

Altas cuidadas hospitalarias. Una construcción interdisciplinaria y multiactoral

Por Cristian H. Carlini

Cristian H. Carlini. Licenciado En Trabajo Social. Trabajador Social en el Departamento Social del Hospital José T. Borda, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Servicio Social del Hospital Teresa Germani de la localidad de Laferrere, La Matanza, provincia de Buenos Aires, Argentina. Integrante del Staff de Docentes del Curso de Posgrado de Administración de Servicios de Salud organizado por la Asociación de Profesionales de Salud (APS), San Justo, La Matanza, Argentina.

Introducción

La realización de cursos de formación de posgrado son fundamentales para poder revitalizar, recrear y resignificar nuestras propias prácticas profesionales. Como siempre lo comparto con colegas, la importancia de animarse a escribir, a plasmar ideas, perspectivas, inquietudes, reflexiones, etc., es una concreta forma de apostar a realizar, a lograr una pausa entre tanto movimiento. Movimiento que visibiliza las enormes y diversas complejidades de la realidad social de la que formamos parte y en la que -desde nuestras perspectivas teóricas / ideológicas y metodológicas- construimos nuestros respectivos objetos de intervención y de investigación.

El artículo que deseo compartirles es la estructura de un trabajo final presentado para un “Curso de formación de posgrado: “Aspectos legales para la práctica diaria en salud mental”, organizado en el segundo semestre del pasado año 2020 por el Ministerio de Salud del gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Dirección de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional. Equipo Talleres Protegidos), el que amplié con otros aportes, titulándolo “Altas hospitalarias cuidadas. Una construcción interdisciplinaria y multiactoral”.

Partir de este eje estructurador de las prácticas y las intervenciones como equipo interdisciplinario del Servicio de Internación N° 29, Departamento V del Hospital J. T. Borda del que formo parte -Estrategia de Altas Cuidadas Hospitalarias, desde ahora “ACH”- implicó concretamente un continuado debate interno, un intercambio de ideas con respecto a qué estrategias de intervención llevar a la práctica. Implicó -y continúa implicando- ampliar la capacidad de escucha para y de cada paciente, la experiencia de seguir aprendiendo a escucharnos más entre los que constituimos este equipo de trabajo, permitió visibilizar y desnaturalizar la lógica manicomial hegemónica que sigue atravesando (como lógica institucional instituida) las prácticas en el Hospital J. T. Borda. Pero al mismo tiempo, este intento de trabajo como equipo interdisciplinario del Servicio N° 29 se nutre de muchas otras experiencias de otros equipos de trabajo en los que mis colegas del Departamento del Servicio Social lo llevan a la práctica desde hace más tiempo, con más recorridos históricos en sus propios equipos de trabajo del que forman parte y formando parte de una variedad de servicios, así como de las respectivas guardias diarias del Hospital.

Desde el equipo interdisciplinario del Servicio N° 29 intentamos generar intervenciones desde una perspectiva humanística que resista a la lógica manicomial.

El eje principal desarrollado durante todo el año 2020 en pleno contexto de Pandemia **-1-** es el de la generación de diversas estrategias que permitieron una variedad de “ACH”. El contexto de pandemia ha generado y continúa generando el enorme desafío de recrear nuestros hábitos diarios cotidianos, no sólo para los pacientes usuarios del sistema de salud -y sus respectivas familias y/o referentes afectivos no familiares si existiesen- sino también para nosotros/as mismos/as como equipo interdisciplinario.

Desarrollo

A lo largo del desarrollo del Curso me fueron surgiendo diferentes disparadores, dudas, incertidumbres y variados emergentes en vinculación con la continua y diaria práctica profesional. Algunos de dichas reflexiones las fui compartiendo en varios de los foros abiertos de debate sobre cada temática que se abordaban en las respectivas clases.

Deseo articular los principales ejes teóricos de este curso con una postura de intervención humanística y de resistencia a la lógica manicomial que es la construcción de “ACH”, entre otros enfoques / perspectivas de intervención de los que intentamos partir, siendo conscientes de una gran variedad de obstáculos de diverso tipo que fuimos -y continuamos- enfrentando e intentando superar.

Como lo expresé anteriormente con respecto al impacto de una Pandemia a nivel mundial, a pesar de toda la situación desafiante considero -lo que compartimos con el equipo del Servicio 29- que plantear la perspectiva de construir “Altas Cuidadas Hospitalarias” es un concreto apostar a que los pacientes sean sujetos de derecho. Un enfoque humanizador tiene que ser el horizonte de nuestras prácticas profesionales, tratando de evitar la cronificación de un paciente en el Hospital. En ese sentido, fuimos logrando un armado y construcción de redes entre diversos actores que permitieron -y continuamos haciéndolo- crear las condiciones materiales y simbólicas para concretar dichas altas.

Este enfoque se plantea desde una humilde visión con la expectativa de sembrar semillas de desmanicomialización, lo que no implica una negación de la propia existencia de Hospitales **-2-**, sino su transformación de raíz desde una concreta perspectiva de Derechos Humanos.

Estos primeros disparadores me permiten relacionarlo con lo abordado en la primera clase, relacionada con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, que en su artículo N° 1 hace hincapié en el objeto de “...asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional...”, como también, en su artículo 7, se refiere en forma concreta a una serie de Derechos de las Personas con padecimiento Mental. En el material de lectura de la primera clase considero muy interesante el análisis de los proyectos presentados, en los que uno de los primeros -a diferencia del proyecto votado como Ley- hacía referencia a un abordaje interdisciplinario en forma no explícita y sin determinación.

En el material de lectura se expresa muy acertadamente que “*La atención de las personas con sufrimiento mental tenderá progresivamente a estar a cargo de un equipo interdisciplinario*”, mientras que en el nuevo proyecto es taxativo, al afirmarse que “*El proceso de atención debe realizarse... en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial*”. Sin embargo, en su artículo 11, el viejo proyecto estipulaba que “*El tratamiento psicofarmacológico deberá realizarse en el marco de un abordaje interdisciplinario*”, condicional que desaparece en el nuevo proyecto (Saponaro Manuel. Clase N°1, 2020: 4).

Este abordaje interdisciplinario que sostenemos en el Servicio 29, “a puro pulmón y con convicción” -tal como decimos-, es de crucial importancia para el logro de esta estrategia de “ACH”. Nuestro equipo -3- está constituido por la Jefa del Servicio (Dra. Marcela), Médica Psiquiatra; por un compañero Médico Psiquiatra Residente (Dr. Máximo); por un compañero Licenciado en Psicología (Eduardo, que concurre en forma voluntaria tal como lo hace el Dr. Máximo) y por quien escribe este trabajo, Licenciado en Trabajo Social.

Considero muy oportuno -y comparto totalmente- lo expresado por la autora Susana Cazzaniga sobre este concepto y perspectiva de intervención:

“...la cuestión de la interdisciplinariedad, como desafío a construir, pero también como estrategia necesaria de intervención y de resistencia ...la interdisciplinariedad en estos nuevos escenarios no solo da cuenta de una perspectiva epistemológica que trasciende las parcialidades impuestas por las improntas positivistas, sino que se convierte en condición de posibilidad para abordar la complejidad de las demandas, y a la vez permite la contención grupal de los profesionales tanto como la elaboración de alternativas políticas de conjunto” (Cazzaniga S, 2002:5).

También considero muy interesante lo explicitado en el artículo N° 12 de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2011) que vincula los tratamientos psicofarmacológicos con el abordaje interdisciplinario. Este eje de tanta importancia se confirma cotidianamente en mi desempeño profesional. La jefa del Servicio y mi compañero Médico adecuan los diversos esquemas de medicación a cómo van observando la evolución clínica de cada paciente, permitiendo generar un continuo espacio de evaluación en forma interdisciplinaria (cuando realizamos las reuniones de equipo y/o encuentros de evaluación colectiva), tomando en cuenta la importancia de la generación de las redes afectivas de acompañamiento y sostén (sean o no familiares) para ir aplicando un esquema de medicación con la intención de ir reduciendo la misma farmacología a medida que el paciente va logrando estar más compensado. En dichas reuniones de equipo se va logrando una revalorización de mis aportes desde el Trabajo Social como de los aportes desde la Psicología Clínica y del Psicoanálisis (a través de Eduardo), además de la propia especificidad Psiquiátrica que es por supuesto totalmente necesaria y pertinente. También se realizan continuos intercambios con los compañeros/as de Enfermería (José, Marcelo, Sergio, Fabián, Romina, Alejandra, etc.), de vital importancia en esta estrategia de intervención. Destaco también el aporte de nuestra compañera de limpieza (Yanet) porque en algunas circunstancias nos comparte su mirada de cómo observa a determinado paciente desde su quehacer cotidiano laboral. Para mí, como Profesional de las Ciencias Sociales, es una gratificación poder afirmar que en el Servicio 29 no existe la concepción de utilizar a la medicación como un chaleco químico; que la medicación es un medio y no un fin en sí mismo. En fin, es concretamente una ratificación de los derechos humanos del sujeto con padecimiento mental. En el material de lectura se reflexiona muy acertadamente sobre estas situaciones.

