

STAKE, RE. 1999. *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata. ISBN: 84-7112-422-X.

STRASSER G. 2011. *Prácticas y representaciones en torno a los procesos salud-enfermedad en la población de Azampay*. Tesis doctoral. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/5336/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

SURJUS, LT DE LS. y ONOCKO CAMPOS, RT. 2011, mar. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 14 (1), pp. 122-133. [en línea] [citado 24 nov 2016]. ISSN 1415-4714. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v14n1/09.pdf>

SY, A. 2013, dic. La observación participante como técnica privilegiada en el acceso a la ritualización de prácticas en torno a la salud. A propósito de la propuesta del Frente de artistas del Borda. *Papeles de Trabajo N° 26*. Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural. pp. 143-164. [en línea] [citado 9 nov 2019]. ISSN 1852-4508. Disponible en: <https://rehip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/3428/n26a08.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

TEJADA DE RIVERO D.A. (2003) Alma-Ata: 25 años después. *Perspectivas de Salud*, 8(2), pp. 2-7. ISSN 1020-556X. [en línea] [citado 8 abr 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_1.htm

TESTA, M. 2007. Decidir en Salud, ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Por qué? *Salud Colectiva*. 3(3), pp. 247-257. ISSN 1669-2381. [en línea] [citado 9 nov 2019]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73130303.pdf>

TORRE, EHG. y AMARANTE, P. 2001. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1), pp. 73-85. [en línea] [citado 9 nov 2019]. ISSN 1413-8123. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7026.pdf>

TOSI, A. *et al.* (2015) La ley Nacional de Salud Mental: Avances y dificultades en su implementación en Hospitales Generales del Gran Rosario. [en línea] [citado 6 feb 2017]. En: *XIII Jornadas Rosarinas de Antropología Socio-cultural*. Disponible en: <http://rehip.unr.edu.ar/handle/2133/5423>

VASILACHIS DE GIALDINO, I. 2006. Los estudios de caso en la investigación sociológica. En *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa. ISBN: 978-84-9784-173-3.

WEBER SUARDIAZ, C. 2014. *La transformación en las políticas de salud mental 2010-2014. Análisis de la situación de la Provincia de Buenos Aires*. Tesis de Magister en Trabajo

Social. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/44647>

WETZEL, C. *et al.* 2011, abr. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, pp. 2133-2143. [en línea] [citado 9 nov 2019]. ISSN 1413-8123. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a13.pdf>

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

YANCO, D. *et al.* 2012, dic. Investigación sobre los cuidados en Salud Mental en Centros de Atención Primaria en Argentina. *Salud Mental y Comunidad*. 2 (2), pp. 30-38. [en línea] [citado 2 feb 2017]. ISSN 2250-5768. Disponible en <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-2.pdf>

YIN, RK. 2009. Introduction. En: *Case study research. Design and Methods*. 4ª Edición. Londres: SAGE. ISBN 978-1-4129-6099-1.

13. Apéndices

13.1. Apéndice A - Guía de observación

Procesos de trabajo:

- Condiciones y modos de ingreso al hospital de día:
Características de la admisión: ámbito en que se desarrolla, horario acordado versus horario en que se realiza, presentación del servicio, elementos paraverbales, etc.
Cómo llega el usuario al servicio: demanda espontánea, derivación de profesional, otros.
Disciplinas que participan de la admisión. Relaciones entre las disciplinas: horizontalidad/verticalidad; interdisciplina/multidisciplina. Quiénes dirigen la entrevista. Formas de preguntar e intervenir.
Lugar del usuario en la admisión al servicio: uso de la palabra y toma de decisiones sobre modalidad de participación.
Objetivos de la admisión: cómo y entre quiénes se establecen.
- Proyecto terapéutico: cómo se construye, quiénes participan en su diseño y qué dimensiones incluye. Flexibilidad, evaluación y reformulación. Cómo orienta la definición y revisión de los modos de concurrencia al hospital de día. Acogimiento y abordaje de la singularidad. Cómo es el trabajo con las potencias y capacidades de los usuarios.
- Trabajo con las familias: modalidades, apoyo, intervenciones y formas de acompañamiento.
- Trabajo para el alta del hospital de día: características y modalidades.
- Construcción de vínculos: características, modalidades.
- Dinámica del equipo: reuniones de equipo. A partir de qué criterios, cómo se deciden y se llevan a cabo las intervenciones. Modalidades de supervisión, evaluación y revisión de las prácticas y otros soportes del equipo. Presencia de proyectos colectivos. Responsabilización por el cuidado. Prácticas de formación y capacitación: formación permanente, cursos, seminarios, ateneos, etc.