Cuando desde el equipo reflexionamos sobre las posibilidades de concretar “ACH”, vamos analizando los contextos de cada paciente, tanto si existe -o no- una red afectiva (sea o no familiar) que pueda brindarle contención y acompañamiento; si el paciente cuenta con capacidades de sostener emprendimientos laborales como también su situación económica en particular; reflexionamos sobre su situación habitacional, entre otras variables. Se intenta construir un diagnóstico situacional de cada paciente en forma interdisciplinaria, haciendo visibilizar mis aportes como Trabajador Social. Desde mi propia especificidad profesional considero que todo proceso de intervención y la construcción del objeto de intervención -en este caso los propios pacientes con sus múltiples situaciones problemáticas que lo atraviesan además del respectivo

padecimiento mental- es construido de acuerdo al marco ideológico – teórico del que se parte.

Resulta muy interesante lo reflexionado por la autora Margarita Rozas Pagaza (1998) y por la postura establecida desde el espacio Centro Latinoamericano del Trabajo Social, porque generan - hacia el interior de la propia disciplina del Trabajo Social- un quiebre y distanciamiento con las posturas hegemónicas caracterizadas por el establecimiento de pasos metodológicos totalmente lineales y por un determinismo positivista que pretendían reducir la propia complejidad de la realidad a su visión teórica, es decir que las realidades -múltiples y complejas- es lo que considera esta tendencia positivista como “La realidad”. De una manera muy acertada, la autora Margarita Rosas Pagaza plantea que el proceso metodológico es una secuencia (no lineal y sí totalmente interrelacionada) de los momentos de la inserción propiamente dicha, el diagnóstico y la planificación de las líneas de acción / de las estrategias de intervención y su ejecución y la respectiva evaluación continua de todo este proceso de intervención. Afirma que la intervención profesional se realiza de acuerdo al tipo de construcción (que es complejo) del campo problemático (dimensión de la cuestión social) caracterizado en la relación (contradictoria) entre sujeto y necesidad (material o simbólica) que vivencia. Cada acompañamiento, cada intervención realizada en función de la concreción de los derechos de tal paciente con padecimiento mental, va a implicar realidades singulares, únicas e irrepetibles; realidades que van a implicar la elaboración de diagnósticos y la construcción de líneas de acción no homogéneas, como también la proyección y la posibilidad de pensar en diversos planes / estrategias de intervención para un mismo objetivo (“ACH”) que se irán evaluando y valorizando, posibilidad de concreción de acuerdo a como vaya transitando el paciente su proceso de salud/enfermedad/cuidado/atención y al mismo tiempo cómo se va generando el dispositivo de acompañamiento desde el equipo interviniente, entre otra gran variedad de variables a analizar.

Considero que la realidad de los respectivos campos problemáticos expresan la esencia estructural de la cuestión social (que es el existente sistema capitalista con sus diversos modelos). Es importante sostener este análisis, porque no es lo mismo la forma en que impacta un determinado padecimiento mental en un sujeto en situación de pobreza que otro sujeto cuyo núcleo familiar no vivencia las múltiples situaciones de vulnerabilidad económica / habitacional / etc.

Este eje de cómo impacta la cuestión de clase social en el padecimiento mental amerita otro artículo para poder desarrollarlo con más amplitud.

Retomando los aportes de M.R Pagaza. ella considera que la inserción es el primer momento de acercamiento a la parte de la realidad social en que se encuentran los sujetos con sus necesidades sociales concretas, aunque destaca también que la inserción se ejerce durante todo el proceso de trabajo de intervención porque nunca se deja de insertarse en la realidad social, es decir que se da de forma continuada. Esta inserción consiste en plantearse interrogantes y de comenzar a reflexionar y problematizar la realidad social, para saber el qué y cómo ir interviniendo profesionalmente, preguntarse y escuchar sobre las necesidades primordiales de los sujetos en la construcción del campo problemático, es decir, saber cómo se van produciendo las expresiones situacionales de la cuestión social e ir comprendiendo sobre el contexto referido a la vida de los sujetos y sus necesidades. Coincidiendo con esta autora -como con otros colegas que parten desde una perspectiva de Trabajo Social Crítico / contrahegemónico- considero que la construcción del Diagnóstico no cerrado va a permitir realizar una síntesis del proceso de conocimiento iniciado a través de la inserción. Toda construcción de diagnósticos sociales -de por sí nunca rígidos, cerrados y sí abiertos a retroalimentarse constantemente- nos va a brindar aproximaciones de análisis que siempre van a depender del posicionamiento teórico/ideológico-metodológico desde el que se parte como Trabajadores Sociales. Es decir, dichas concepciones y análisis nos van a permitir

comprender las múltiples manifestaciones de la cuestión social. Las cuestiones más estructurales siempre adquieren sus particularidades en la vida cotidiana de los propios sujetos con los que nos vinculamos profesionalmente. También considero como muy importantes los aportes de la autora J. Matusевич (2015), que plantea que las políticas públicas, en este caso las políticas públicas sanitarias vinculadas a la realidad de los padecimientos mentales y todo lo desafiante que implica su abordaje, no pueden atomizar la perspectiva integral que brinda el concepto de la Cuestión Social, no pueden fragmentar una perspectiva de lectura crítica del actual sistema de desigualdad imperante que es el Capitalismo. Con respecto a la instancia de la evaluación, como equipo del Servicio 29 consideramos crucial ir haciendo la respectiva evaluación -principalmente de proceso- que nos va a ir permitiendo la recreación de las estrategias de intervención. Dicha evaluación la intento sostener en un espacio de supervisión o covisión, como se denomina actualmente, que sostengo cada dos meses aproximadamente con la Colega María Vita (a Cargo ~~-4-~~ del Departamento del Servicio Social). En las diversas supervisiones, sus aportes y las reflexiones compartidas en conjunto fueron de gran importancia para ir mejorando mis propias intervenciones, como por ejemplo:

- reconocer que había que ampliar las líneas de acción,
- incorporar a tal sujeto familiar y / o institucional que no lo visualizaba en el devenir de mis prácticas profesionales,
- trabajar para ir superando los propios prejuicios que fui teniendo sobre determinadas actitudes de ciertos familiares,
- ampliar la construcción de redes y puentes interinstitucionales, etc.

Otro gran aporte fue el entender y comprender que uno, para evitar la rutinización en su lugar de trabajo, nunca debe dejar de insertarse en la propia Institución Hospital J.T. Borda, en el Servicio 29 y en el Propio Departamento Servicio Social. Este aporte me pareció excelente (relacionándolo con la visión de la autora M.R.Pagaza) porque estimula a intentar siempre estar atentos a captar los emergentes y las necesidades latentes que van circulando en la intervención con cada paciente / familias, los emergentes de expectativas (y a veces ansiedades en el devenir de una intervención que uno mismo puede ir expresando), como captar los múltiples emergentes que surgen en la articulación con un determinado actor institucional, como también poder ir teniendo un registro de todas las emociones que uno va vivenciando en las propias dinámicas grupales de todo equipo de trabajo. Deseo destacar que este continuo aprendizaje también lo voy logrando en el devenir de diálogo y de intercambio con las demás colegas, antes o con posterioridad a concurrir al Servicio 29 o cuando nos toca sostener el Dispositivo de Atención de Demanda Espontánea desde el propio Departamento del Servicio Social de este Hospital.

Retomando mi experiencia hacia el interior del equipo interdisciplinario del Servicio N° 29, intentamos llevar a la práctica (con continuos debates internos que implican también muchísimas coincidencias y también el respeto desde el que se sostienen puntos de vistas diferentes y en menor medida disidentes) una construcción de Salud Mental dinámica, de proceso atravesado por diferentes factores que trascienden lo puramente médico / biológico. Lo relaciono con el artículo N° 3 de la Ley Nacional, que en lo particular lo considero como una definición de carácter totalmente transformadora y contrahegemónica. Dicho artículo (Ley 26.657, 2011) expresa lo siguiente:

“En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y

psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona... ”.