Producción de subjetividad:

- Tiempo:

Qué actividades ocupan la mayor parte del tiempo en el hospital de día.

Frecuencia y permanencia de los usuarios en el hospital de día.

Diferencias en tiempo de concurrencia entre usuarios y/o grupos de usuarios.

Presencia de altas del servicio.

Usuarios que dejan de concurrir.

- Dinámica de las actividades grupales cotidianas:

Qué se dice y qué se hace en las actividades grupales.

Descripción de las actividades grupales: talleres, asambleas, salidas, entre otras.

Circulación de la palabra en estos espacios.

Modalidad y dinámica de las actividades: lugar y funciones de talleristas, trabajadores y usuarios.

Quiénes determinan y deciden sobre las actividades. ¿En qué medida las prácticas cotidianas admiten modificaciones producto de las propuestas de los usuarios? ¿Se sostienen estas modificaciones?

Modo de participación e involucramiento de los usuarios en la organización, desarrollo y gestión de las actividades.

Para qué se realizan las actividades grupales, talleres, participación en ferias, salidas.

Intersectorialidad. Integralidad:

- Relación del hospital de día con otras instituciones y sectores sociales: judicial, educación, trabajo, ONGs, entre otros. Para qué, cuándo y cómo se relacionan. ¿Las promueven desde hospital de día o son convocados por otros? ¿Se relacionan a partir de las necesidades de los usuarios? ¿Se acuerdan estrategias, acciones desde la corresponsabilización? ¿Se promueven proyectos con instituciones educativas, programas de empleo, etc.? Características de las relaciones: episódicas/continuas, articuladas/desarticuladas. En función de qué objetivos se establecen estas relaciones: necesidades de los usuarios, intereses de los trabajadores, convocatoria externa, etc.
- Efectos en los usuarios de las relaciones del hospital de día con otras instituciones: generación de mayores o menores niveles de autonomía, grado de participación del usuario en estas relaciones, ampliación de la circulación de los usuarios por diversos espacios comunitarios.

- Relaciones con la comunidad: conocimiento de los recursos comunitarios, agrupaciones, asociaciones, clubes, sociedades de fomento, organizaciones barriales, etc. Participación en actividades.
- Relaciones con otros dispositivos del servicio de salud mental: guardia, consultorios externos, sala de internación. ¿Ante qué problemas o situaciones se relacionan? ¿Cuáles son los efectos de estas relaciones? Posibilidades y limitaciones.
- Articulaciones con otros servicios de salud: ¿se abordan casos en conjunto? ¿Se promueve el acceso al primer nivel de atención (unidades sanitarias)? ¿Ante qué problemas o situaciones? Posibilidades y limitaciones.
- Articulaciones con familiares, referentes y encargados de los hogares: ¿ante qué problemas o situaciones se interactúa con los encargados de hogares? ¿Cuáles son los efectos? Posibilidades y limitaciones.

13.2. Apéndice B - Guía de entrevista

Aspectos introductorios:

- ¿Desde cuándo estás trabajando en el hospital de día?
- ¿Cómo llegaste a trabajar acá?
- ¿Cómo describirías al hospital de día? ¿Cuáles son sus objetivos?
- ¿Cómo describirías tu trabajo cotidiano en el hospital de día?

Caracterización del equipo:

- ¿Cómo describirías el trabajo del equipo del hospital de día?
- ¿Tienen espacios de capacitación, reflexión, supervisión o evaluación de las prácticas? Modalidades. ¿Quiénes participan? Frecuencia. Sus efectos en las prácticas.
- Qué acciones/intervenciones realizan, quiénes y cómo las deciden.
- Desde qué orientaciones teóricas trabajan.