Reitero mi acuerdo con dicho paradigma. Aunque en muchas ocasiones observo cómo la legalidad de esta Ley no se evidencia con la realidad, dado el incumplimiento de ciertos derechos (principalmente el habitacional o el de tener un trabajo digno) fundamentales para el pueblo y en particular para las personas con padecimiento mental. Por ello coincido totalmente con lo expresado en el material de lectura:

“Es claro que es una definición que nos es ajena y que responde a figuras legales. Pero si lo trasladamos a nuestra práctica, no encontramos que todos los accesos a los derechos se vinculan a nuestra práctica?. Por ejemplo al momento de dar un alta de una internación, la ausencia de vivienda, o la falta de insumos en los hospitales como los psicofármacos prescriptos a los pacientes, acaso no son ejemplos de derechos vulnerados? Pregunta: ¿hay salud mental sin acceso al agua? Creo que es un delimitación de la definición salud mental que nos obliga a ampliar la mirada sobre como definimos la misma y qué elementos se encuentran involucrados. Pero aun así, nos guste o no, la salud mental es lo que la ley de salud mental dice” (Saponaro Manuel. Clase N°1, 2020: 6).

Estas reflexiones, compartidas en el material de lectura, me parecen muy acertadas. Concretar la Salud Mental de la población implica también pensar en nuevas formas de redistribución más igualitaria de la riqueza que la misma Sociedad genera, es decir, que haya más presupuesto para concretar la salud, la vivienda, trabajo digno, más espacios de rehabilitación en Salud Mental, entre otros derechos; para afianzar la salud mental de la sociedad en general y de los pacientes / usuarios/as con padecimiento mental en particular. Muchas veces no se aplica en forma plena la Ley de Salud Mental, debido a un montón de obstáculos, como la falta de decisión política para concretarlo, miradas hegemónicas expulsivas existentes en el sistema de salud que tienden a cosificar al paciente con padecimiento mental, la no existencia de que se respeten (como lo expresé anteriormente) derechos fundamentales como tener una vivienda y un trabajo digno, familias atravesadas por fragilidad en sus lazos sociales (por múltiples causas tanto coyunturales como las estructurales por ejemplo la existencia de desocupados y vulnerabilidad habitacional) no pudiendo acompañar con más continuidad el propio proceso de tratamiento, compensación y acompañamiento de tal paciente, entre otras realidades. Todos estos obstáculos, todas estas micro realidades, son concretas evidencias del recorrido crítico que hacen, en general, los propios pacientes en su devenir cotidiano. Recomiendo leer un muy buen artículo de la colega Milagros Cepeda (2019) sobre los recorridos de rutas críticas de los/as paciente en general y en particular de los que vivencian padecimiento mental.

Para terminar con la articulación con esta clase, considero que la concreción de “ACH” implica también poder garantizar el TTO en la propia territorialidad de vida cotidiana del paciente. Es decir, el continuo trabajo de construcción de redes interinstitucionales de diferentes ámbitos de intervención (salud, vivienda, desarrollo social, etc.) para garantizar lo establecido en el artículo 7 inc. D de la Ley (2011). Por ejemplo, estamos actualmente articulando con nuevos referentes familiares que se comprometan a acompañar a uno de los pacientes, internado en un TTO específico en forma ambulatoria. Pensamos comenzar a construir un puente con equipos de salud mental del Partido de La Costa (provincia de Buenos Aires), donde existe una posibilidad de que el paciente pueda ir a vivir a dicho territorio con sus respectivos familiares y sostener en dicho Partido el TTO en forma ambulatoria. El mencionado paciente ingresó al Hospital Borda con una Descompensación Psicótica producto de un Policonsumo Problemático de Sustancias. En una de las “ACH” logramos articular con profesionales del DIAT (Dispositivo Institucional de Abordaje

Territorial) de SEDRONAR Quilmes (provincia de Buenos Aires) y otros dispositivos, para que se sostenga cualitativamente al paciente en forma ambulatoria. Actualmente concurre solo al Hospital Borda, para garantizar un abordaje Psiquiátrico y, desde el Trabajo Social, como paciente de consultorios externos. Con otra experiencia de “ACH” generamos una articulación con profesionales de la Sede Central del SEDRONAR, pudiendo obtener una vacante para un paciente que continúa en forma más específica su TTO en una comunidad por su historial de Consumo Problemático de Sustancias, estando psiquiátricamente compensado.

Otra experiencia de haber logrado otra “ACH” es la de un paciente que también ingresó al Hospital Borda con una Descompensación Psicótica producto a un consumo problemático de sustancias. Una vez lograda su compensación psiquiátrica, se ha articulado con Profesionales del CPA del Partido de Presidente Perón (provincia de Buenos Aires) y a través de ellos con Profesionales del Servicio Social y del Servicio Salud Mental del Hospital Provincial de dicho Partido, garantizando su TTO en forma ambulatoria y en la territorialidad de la propia vida cotidiana del paciente. También, desde este equipo realizamos continuas articulaciones con Profesionales del Dispositivo de Talleres Protegidos CABA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) como del PRESASIS CABA, para garantizar espacios Terapéuticos de Socialización para pacientes que están internados todavía en el Servicio 29 como pacientes externados que concurren al dispositivo de Consultorios Externos de este propio Servicio.

Estos son algunos ejemplos de cómo (desde el Equipo del Servicio 29) estamos convencidos de la importancia de lo que significa la construcción de redes tanto intrahospitalaria como extrahospitalaria, concretando -como lo mencioné anteriormente- redes interinstitucionales con equipos del ámbito de salud o de otros ámbitos de intervención como el judicial, con la continua articulación con juzgados civiles, Unidad de Letrados, Órgano de Revisión, etc.; el educativo; Desarrollo Social de CABA, como de diferentes Partidos del Conurbano bonaerense; etc. Considero que la construcción de Redes se hace visible en los ejes principales de la Ley Nacional de Salud Mental. Sobre esta temática de Redes comparto los aportes de la autora Dabas (1998), que expresa que:

“es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familiar, equipo de trabajo, barrio u organización, tal como la escuela, el hospital, el centro comunitario, entre otras) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos” (Dabas E., 1998 :17).

Dabas reafirma una visión integral para y de logros de transformación social. Es muy importante - y lo es compartido desde el Equipo del Servicio 29- concretar las “ACH”. Son ejemplos tangibles de apostar a una transformación social en lo más micro social / en el ámbito de la vida cotidiana del propio usuario del sistema de salud mental. Mi vivencia en el Servicio 29, como en el Departamento del Servicio Social, es que las decisiones se intentan construir en forma colectiva, es decir, la construcción de redes son ejemplos concretos de democratizar el saber porque desarticulan las pirámides jerárquicas de la toma de decisiones y, a su vez, se adquiere de las concepciones de redes un carácter de concepto de “multicentrismo”. Esto lo desarrollan muy bien las autores como Findling y López (2009). Para terminar, deseo citar a Rovere M. (1999: 22/23):

“Para mi esta tercera posibilidad se llama redes. Fijensen que interesante, la homogenización es necesariamente autoritaria, es una compactación autoritaria de las

diversidades. En vez de estos trataremos de articular heterogeneidades... Entonces al sobreimprimir las redes sobre la fragmentación voy creando o restituyendo los lazos sin recurrir a la organización jerárquica... En el modelo de sistema teníamos que homogenizar, en el modelo de redes podemos permitirnos respuestas flexibles a necesidades diversas de la gente”.

El trabajo en Red es de vital importancia, desde una perspectiva interdisciplinaria y la generación de la estrategia de fortalecer una visión de trabajo interinstitucional. Coincido con los aportes de las colegas Amelotti F. y Fernández Ventura N. (2012: 5), cuando expresan que:

“Las estrategias de intervención del Trabajador Social en el ámbito hospitalario en relación a las problemáticas abordadas deben pensarse a nivel interinstitucional, ya que no consideramos posible brindar una respuesta, ante problemas complejos, sólo desde una institución de salud pública”.

Y a su vez, toman muy acertadamente los aportes del autor Carballeda A. sobre la estrategia del abordaje interinstitucional que hace mención a lo siguiente:

“no solo aportar a la reconstrucción del tejido social sino también dialogar entere sí, visibilizando el padecimiento, como manifestación de la desigualdad; al mismo tiempo que nos permite interpelarnos sobre nuestra forma de actuar, revisar nuestra intervención” (Amelotti F. y Fernández Ventura N., 2012: 5).

Desde el Equipo pensamos ampliar con más detalle el diagnóstico con el que ingresó tal paciente, las estrategias de intervención más importantes desarrolladas para concretar las “AHC”, la situacionalidad de cómo se encuentra actualmente en su territorialidad tal paciente, entre otras variables a sistematizar y plasmar en un futuro. Detallo a continuación, en forma sintética, las principales articulaciones, construcción de puentes y trabajo en Red realizados para concretar las respectivas “ACH” durante todo el año 2020:

- Articulación principalmente con equipos interdisciplinarios de Salud Mental (y en menor medida con diversos Profesionales de Hospitales y Centros de Salud Generales) de los Municipios de: Moreno, La Matanza, Quilmes, Berazategui, Ezeiza, Morón, Merlo, Ituzaingó, Pte. Perón, entre otros partidos del conurbano bonaerense.
- Con equipos interdisciplinarios del Dispositivo DIAT (Dispositivo Interdisciplinario de Abordaje Territorial) de SEDRONAR; como una vinculación con los referentes de la sede Central de SEDRONAR para la obtención de vacantes en determinadas Comunidades.
- Articulación con equipos de trabajo de Desarrollo Social de diversos Partidos del Conurbano como de CABA. Específicamente en la territorialidad de CABA, se sostuvo una continua trabajo con colegas del Servicio Social Zonal Sede La Boca para garantizar turnos en la Junta Evaluadora para que el paciente / usuario obtenga por primera vez el CUD (Certificado de Discapacidad) como otras gestiones; consultas con referentes administrativos del ANSES y de ANDIs (Agencia Nacional de Discapacidad).
- Con equipos interdisciplinarios de los Dispositivos de Talleres Protegidos como del Programa PREASIS de CABA.
- Comunicación con equipos de diversas Curadurías y con profesionales de determinados Juzgados Nacionales.
- Continuo intercambio con equipos interdisciplinarios de la Unidad de Letrados y del

Órgano de Revisión cuya presencia es tan importante para el cumplimiento de la Ley de Salud Mental.

- Con diferentes profesionales de diversos Hospitales de CABA y de la DGSM/CABA para ir garantizado el derecho de la accesibilidad a la salud para cada paciente.
- Con diferentes referentes administrativos y profesionales de PAMI, Incluir Salud/ FACOEP y otras Obras Sociales.
- Continúa articulación intrahospitalaria para concretar diversos tipos de atención a los pacientes.

Continuando con lo presentado como trabajo final del curso de postgrado mencionado, es importante hacer una breve articulación con la clase de Historia Clínica.

Al principio de mi desarrollo profesional en el Servicio 29 realizaba un registro específicamente en el apartado del Trabajo Social. Por sugerencia de la colega (a cargo del Departamento del Servicio Social) Vita María en el espacio de supervisión mencionado anteriormente, empecé a sistematizar, a registrar todas mis principales intervenciones en el apartado de Evolución Psiquiátrica, Psicológica y Trabajo Social (especificando mi profesión en dicho apartado de la HC). Fue un cambio positivo de 180 grados. A través de dichas evoluciones fui y fuimos pudiendo leer las evoluciones realizadas desde cada especificidad, permitiendo una comprensión de lo más importante de lo registrado en la HC de forma mucho más integral, en forma interdisciplinaria. Y esta visión de integralidad es un concreto aporte a mejorar la atención de cada paciente. Comparto totalmente lo expresado en el material de lectura de este Curso:

“Otra función es mejorar la calidad de atención del paciente ya que la misma es considerada como un derecho del paciente pudiendo servir a su derecho de calidad de atención, Su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada” (Marletta María, Saponaro Manuel: 2020, 3).

También me pareció oportuno explicitar la definición estudiada en el material de lectura:

*“La Historia Clínica es el documento o instrumento escrito en el que consta en forma metódica, ordenada y detallada la narración de todos los sucesos acaecidos y comprobaciones realizadas por el médico o el equipo médico, durante la asistencia de un paciente en un establecimiento público privado desde su ingreso hasta el momento de su egreso por alta o por muerte. (Patitó).... constituye el **único elemento probatorio del quehacer profesional** siendo la prueba básica y fundamental a la hora de determinar responsabilidades, administrativas, civiles o penales. De ahí la importancia de que se encuentre bien redactada, legible, completa. Además, la historia clínica constituye un elemento de comunicación y orientación entre distintos profesionales de la salud.”* (Marletta María, Saponaro Manuel, 2020: 1).

Personalmente, realizo mis registros en la Historia Social que voy elaborando de cada paciente, como en las propias HC. Para concretar las “ACH” es fundamental (desde mi propia especificidad) la realización de Informes Sociales para poder concretar la presentación del paciente al equipo profesional con el que estamos construyendo la red (Equipos de Salud Mental de Municipios del Partido del Conurbano, Secretarías de Desarrollo Social, Equipo Unidad de letrados, Equipos de SEDRONAR, etc.).

Para la elaboración de un informe Social completo parto de lo sistematizado en la H. Social como de la H. Clínica. Y es en la revisión de esta HC donde logro construir un documento (Informe Social) que focaliza en la concreción de los Derechos del determinado Paciente, siendo fundamental para dicha elaboración lo registrado por los otros profesionales, porque de la lectura de dicho registro en la HC se tienen elementos / datos con los que construir información y volcarla en el apartado de Situación Vincular / Familiar y Situación Sanitaria (entre otras variables/apartados) del Informe Social. En forma similar con las continuas entrevistas, tanto desde un encuadre formal -y a veces más informal- que voy sosteniendo con los pacientes y con sus referentes afectivos (sean o no familiares), entrevistas a dichos referentes realizadas también en forma telefónica. No quiero extenderme con la temática del Informe Social, pero los autores Giribuela W. y Nieto F. (2009) realizan una muy buena explicitación y reflexión sobre la misma; la construcción de un Informe Social como una importante construcción de síntesis de mi intervención profesional, una síntesis que no es abstracta, que se retroalimenta dialécticamente todos los días con las continuas intervenciones profesionales realizadas. Lo relaciono con el material de lectura de la Clase referido a los Informes en el Ámbito de la Salud, donde reformulé la estructura del Informe Social dirigido a un Juzgado Civil interviniente para anexarlo a uno de los informes de actualización de la modalidad de internación de un paciente.

Deseo también hacer una pequeña relación con lo abordado en la clase sobre Ejercicio Profesional. En dicho material de lectura se expresa lo siguiente:

“Como han visto, tanto para la medicina como para la psicología, su reconocimiento social y legal ha sido fruto de constantes reclamos. Otras disciplinas afines han pasado por idéntica situación. Aun hoy la práctica de enfermería se encuentra en la búsqueda de su reconocimiento pese a ser una actividad previa a muchas de las que han podido regularizar su situación. Las leyes de ejercicio profesional son la conclusión de una búsqueda de autonomía y de reconocimiento de un campo de saber”. (Meizoso Natalia, Saponaro Manuel. Clase N°2: 2020, Pag. 20).

Tal cual como dice este muy buen material de lectura, la concreción de leyes relacionadas con la Disciplina del Trabajo Social es una parcial conclusión de ir concretando una mayor autonomía. Reconcomiendo esta especialidad como una forma de pensar la realidad social con sus múltiples situaciones problemáticas y que se problematicen dichas realidades. Nuestra Ley Federal del Trabajo Social N° 27.072 plantea, en su artículo N° 4 y el artículo N° 9, el ejercicio profesional y las respectivas incumbencias.

“ARTÍCULO 4° — Ejercicio profesional. Se considera ejercicio profesional de trabajo social la realización de tareas, actos, acciones o prácticas derivadas, relacionadas o encuadradas en una o varias de las incumbencias profesionales establecidas en esta ley, incluyendo el desempeño de cargos o funciones derivadas de nombramientos judiciales, de oficio o a propuesta de partes, entendiéndose como Trabajo Social a la profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar. ...

ARTÍCULO 9° — Incumbencias profesionales. Siempre en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales, los/as Licenciados/as

en Trabajo Social están habilitados para las siguientes actividades profesionales dentro de la especificidad profesional que les aporta el título habilitante:

Asesoramiento, diseño, ejecución, auditoría y evaluación de:

a) Políticas públicas vinculadas con los distintos ámbitos de ejercicio profesional, tales como hábitat, salud, desarrollo social, discapacidad, educación, trabajo, medio ambiente, justicia, niñez y adolescencia, economía social, violencias sociales, género, minorías étnicas, ancianidad y adicciones, entre otros;

b) Planes, programas y proyectos sociales;

c) Diagnósticos familiares, institucionales, comunitarios, estudios de impacto social y ambiental;

d) Proyectos institucionales y de organizaciones sociales, sean éstas gubernamentales o no gubernamentales.