Admisiones al hospital de día:

- ¿Cómo suelen llegar los usuarios al hospital de día? (Derivaciones)
- ¿Cómo se realiza la admisión? ¿Quiénes la realizan?
- ¿Cómo se transmite y se trabaja con el equipo la inclusión de las personas admitidas?
- ¿Qué dimensiones se evalúan y cómo las evalúan? ¿Qué datos e información registran? ¿Qué lugar tiene el diagnóstico psicopatológico?

Caracterización de los usuarios:

- ¿Cómo describirías a los usuarios del hospital de día?
- ¿Qué decisiones concernientes al hospital de día son tomadas por los usuarios?
- ¿Las prácticas cotidianas admiten modificaciones a partir de las propuestas de los usuarios?
- ¿Se te ocurre algún ejemplo?
- ¿Qué factores considerás que motivan o condicionan la concurrencia de los usuarios al hospital de día?
- ¿Qué efectos en la vida y en el sufrimiento psíquico de los usuarios considerás que produce la concurrencia al hospital de día?
- ¿Por qué los usuarios siguen concurriendo al hospital de día? ¿Por qué lo hacen quienes concurren durante años? ¿Qué factores intervienen?

¿En qué situaciones han observado una disminución de la concurrencia al hospital de día? ¿A qué lo atribuyen? ¿Qué acciones han realizado ante este fenómeno?

Redes y condiciones de vida:

¿Con qué vínculos y apoyos familiares, sociales y comunitarios cuentan los usuarios?

¿Los usuarios cuentan con otros espacios de circulación social por fuera del hospital de día?

¿Cuántos usuarios? ¿Cuáles son esos espacios?

¿Con qué frecuencia concurren? ¿Con qué fines (educativos, laborales, culturales, etc.)?

¿Cómo se gestó esta circulación?

¿Qué lugar ha tenido el hospital de día en esta circulación social? (Conexiones entre la vida dentro y fuera del hospital de día).

¿Qué condiciones consideras que contribuirían a que los usuarios transiten por otros espacios comunitarios?

¿Cómo describirías las condiciones de vida de las personas que concurren al hospital de día?

¿Qué posibilidades tienen de acceder a educación, trabajo, salud, vivienda, alimentación?

¿Cuál es el papel del hospital de día en el acceso a estos derechos? ¿Qué facilitadores y limitaciones encuentran?

En cuanto a los talleres, asambleas, salidas, espacio cultural, organización de otras actividades:

¿Cómo surgieron? ¿Qué factores las motivaron?

¿Quiénes los definen?

¿Hubo variaciones a lo largo del tiempo?

¿Cuáles son sus objetivos y modalidades?

¿Quiénes y cómo, deciden y participan:

1) de los talleres?

2) de las asambleas?

3) de las actividades culturales?

Participación de las y los usuarios:

¿Cómo es la participación de los usuarios en estas actividades grupales (talleres, asambleas, actividades culturales)?

¿Perciben obstáculos? ¿Encuentran variaciones? ¿A qué los atribuyen?

¿Cuáles creés que son los efectos en los usuarios y sus padecimientos de participar en estos espacios?

Posibilidad de altas:

¿Se plantea la posibilidad de un alta del hospital de día?

¿En qué momentos se introduce esta posibilidad (al ingreso, posteriormente, ante determinada coyuntura personal o social, etc.)?

¿En qué casos consideran pertinente el alta?

¿Se han producido altas del dispositivo? ¿Cómo se decidieron y planificaron? ¿Qué papel tuvo el usuario en este proceso?

Articulaciones interinstitucionales e intersectoriales:

¿Cómo se relaciona el hospital de día con las otras áreas del servicio de Salud Mental?

¿Cómo se relaciona el hospital de día con otras instituciones de salud de la ciudad? ¿Perciben obstáculos en estas relaciones? ¿A qué los atribuyen? ¿Cómo los sortean?

¿Cómo se relaciona esta institución con otras instituciones comunitarias? ¿Perciben obstáculos en estas relaciones? ¿A qué los atribuyen? ¿Cómo los sortean?

13.3. Apéndice C - Consentimiento informado

El presente trabajo de investigación ha sido evaluado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos del Hospital Interzonal General Dr. José Penna, acreditado bajo el N° 009/201, folio 45 del Libro de Actas N° 1, con fecha 23/07/2010 Vencimiento de Registro y Acreditación 23/07/2019.

Si tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en la investigación puede contactarse con el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos del Hospital Interzonal General Dr. José Penna cuya coordinadora es Marisa Zapata, a los teléfonos 0291-4593600. Int. 308- 349 Necochea y Láinez, (8000) Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

CONSENTIMIENTO INFORMADO (USUARIO)

Título del estudio: Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018.

Diseño: Estudio de caso, descriptivo, exploratorio.

Investigador Principal: María Cecilia Bucciarelli. Tupac Amaru 70. Bahía Blanca. Cel: 291-5058000.

Sitio donde se realizará el estudio: Hospital de Día del Servicio de Salud Mental del HIG “Dr. J. Penna”. Bahía Blanca.

INFORMACIÓN:

1) ¿Por qué motivo se realiza este estudio? Teniendo en cuenta que tanto investigadores como organismos nacionales e internacionales plantean la importancia del conocimiento científico sobre los servicios de salud mental como aporte para su trabajo, el motivo de investigar la producción de cuidado en el hospital de día del H.I.G. Dr. José Penna de Bahía Blanca es favorecer su trabajo cotidiano.

La producción de cuidado comprende un amplio conjunto de saberes, acciones y decisiones que involucra el trabajo cotidiano en los servicios de salud, que pueden ser tanto complementarios como conflictivos, dado que coexisten distintas lógicas, saberes, prácticas, relaciones, sentidos e intereses. A partir de las relaciones entre estos componentes, que se relacionan con las prácticas

clínicas y de gestión, las prácticas de salud podrán favorecer o no la integralidad en la producción de cuidado.

2) El objetivo general de esta investigación es describir y analizar las representaciones y prácticas acerca de la producción de cuidado en el hospital de día del servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General Dr. José Penna de Bahía Blanca.

La investigación se realizará en la ciudad de Bahía Blanca, aproximadamente entre septiembre de 2018 y enero de 2019, en instalaciones del hospital de día así como en otros espacios pertinentes para el relevamiento de datos.

La investigación incluirá a todos los trabajadores del hospital de día del servicio de Salud Mental del H.I.G. Dr. José Penna, exceptuando a los que no brinden su consentimiento para participar del estudio.

El proyecto de investigación plantea como hipótesis que la producción de cuidado se sostiene en una tensión ya que al tiempo que se producen representaciones, prácticas y vínculos que favorecen la integralidad del cuidado, también se presentan dificultades para trabajar con otros sectores y espacios comunitarios, lo que obstaculiza la ampliación de la autonomía y los intercambios sociales de los usuarios del servicio.

3) ¿Qué es lo que se conoce sobre el tema en investigación? Existen muchas investigaciones de los servicios de salud mental de Brasil que señalan como desafíos de las reformas en salud mental no reproducir en las prácticas la exclusión y el estigma. En Argentina, se han investigado los avances en el cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental en los hospitales generales del Gran Rosario encontrando importantes distancias entre los recursos, políticas y prácticas actuales y los que se necesitan para el pleno cumplimiento de la ley. El encuentro con estas y otras investigaciones ayudó a la construcción del problema de investigación de este proyecto de tesis.

4) ¿Qué implica participar de esta investigación? El investigador principal realizará observaciones de las actividades del Hospital de Día y entrevistas, que podrán ser grabadas o se tomará registro escrito, según su preferencia. Si usted acepta participar se comprometerá a brindar la información que usted considere oportuna.

5) ¿Cuánto tiempo durará el estudio? El estudio durará entre 3 y 5 meses.

6) ¿Cuántas personas participarán? Participarán aquellas personas que consientan a hacerlo. Se estima que podrán ser aproximadamente 40 personas.

7) ¿Me aportará beneficios participar? Es probable que Ud. no se beneficie directamente con los resultados de este estudio, aunque esperamos que sí sea un aporte para mejorar las prácticas y la gestión del Hospital de Día en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental.