Integración, coordinación, orientación, capacitación y/o supervisión de equipos de trabajo disciplinario, multidisciplinario e interdisciplinario, aportando elementos para la lectura e identificación de la situación abordada, incorporando los aspectos socioeconómicos, políticos, ambientales y culturales que influyen en ella, y proponiendo estrategias de intervención.

Elaboración de informes sociales, informes socioeconómicos, sociosanitarios y socio-ambientales, informes situacionales y/o periciales.

Intervención en contextos domiciliarios, institucionales y/o comunitarios.

Elaboración de pericias sociales en el ámbito de la Justicia, ya sea como peritos oficiales, de parte, mandatario y/o consultor técnico.

Intervención profesional en instancias o programas de mediación.

Intervención profesional como agentes de salud.

Dirección y desempeño de funciones de docencia de grado y posgrado, extensión e investigación en el ámbito de las unidades académicas de formación profesional en trabajo social y en ciencias sociales.

Desempeño de tareas de docencia, capacitación, investigación, supervisión e integración de equipos técnicos en diferentes niveles del sistema educativo formal y del campo educativo no formal, en áreas afines a las ciencias sociales.

Dirección, integración de equipos y desarrollo de líneas y proyectos de investigación en el campo social, que contribuyan a:

a) La producción de conocimientos en trabajo social y la profundización sobre la especificidad profesional y la teoría social;

b) La producción de conocimientos teórico-metodológicos para aportar a la intervención profesional en los diferentes campos de acción;

c) La producción de conocimiento que posibilite la identificación de factores que inciden en la generación y reproducción de las problemáticas sociales y posibles

estrategias de modificación o superación.

Participación en asesoramiento, diseño e implementación de nuevas legislaciones de carácter social, integrando foros y consejos de promoción y protección de derechos.

Dirección y administración de instituciones públicas y/o privadas en diferentes niveles de funcionamiento y decisión de las políticas públicas.

Nuestra ley demuestra e intenta hacer valer la autonomía que logramos como Disciplina. Como lo abordé en el apartado de Interdisciplina, realmente me siento muy cómodo formando parte del Equipo del Servicio 29. Los demás compañeros/as valorizan y van comprendiendo la propia autonomía especificada del Trabajo Social. Por ejemplo, la construcción de Interdisciplina y trabajo en equipo no sólo se plasma en el momento de pensar en forma colectiva la construcción de cada “ACH” -con el intento de que sea lo más cuidada posible- sino también lo llevamos a la práctica en el pensar juntos la forme de contestar un oficio judicial de un juzgado Civil por la situación de un paciente con modalidad de internación voluntaria o involuntaria, como también pensar juntos - desde la especificidad de cada profesión- diversas estrategias de intervención; o en la mayoría de las veces, al atender juntos en cada admisión (cuando ingresa un paciente nuevo al Servicio 29) como también la realización de entrevistas familiares y/o pacientes de modalidad de consultorio externo en forma conjunta.

Es decir que con estas experiencias no se produce esta tradición histórica hegemónicamente establecida de que el Trabajador Social es un mero Asistente Social y auxiliar "de". Desde la especificidad del Trabajo Social se está haciendo hincapié en la concreción de un enfoque de derechos. El autor Carballeda A. (2016) expresa muy acertadamente lo siguiente:

“En procesos de intervención social es posible visibilizar esas cuestiones desde algunos dispositivos que apoyan la reconstrucción de los lazos sociales en términos de reciprocidad, integración, identidad y pertenencia. Es allí donde el otro se hace necesario para la construcción de identidad. De allí que en la relación con éste se construye una forma de responsabilidad que integra y sostiene lo social desde el lazo” .

Apostar a la concreción de los derechos humanos de un paciente es apostar a la recuperación de sus lazos sociales, como también a que se cumpla lo establecido por las leyes en vigencia. Es aportar a la propia salud mental de los pacientes con los que nos vinculamos profesionalmente y tratar de ir reduciendo la “fractura de los lazos sociales”, parafraseando a Castell (1977).

Al hablar de Derechos deseo relacionarlo con lo trabajado en la clase sobre los Derechos de los Pacientes. La actual Ley Nacional de Salud Mental hace lugar a la importancia de los derechos de los Pacientes. Considero que la sanción de la Ley N° 26529 (Ley de Derechos de los Pacientes) y sus posteriores modificaciones fue un gran avance en el campo jurídico de derechos. Su artículo N° 2 establece como derechos esenciales de los pacientes -en su relación con los equipos de Instituciones de salud-: Asistencia, - Trato Digno y Respetuoso, - Intimidad, - Confidencialidad y - Autonomía de la voluntad.

Considero que resulta fundamental su puesta en práctica, su concreción. En las reuniones como equipo del Servicio 29 reflexionamos sobre nuestras intervenciones para poder mejorar aún más la concreción de dichos derechos y respetar la autonomía de la voluntad de cada uno de los pacientes. Nos ha pasado que -en el desarrollo de las diversas estrategias terapéuticas que se piensan desde el equipo y que se les va proponiendo a los pacientes- en algunos momentos ellos no están de acuerdo, por ejemplo en aceptar ir a una comunidad de SEDRONAR, en participar en los Dispositivos de PREASIS, en gestionar el Dispositivo de AT (Acompañante Psicoterapéutico), etc.

Esto es de un total aprendizaje en mi quehacer profesional y en el mismo equipo. Primero, comprender que los tiempos planificados como equipo tienen que ir respetando los tiempos de cada uno de los pacientes. De ahí que considero la importancia de un abordaje singular de cada situación y no de una homogenización impuesta (como lo desarrollé anteriormente en la construcción de un diagnóstico social presuntivo). Esto implica ser estratégicos en lo planteado como concepción terapéutica; en comprender que la necesidad tiene que ser más una demanda del paciente y no “del equipo hacia el paciente”. Esto no quita -como nos sucedió en algunas situaciones- que deseáramos que el alta de un paciente se lograra con más actores institucionales que intervinieran, pero dicho paciente -ya compensado psiquiátricamente y con un tipo de modalidad de internación voluntaria- tenía derecho a solicitar su salida del Hospital y continuar su TTO en forma ambulatoria y con el acompañamiento de la familia. Es decir, lo primordial es lograr brindarle a cada paciente, en su proceso de alta, un abanico de recursos y actores institucionales con los que se vinculará para garantizar que el TTO ambulatorio sea lo más positivo posible para el mismo. Otra faceta que se puede mencionar es que los pacientes están conviviendo mientras se encuentran en el Servicio 29. Para que dicha convivencia sea lo más respetuosa posible intentamos llevar a la práctica el Dispositivo de Asamblea para abordar las cuestiones de convivencia y de grupalidad. En dichas instancias tratamos de respetar el derecho de la confidencialidad de cada paciente, porque algunos plantean sus malestares y/o quejas en forma individual y no en dicho Dispositivo de Asamblea. En dichas ocasiones intentamos -como equipo- resignificar y recrear nuestras intervenciones para abordar dichos conflictos sin mencionar a tal o cual paciente. Como estratégicamente deseamos generar espacios de encuentros grupales (impedidos en gran parte de 2020 e intentando sostenerlos en la actualidad con las medidas de prevención necesarias) donde intentamos que la palabra circule y se pueda ir afianzando la comunicación y los vínculos entre los propios pacientes (tomando en cuenta la diversidad de los diagnósticos y los cuadros patológicos en salud mental que ellos vivencian). También consideramos de vital importancia tanto a la comunicación verbal como también a la gestual, como otras de las formas importantes de expresión humana -5-.

Ampliar la capacidad de escucha y de captación de los respectivos lenguajes que van expresando cada paciente y sus familias es de vital importancia para lograr la recreación y renovación de los diagnósticos clínicos/psiquiátricos, psicológicos y sociales familiares que se realicen desde la especificidad de cada profesión y en forma interdisciplinaria.