- 8) ¿Tendré riesgos por participar? Usted no tendrá riesgos si participa en este estudio y la información que brinde se resguardará en forma confidencial.
- 9) ¿De qué modo se preservará la confidencialidad de mis datos personales? Los registros sólo contendrán sus respuestas y serán suprimidos sus datos personales. ¿Cómo lograrán que mi identidad no se conozca? Los datos que lo identifiquen se tratarán en forma confidencial como lo exige la Ley. Excepto para quienes estén autorizados a acceder a sus datos personales, usted no podrá ser identificado y para ello se le asignará un código compuesto por números. En caso de que los resultados de este estudio sean publicados, no se expondrá su identidad. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.
- 10) ¿Tendré gastos si participo del estudio? Usted no tendrá gasto alguno por participar.
- 11) ¿Recibiré un pago por participar? No se le pagará por su participación en este estudio.
- 12) ¿Quién/es financia/n el estudio? Este estudio no cuenta con ninguna financiación.
- 13) ¿Me darán información sobre los resultados del estudio, luego de su finalización? Sí, los resultados del estudio estarán a su disposición.
- 14) ¿Puedo dejar de participar del estudio en cualquier momento, aún luego de haber aceptado? Sí, usted puede retirar su consentimiento para participar en la investigación en cualquier momento.
- 15) ¿En caso de no participar o decidir dejar de participar en el estudio mi tratamiento en el hospital de día puede verse afectado? No, su tratamiento no se verá afectado en caso de no participar o decidir dejar de participar en el estudio.
- 16) ¿Con quién/es puedo hablar si tengo dudas o preguntas sobre el estudio o sobre mis derechos como participante de un estudio de investigación?
- a) Sobre el estudio: puede contactar al Investigador Principal en Tupac Amaru 70, al teléfono 291-5058000 o al e-mail ceciliabucciarelli131@hotmail.com.
- b) Sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación: Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos del Hospital Interzonal General Dr. José Penna cuya coordinadora es Marisa Zapata, a los teléfonos 0291- 4593600. Int. 308, o en Necochea y Láinez, (8000) Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

CONSENTIMIENTO INFORMADO (HOJA DE FIRMA - USUARIO)

He leído y/o he escuchado en forma completa la hoja de información del Consentimiento Informado, he recibido una explicación comprensible, clara y satisfactoria sobre la finalidad y la metodología de la investigación. Estoy conforme con la información recibida, la he comprendido y se me han respondido todas mis dudas. Entiendo que mi decisión de participar es voluntaria. Presto mi consentimiento para el procedimiento propuesto y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la responsabilidad de informar mi decisión al investigador a cargo del estudio.

Firma del participante (usuario)

Lugar y fecha

Número de documento del participante (usuario)

Nombre y apellido del participante (usuario)

Firma del representante legal (si corresponde)

Lugar y fecha

Número de documento del representante legal

Nombre y apellido del representante legal

El abajo firmante certifica que ha estado presente durante la explicación y obtención del consentimiento informado y que, a su leal saber y entender, el usuario que participará en este estudio de investigación recibió una explicación completa y detallada de la metodología del estudio y de su finalidad.

Firma del testigo

Lugar y fecha

Número de documento del testigo

Nombre y apellido del testigo

Le he explicado / le he leído y le he explicado a _____
el propósito y la metodología de este estudio de investigación, como así también la ausencia de
riesgos, la ausencia de costos, los potenciales beneficios, la participación voluntaria, sus
derechos como participante y la confidencialidad de la información obtenida.

Firma del investigador que toma el consentimiento

Lugar y fecha

Número de documento del investigador

Nombre y apellido del investigador

Firma del fedatario

Lugar y fecha

Número de documento del fedatario

Nombre y apellido del fedatario

El presente trabajo de investigación ha sido evaluado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos del Hospital Interzonal General Dr. José Penna, acreditado bajo el N° **009/201, folio 45 del Libro de Actas N° 1, con fecha 23/07/2010 Vencimiento de Registro y Acreditación 23/07/2019.**

Si tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en la investigación puede contactarse con el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos del Hospital Interzonal General Dr. José Penna cuya coordinadora es Marisa Zapata, a los teléfonos 0291-4593600. Int. 308 Necochea y Láinez, (8000) Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

CONSENTIMIENTO INFORMADO (PROFESIONAL)

Título del estudio: Representaciones y prácticas de los trabajadores de salud mental acerca de la producción de cuidado en un hospital de día. Estudio de caso en un hospital general de Bahía Blanca en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. 2018.