Pacientes con cuadros de Psicosis u otros cuadros patológicos y el desafío de construir instancias de grupalidad pueden generar el desafío para realizar otro artículo de lo vivenciado hasta la actualidad en el Servicio 29. Mínimamente deseo comentar (relacionándolo con los aportes del autor Sartre P.) y apreciar que dicho autor plantea el pasaje de una etapa de serialidad a la constitución del grupo. Rosenfeld cita a JP Sartre, que expresa que *“la serialidad es el tipo de relación humana en el cual cada miembro aparece como sustituible por otro, o sea, como indiferenciado”* (Rosenfeld D, 1972: 21). Por lo tanto, lo que habilitaría el traspaso de serie a grupo sería la interacción. A esto apostamos, a fortalecer los propios espacios e interacción social entre los propios pacientes, entre ellos, con el equipo tratante y con pacientes de otros servicios de internación, como también con sus respectivos referentes afectivos (sean o no familiares). Es un desafío que nos planteamos también a pesar de todas las dificultades y contratiempos que se van presentando en el servicio 29 por los continuos emergentes que van surgiendo en la dinámica de trabajo. Cuando desde el equipo “ACH” deseamos ir construyendo en conjunto con tal paciente, resulta un apostar concretamente al fortalecimiento de la propia interacción social del mismo.

Otras de las clases de estudio que me pareció muy interesante es la relacionada con la Internación en Salud Mental. La ley Nacional de Salud Mental (con todos los debates internos que ha generado en el ámbito de la atención de pacientes con padecimiento mental) ha generado

cambios significativos conceptuales con respecto a las modalidades de la internación. Es interesante lo explicitado en varios tramos del material de lectura:

“Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente” (Pozo Gowland Rafael, 2020: 2).

El sostenimiento de los vínculos sociales de cada paciente fue uno de los principales objetivos planteados desde el equipo para aquellos pacientes que no estaban en condiciones de alta Hospitalaria en el reciente contexto de Pandemia y sin poder sostener reuniones familiares (principalmente en los primeros meses de la misma).

También se expresa que *“La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios... Las restricciones deben ser excepcionales, debidamente fundadas por el equipo interdisciplinario, y deberán ser informadas al juez competente”* (Pozo Gowland Rafael, 2020: 2).

Desde el equipo hemos intentado responder al juzgado civil competente cada 30 días si las internaciones son de modalidad involuntaria, o cada 30 días si las internaciones son voluntarias, respondiendo al Juzgado interviniente, avisando y articulando con el Órgano de Revisión. También desde el equipo hemos logrado una vinculación constante con el equipo interdisciplinario de Unidad de Letrados, como lo plantea la ley.

Continuando la vinculación con este apartado de la clase teórica como estrategia de intervención planteada desde el Equipo, lo relaciono con la importancia de concretar el objetivo de evitar lo máximo que se pueda la cronificación del paciente y lograr “ACH” si los criterios terapéuticos interdisciplinarios lo ameritan y lo avalan. Considero que se ha logrado un dinamismo en el propio Servicio 29, logrando -a pesar de este contexto de Pandemia- aproximadamente 10 altas a lo largo del año 2020, con la intención de que sean cuidadas, es decir trabajadas en función de cumplir los Derechos de los Pacientes. Siguiendo con la temática de esta clase referida a las Internaciones, desde lo personal me pareció muy interesante lo expresado en el material de lectura sobre el concepto Riesgo Cierto e Inminente:

“el decreto reglamentario lo define como “aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros”. El mismo genera un cambio significativo en la práctica clínica ya que implica un cambio con respecto al paradigma anterior, ligado al concepto de peligrosidad. Este cambio de paradigma representa una modificación importante en lo que hace al abordaje en salud mental, lo cual no es menor teniendo en cuenta que una internación involuntaria representa una privación de la libertad necesaria para garantizar el derecho a la salud. El anterior concepto de “peligrosidad”, definía a la persona y no a una circunstancia específica, dejando de lado la subjetividad y focalizándose en determinado diagnóstico, lo cual implicaba entender a la salud mental desde una concepción estática. La idea de riesgo cierto e inminente, en cambio, remite a una circunstancia puntual de salud. La intervención entonces ya no apuntará a neutralizar el peligro, si no al beneficio terapéutico de la persona (Glanc, 2019)” (Pozo Gowland Rafael, 2020: 12).

Este aporte que hace la ley no incluye al sujeto considerándolo como peligroso en su totalidad, sino a ciertas circunstancias puntuales de salud en el mismo. En lo personal coincido que cuando se

considera a todo el sujeto como peligroso, se construyen las condiciones materiales y simbólicas para que el Estado pueda generar la puesta en práctica de diversos mecanismos de control, pero también las construcciones de representaciones simbólicas cotidianas que se construyen en torno a “controlar” al “loco” que es un “Peligroso social” para la Sociedad -relacionándolo con las instancias de la microfísica del Poder tan extraordinariamente desarrollado por M. Foucault- o con la construcción de los estigmas que degradan, excluyen y niegan la historicidad de los sujetos, muy bien trabajado por el autor Erving Goffman en su extraordinario libro Internados. El concepto de riesgo cierto e inminente se focaliza no en todo el sujeto, en toda la persona, sino principalmente en la circunstancia puntual de salud. A lo largo de la historia del abordaje de personas con padecimiento mental fueron surgiendo diferentes paradigmas, movimientos contestatarios y de reivindicación de los Derechos de las mismas personas en situación de padecimiento mental. Desde lo personal planteo que es importante superar / romper con los parámetros hegemónicos en la atención, con el modelo hegemónico de que el poder está en el que cura y/o atiende, en el saber profesional que no sólo puede ser la Psiquiatría sino también un Trabajo Social de intervenciones hegemónicas y dedicado al control social. Considero que uno de los aportes contestatarios, humanísticos y de rechazo a la estigmatización del denominado “loco peligroso” ya se generó en la década del 70 del siglo pasado a través de un movimiento / tendencia de humanización y cambio radical de la propia Psiquiatría -y en demás disciplinas intervinientes- uno de cuyos referentes fue un gran Medico llamado D. Cooper (1972). Dicho autor plantea -entre tantos otros ejes muy interesantes- poder poner en cuestión, en crítica dialéctica, el doble círculo de la expulsión generado por las Instituciones de abordaje del padecimiento mental, donde prevalecen la lógica hegemónica Manicomial e instituida de atención al paciente y la expulsión, que en varias ocasiones sucede también en ciertos núcleos familiares hacia el denominado “Loco” y la sociedad cuando no se genera una perspectiva de desnaturalizar lo instituido, lo impuesto. Considero que dichos círculos de expulsión son avalados por los patrones culturales del poder, siendo para mí muy importantes los cambios culturales y de abordajes en el ámbito de la salud mental. Dichos aportes sirven para poner en jaque -en ese contexto- la visión estigmatizadora de anormalidad y peligrosidad. En su obra, este autor plantea interesantes aportes, como por ejemplo:

“...Lo que se necesita es un grado suficiente de independencia, puesto que sólo sobre esta base los pacientes, con nuestra ayuda, pueden renovarse y pasar a un estado de mayor integridad y por lo tanto de autonomía” (Cooper D.,1972: 124).

Es un punto clave, apostar al fortalecimiento de un mayor proceso de autovalorización, autodeterminación y autonomía de cada paciente (tomando en cuenta sus singularidades). Como equipo del Servicio 29 queremos siempre intentar partir de valores humanísticos que nos orienten y sean el faro de nuestras intervenciones profesionales; intervenciones que -en lo personal- deseo que no reproduzcan los denominados galpones -6- en los que prevalece la fractura, la fragmentación social, no sólo de la población a la que estamos atendiendo sino también tratando de evitar la fragmentación hacia el interior del mismo equipo de trabajo. Una de nuestras identidades, que nos permite ir fortaleciendo nuestro propio equipo de trabajo, es esta concepción de los valores de humanización en nuestras intervenciones, en nuestras perspectivas de trabajo y abordaje profesional.

Estamos en estos momentos evaluando la posibilidad de ir generando la realización de los pasos correspondientes -y trabajándolo en forma conjunta con un paciente- para lograr una nueva Alta Hospitalaria. Y hacia el interior del equipo del Servicio 29, con profesionales del Órgano de Revisión, se está evaluando -sin haberse tomado hasta la fecha una decisión definitiva- la posibilidad de solicitar al Juzgado Civil Interviniente la designación de ciertos apoyos necesarios para fortalecer la autonomía de un paciente actualmente internado con modalidad de internación

voluntaria. Esto se relaciona con la muy buena clase dedicada a la temática de la Capacidad Civil, en relación a la generación de un modelo de apoyo ante la posibilidad de que en el ejercicio de su plena capacidad pueda resultar un daño para su persona y/o bienes. Esto se relaciona con los aportes del nuevo Código NCyC (por ejemplo los artículos 32, 43, etc.) donde, salvo excepciones o casos particulares, las restricciones son de la capacidad de ejercicio (capacidad de hecho, que es la capacidad de ejercer su capacidad de derechos por sus propios actos) y no de la capacidad de derecho (que se la entiende como la capacidad de ser titular de los derechos jurídicos que le son reconocidos). Considero que esta clase me resultó muy importante para profundizar la importancia de la implementación del Modelo de Apoyo ante una lógica hegemónica tutelar como lógica de control.