Diseño: Estudio de caso cualitativo, descriptivo, exploratorio.

Investigador Principal: María Cecilia Bucciarelli. Tupac Amaru 70. Bahía Blanca. Cel: 291-5058000.

Sitio donde se realizará el estudio: Hospital de Día del Servicio de Salud Mental del HIG “Dr. J. Penna”. Bahía Blanca.

INFORMACIÓN:

1) ¿Por qué motivo se realiza este estudio? Tanto diversos investigadores como organismos nacionales e internacionales (Ardila-Gómez *et al.* 2016; Dirección Nacional de Salud Mental, 2013; Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2013) sostienen la necesidad y relevancia de producir conocimiento científico en el plano de los servicios de salud mental como insumo que aporte para la fundamentación, sostenimiento y evaluación de las intervenciones en este campo. En este sentido, se considera que investigar la producción de cuidado en el hospital de día del H.I.G. Dr. José Penna de Bahía Blanca puede contribuir como aporte para el diseño y la implementación de políticas y acciones de salud mental acordes con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (Argentina 2010)

2) El objetivo de esta investigación es describir y analizar las representaciones y prácticas

acerca de la producción de cuidado en el hospital de día del servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General Dr. José Penna de Bahía Blanca, con el propósito de contribuir a la toma de decisiones para el cumplimiento pleno de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (Argentina 2010)

La investigación se realizará en la ciudad de Bahía Blanca, aproximadamente entre septiembre de 2018 y enero de 2019, en instalaciones de la institución así como en otros espacios pertinentes para el relevamiento de datos.

El criterio de inclusión abarcará a todos los trabajadores del hospital de día del servicio de Salud Mental del H.I.G. Dr. José Penna, exceptuando a aquellos que no brinden su consentimiento para participar del estudio.

El proyecto de investigación plantea como hipótesis que la producción de cuidado se sostiene en una tensión paradójica a nivel micropolítico dado que al tiempo que se vehiculizan ciertas representaciones y prácticas productoras de acogimiento y ampliación de las redes de conexiones existenciales de los usuarios, de vínculos que favorecen movimientos liberadores, éstas coexisten con dificultades para sostener articulaciones intersectoriales y comunitarias que favorezcan la integralidad del cuidado, la ampliación de la autonomía de los usuarios y su circulación por diversos espacios del tejido social.

3) ¿Qué se conoce sobre el tema en investigación? En el estado del arte se han relevado múltiples investigaciones en el contexto de los servicios de salud mental de Brasil (Dimenstein, 2006; Pande y Amarante, 2011; Figueiró y Dimenstein, 2010) enfocadas en los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) creados como servicios sustitutivos del hospital psiquiátrico. Dichas investigaciones señalan como uno de los principales desafíos de las reformas en salud mental la necesidad de construir estrategias para no reproducir "...la exclusión, el estigma, la segregación, la vida tutelada y otras formas de confinamiento que operan tanto en el plano ideológico como en las prácticas sociales de los sistemas expertos y populares". (Correa Urquiza *et al.* 2006, p. 48). En el contexto de Argentina, investigaciones como la de Tosi *et al.* (2015) han indagado sobre los avances en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en el contexto de los hospitales generales del Gran Rosario. Sus hallazgos muestran que las relaciones con los otros niveles de atención y sectores son aleatorias y dependientes principalmente de vínculos personales, sin claros lineamientos institucionales, dando cuenta de importantes brechas entre los recursos, políticas y prácticas vigentes, y los que se necesitan para la efectiva implementación de la ley. El encuentro con estas y otras investigaciones ha inspirado la construcción del problema de investigación del

presente proyecto de tesis a desarrollarse en el marco del hospital de día del H.I.G. Dr. José Penna.