Con respecto a la lectura de la clase de Discapacidad, comparto con el paradigma del Modelo denominado Social con respecto a la Discapacidad muy bien desarrollado en el material de lectura:

“El tercer modelo es el denominado social, en relación a dónde ubica las causas de la discapacidad. Parte de una valoración de la diferencia y de que las personas con alguna discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto. Este paradigma se encuentra muy alineado a los derechos humanos, la dignidad, la igualdad, la libertad y la inclusión social. Hace hincapié en la no discriminación, la autonomía de las personas, y la accesibilidad universal, eliminando las barreras que generan diferencias en términos de oportunidades. Este modelo surge a partir de una larga lucha que tiene como uno de sus principales logros la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad” (Pozo Gowland Rafael, 2020: 5).

Esto es lo que deseamos como equipo del Servicio 29, reducir lo más que se pueda las barreras existentes en una sociedad para que un paciente compensando y en continuidad de su TTO pueda desarrollar su vida en forma lo más autónoma posible y sostener un TTO ambulatorio. Es una forma también de aportar al cambio cultural para no anormalizar y etiquetar / rotular a los pacientes con padecimiento mental como desviados / anormales/ peligrosos/ etc. Comparto con lo muy bien desarrollado por el autor Rist Ray cuando expresa que:

“Si se insiste sobre la naturaleza de proceso de Desviación, a cualquier desviado concreto se le verá como alguien atrapado, definido, segregado, etiquetado y estigmatizado... Objetivos principales de la perspectiva del etiquetado, demostrar que las fuerzas de control social con frecuencia tiene la consecuencia intencionada de hacer a las personas definidas como desviadas, aún más firmes en su desviación, debido a la estigmatización del etiquetado.” (Pay Rist, 2020: 3).

Estos procesos de etiquetación conducen y retroalimentan los procesos de desubjetivación, concepción muy bien abordada por los autores Duschatzky y Corea -7-. Como equipo queremos siempre reivindicar a ese sujeto singular que atraviesa un determinado o determinados padecimientos mentales, ampliar la mirada de comprensión de las múltiples dimensiones (sociales, culturales, económicas, habitacionales, etc.) que atraviesan el proceso de salud / enfermedad / cuidado / atención. Llamarlo por su nombre, que es una mínima forma de anclar en el presente su historicidad y afianzar su yo (aunque sea frágil por el cuadro patológico que presenta), pero nunca dejar de fortalecerlo.

Deseo hacer mención explícitamente al aporte realizado por el autor Goffman E:

“La despedida implica el desposeimiento de toda propiedad, importante porque las personas extiende su sentimiento del yo a las cosas que les pertenecen. Quizás la más

significativa de estas pertenencias – el propio nombre- no es del todo física. Comoquiera que una fuese llamado en adelante, la pérdida del propio nombre puede representar una gran mutilación del yo” (Goffman E., 2001:31).

Nuestra concepción de construir dichas “ACH” se relaciona también con una perspectiva de planificación estratégica y no puramente normativa, donde no prevalezca la rigidez y sí el aprovechar los emergentes que van surgiendo en dicha construcción del Alta. Esta perspectiva de planificación estratégica está muy bien desarrollada por autores como Rovere M. (1997), Matus Carlos () entre otros.

Para terminar con este trabajo tras haber transitado un año marcado por la Pandemia, deseo resaltar la importancia de las propias acciones de APS (Atención Primaria de la Salud), que se fue construyendo en forma conjunta con los propios pacientes del Servicio en función de prevenir cuadros de COVID19. Este eje de análisis amerita otro artículo a desarrollar, citando a un conjunto de autores y corrientes sanitarias -con los que concuerdo- que reivindican dicha Estrategia de APS en cualquiera de los niveles de atención, en nuestro caso un Nivel 3 de atención. Hasta el día de la fecha se ha logrado que ningún paciente del Servicio haya contraído la infección del COVID 19. Esto nos estimula a seguir redoblando las fuerzas para fortalecer las respectivas estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades y que se logre una ampliación de la capacidad de empoderamiento de los propios actores involucrados. Comparto lo expresado por la autora Restrepo (2000:26-27) sobre este eje: “

“La promoción de la salud no es propiedad de ningún sector en particular, por consiguiente, todos los sectores son responsables de mejorar la salud y el bienestar de la población. Las acciones y políticas que contribuyen a esta meta deberán ser reconocidas y hacer visibles por el sector de la salud. La exclusión social está aumentando a nivel mundial y es grandemente responsable de la presencia continua de la falta de equidad en salud”.

Conclusiones

A lo largo del desarrollo de este trabajo me fueron surgiendo diversos ejes a desarrollar en futuros nuevos escritos. Como ideas disparadoras que deseo compartir, señalo que, más allá de la realidad situacional institucional que nos atraviesa, siempre es posible apostar a que se multipliquen las lógicas instituyentes. Autores como Lapassade y Lourau (1977) realizan un excelente análisis y abordaje sobre las lógicas institucionales. Plantean la importancia de superar las posturas dualistas antidualísticas para poder no ver, tanto las instituciones como las relaciones sociales, como entidades separadas. A la Institución la definen como: “...institución en cuanto forma que adopta la reproducción y la producción de relaciones sociales en un modo de producción dado...” “...la institución es el lugar en donde se articulan, se hablan, las formas que adoptan las determinaciones de las relaciones sociales” (Lapassade G. y Lourau R., 1977: 60-61).

Considero que las determinaciones no son determinismos, porque los sujetos en sus prácticas institucionales siempre pueden reformar y transformar lo instituido, lo determinado, pueden apostar a que se potencialicen las lógicas instituyentes. Esto es lo que considero muy importante a plasmar en todas las instituciones en las que nos desenvolvemos como Trabajadores Sociales, en fin, en todas las dimensiones de nuestras vidas. Tomando los aportes de M. R. Pagaza (1998), si bien el sujeto es generador de sus prácticas cotidianas de reproducción de su existencia (reproduciendo lo que hegemónicamente está establecido), no es un simple “reproductor como lo dado desde lo

macro estructural” sino que tiene la capacidad de ser un sujeto con su propia voz autónoma, dinámico y con la posibilidad de aportar -en su reproducción de acciones cotidianas- a la transformación de su situación de inequidad.

Reafirmo los lineamientos generales de la Ley de Salud Mental. Pero si es necesario prestarle atención y rechazar la postura de que con el deseo de una Desmanicomialización se tenga que cerrar los Hospitales, esta posibilidad me genera varias preguntas abiertas, varias incertidumbres. Personalmente considero que sí se tiene que avanzar con los proyectos de la Desmanicomialización de cualquier Hospital “Psiquiátrico”, pero este proceso (como lo explicité en una de las notas al pie de este artículo) “no” puede y “no” corresponde una Deshospitalización. Es decir, con el discurso de la Desmanicomialización no podemos darle lugar a los intereses de grupos económicos concentrados que lo que desean son los cierres de Hospitales para utilizar sus tierras y transformarlas en negocios inmobiliarios y /o beneficios para la lógica de los negocios del capital financiero. No se puede perder ni un puesto de trabajo con el cierre de Hospitales en pos de dicho discurso, no se puede perder ni un metro cuadrado destinado a Hospitales de Salud Pública. Comparto totalmente lo expresado por la autora S. Faraone. (1993: 5), que afirma que hay que transformar el Hospital Psiquiátrico, pero esto no implica una deshospitalización. La autora expresa -en relación a la desinstitucionalización como política de des hospitalización- que “...*El significado de desinstitucionalización significaba programas de reducción económicas y una de las primeras operaciones consecuentes de una política de ajuste*”.