4) ¿Qué implica participar de esta investigación? El investigador principal realizará observaciones de las actividades del Hospital de Día, entrevistas individuales y grupales, que podrán ser grabados o se tomará registro escrito, según su preferencia. Si usted acepta participar se comprometerá a brindar la información que usted considere oportuna.

5) ¿Cuánto tiempo durará el estudio? El estudio durará entre 3 y 5 meses.

6) ¿Cuántas personas participarán? Participarán aquellas personas que consientan a hacerlo. Se estima que podrán ser aproximadamente 40 personas.

7) ¿Me aportará beneficios participar? Es probable que Ud. no se beneficie directamente con los resultados de este estudio, aunque esperamos que sí sea útil para mejorar las prácticas y la gestión del Hospital de Día en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental.

8) ¿Tendré riesgos por participar? Usted no tiene riesgo si participa en este estudio y la información que brinde se resguardará en forma confidencial.

9) ¿De qué modo se preservará la confidencialidad de mis datos personales? Los registros sólo contendrán sus respuestas y serán suprimidos sus datos personales. ¿Cómo lograrán que mi identidad no se conozca? Los datos que lo identifiquen se tratarán en forma confidencial como lo exige la Ley. Excepto para quienes estén autorizados a acceder a sus datos personales, usted no podrá ser identificado y para ello se le asignará un código compuesto por números. En caso de que los resultados de este estudio sean publicados, no se expondrá su identidad. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

10) ¿Tendré gastos si participo del estudio? Usted no tendrá gasto alguno por participar.

11) ¿Recibiré un pago por participar? No se le pagará por su participación en este estudio.

12) ¿Quién/es financia/n el estudio? Este estudio no cuenta con ninguna financiación.

13) ¿Me darán información sobre los resultados del estudio, luego de su finalización? Sí, los resultados del estudio estarán a su disposición.

14) ¿Puedo dejar de participar del estudio en cualquier momento, aún luego de haber aceptado? Sí, usted puede retirar su consentimiento para participar en la investigación en cualquier momento.

15) ¿Con quién/es puedo hablar si tengo dudas o preguntas sobre el estudio o sobre mis

derechos como participante de un estudio de investigación?

a) Sobre el estudio: puede contactar al Investigador Principal en Tupac Amaru 70, al teléfono 291-5058000 o al e-mail ceciliabucciarelli131@hotmail.com.

b) Sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación: Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos del Hospital Interzonal General Dr. José Penna cuya coordinadora es Marisa Zapata, a los teléfonos 0291- 4593600. Int. 308, o en Necochea y Láinez, (8000) Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

CONSENTIMIENTO INFORMADO (HOJA DE FIRMA- PROFESIONAL)

He leído en forma completa la hoja de información del Consentimiento Informado, he recibido una explicación comprensible, clara y satisfactoria sobre la metodología del estudio y su finalidad. Estoy conforme con la información recibida, la he comprendido y se me han respondido todas mis dudas. Entiendo que mi decisión de participar es voluntaria. Presto mi consentimiento para el procedimiento propuesto y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la responsabilidad de informar mi decisión al investigador a cargo del estudio.

Firma del participante (profesional)

Lugar y fecha

Número de documento del participante

Nombre y apellido del participante (profesional)

El abajo firmante certifica que ha estado presente durante la explicación y obtención del consentimiento informado y que, a su leal saber y entender, el usuario que participará en este estudio de investigación recibió una explicación completa y detallada de la metodología del estudio y de su finalidad.

Firma del testigo

Lugar y fecha

Número de documento del testigo

Nombre y apellido del testigo

Le he explicado a _____ el propósito y la metodología de este estudio de investigación, como así también la ausencia de riesgos, la ausencia de costos, los potenciales beneficios, la participación voluntaria, sus derechos como participante y la confidencialidad de la información obtenida.

Firma del investigador que toma el consentimiento

Lugar y fecha

Número de documento del investigador

Nombre y apellido del investigador

Firma del fedatario

Lugar y fecha

Número de documento del fedatario

Nombre y apellido del fedatario