La ley de Salud Mental es una guía totalmente progresista y reivindicadora de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. Pero dicha ley tiene que estar acompañada, como lo explicité en este artículo, por un concreto aumento de presupuesto para concretar la generación de Centros de Días, Hospitales de Días y otras instancias de abordaje terapéutico, como también la generación de una política de vivienda digna y generación de empleo digno para las personas con padecimiento mental para poder garantizar muchas más “ACH”, buscando concretar el objetivo de que las internaciones sean lo más cortas posibles, es decir evitar las internaciones crónicas. Considero que es necesario un Hospital focalizado en la atención de pacientes con padecimiento mental, ya que muchos cuadros implican una estrategia de compensación que no se puede sostener en Hospitales Generales en sus dispositivos de guardia, pero al mismo tiempo, este Hospital tiene que transformarse de raíz y concretar realmente las perspectivas de desmanicomialización, siendo muy interesante el estudio y el aprendizaje de procesos y experiencias en marcha o ya realizada; un Hospital que ofrezca una gran variedad de proyectos terapéuticos en los que se concrete el alta cuidada lo más pronto posible evitando con ello la mencionada y tan lamentablemente existente cronificación.

Para lograr la transformación de los Hospitales Psiquiátricos, la autora Faraone (1993:7) se plantea como muy positivo que “*no es posible hablar de desinstitucionalización si no se transforman sustancialmente las prácticas instituidas y por lo tanto legitimadas desde el orden institucional y social*”. También me parece muy pertinente el siguiente texto:

“Desinstitucionalizar-transformar el paradigma. Nos referimos e este punto al transformación del conjunto de supuestos que constituyen las prácticas psiquiátricas instituidas basadas en la legitimación del paradigma positiva que contribuye a la fragmentación y dispersión de un sujeto, abordando la enfermedad como un hecho aislado, individual, creándose por lo tanto un objetito ficticio escindido del cuerpo o tejido social aceptado, y a partir del cual el control social establecido controla la desviación...” “Las prácticas desinstitucionizadoras deben... transformar este paradigma que crea y sostiene la institución psiquiátrica como Institución asilar – custodial, por otro que privilegie la existencia de un conjunto de factores socio – económicos -culturales y familiares como

determinantes de un proceso de enfermedad” (Faraone S., 1993: 7).

Esta perspectiva tan bien desarrollada por la autora es lo que -humildemente y aun con todo lo que tenemos que seguir aprendiendo como profesionales- intentamos aportar como equipo del Servicio 29 con la estrategia de la concreción de las Altas Cuidadas Hospitalarias, a pesar de una variedad de obstáculos de diferentes tipos. Destaco que luego de estas altas concretadas, algunos de los pacientes vivenciaron diversas inestabilidades y ciertas descompensaciones, las que hasta el momento se han logrado sostener con el TTO en forma ambulatoria y /o en la Institución a las que fueron derivados.

También considero fundamental -siendo totalmente necesario y pertinente este reclamo para ir logrando la concreción de la Ley de Salud Mental- que en el Hospital J. T. Borda, en aquellos servicios de internación donde no hay TS, se pueda concretar la incorporación de muchas/os más Profesionales del Trabajo Social, porque hay una enorme cantidad de población internada que se beneficiará con nuestra propia presencia y especificidad, al producirse las altas hospitalarias a través de un trabajo en red con múltiples actores instituciones, tal como lo fui expresando en el desarrollo de este artículo. Personalmente, estas ideas que plasmo no son ideas/concepciones fijas, cerradas y rígidas. Tal como lo compartí en estos últimos tiempos con varias colegas del Hospital J.T. Borda, deseo -y deseamos- seguir aprendiendo a través del intercambio y el debate respetuoso y democrático, sobre este tema de la Desmanicomialización, así como de otros temas.

En fin, esta realidad de los procesos de desmanicomialización amerita la realización de un nuevo artículo. La clave es pensar en forma colectiva para seguir aprendiendo y brindarle la mejor atención a pacientes/usuarios que atraviesan un concreto padecimiento mental.

Deseo concluir con esta hermosa frase de Bertold Brecht, que expresa una potencialidad instituyente, no sólo en nuestras intervenciones de nuestro quehacer profesional sino para la vida misma:

“No aceptamos lo habitual como cosa natural, porque en tiempos de confusión organizada, de arbitrariedad consciente, de humanidad deshumanizada, nada debe parecer natural, nada debe parecer imposible de cambiar”

Notas

-1- Hubo una gran variedad de producción teórica/conceptual y metodológica desde el Trabajo Social como de otras disciplinas con respecto a la irrupción (inesperada, compleja y transversal para toda la cotidianidad de la humanidad) de esta Pandemia generada por el Covid-19. Recomiendo leer estos tres trabajos/notas/recomendaciones que me parecieron muy interesantes: <https://www.pagina12.com.ar/262127-eliane-piaggio-todavia-no-terminamos-de-entender-esta-enferm>; <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19> y <https://www.margen.org/pandemia/textos/quispe.pdf>.

-2- Ampliaré esta postura en el apartado de la Conclusión

-3- Destaco que desde el 25 de enero de 2021 se ha incorporado al equipo del Servicio 29 una nueva compañera Psiquiatra con otra lógica de trabajo (con quien tengo coincidencias pero también varias diferencias y disidencias). Será un gran desafío lograr una síntesis entre su visión con lo que se ha constituido como concepción de trabajo desde el equipo interdisciplinario actuante. El transcurrir del tiempo nos permitirá ir evaluando cómo se produce (y con qué características) la incorporación de esta nueva compañera al equipo ya existente.

-4- Digo a cargo porque actualmente no está creado el cargo / estructura de Jefatura de Departamento del Servicio Social hacia el interior del Hospital J. T. Borda. Esto demuestra una concreta realidad de no valorización hacia nuestra profesión, porque es totalmente necesario concretar dicha estructura en el Organigrama Institucional. Como también es urgente la necesidad de la contar con más cargos de Trabajo Social; realidades que demuestran la existencia de concepciones hegemónicas en la completitud de cargos como también la evidencia de la necesidad de más presupuesto para el área de Salud Mental.

-5- Con respecto a las diversas formas de comunicación lo relacionamos con los aportes de Watzlawick y otros (1973) que plantean 5 axiomas que constituyen y forman parte del proceso meta comunicacional. Postulan que toda acción es comunicación, y que es imposible no comportarse, por lo tanto también es imposible no comunicarse. Un segundo axioma plantea que los seres humanos tienen la capacidad de poder comunicarse tanto analógicamente como también digitalmente, es decir, tanto de forma verbal como no verbal.

-6- *“La metáfora del galpón, nos permite nombrar lo que queda cuando no hay institución: una aglomeración de materia humana sin una tarea compartida, sin una significación colectiva, sin una subjetividad capaz común. Un galpón es lo que queda de la institución cuando no hay sentido institucional”* (Lewcowicz I. y Corea C, 2004: 106-107)

-7- Las autoras consideran la desubjetivación como: *“un modo de habitar la situación marcada por la imposibilidad, estar a merced de lo que acontezca habiendo minimizado al máximo la posibilidad de decir no, de hacer algo que desborde las circunstancias. Se trata de un modo que despoja al sujeto de la posibilidad de decisión y de la responsabilidad”... “posición de impotencia, a la percepción de no poder hacer nada diferente con lo que se presenta”* (Duschatzky, S y Corea, C, 2009:73)

Bibliografía consultada

Amelotti F. y Fernández Ventura N. (2012) “Estrategias de intervención del Trabajo Social en Salud a nivel Interinstitucional”, En Material de Lectura Clase N° 3. Espacio Margen Campus Virtual. Curso de Formación Profesional ¿Drogadicción o Consumo Problemático de Sustancias? Un abordaje territorial desde la reducción del daño. Recuperado de: https://www.margen.org/suscri/margen66/02_amelotti.pdf

Berstein Marcos (1988). Psicología cotidiana en el grupo familiar. Edit. Cinco Buenos Aires.

Bustelo, Eduardo. “Expansión de la ciudadanía y construcción democrática”. En Todos entran, Bustelo E., Minujin A. (editores) – Unicef-Santillana, Bogotá, 1998.

Carballeda Alfredo. El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social, En Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica. Edición N° 82, Buenos Aires, 2016. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen82/carballeda82.pdf>

Cazzaniga Susana. “Trabajo Social e Interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud”. En Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica. Edición N° 27, Buenos Aires, 2002. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen27/jorna.html>

Cepeda Milagros. “Ruta crítica del sujeto con padecimiento mental en el segundo nivel de atención en salud y las implicancias de la actual coyuntura”, En Revista Margen, Periódico de

Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica. Edición N° 92, Buenos Aires, 2019. Recuperado de: <http://www.margen.org/suscri/margen92/Cepeda-92.pdf>

Cooper David. (1972). *Psiquiatría y Antiquisiquiatría*. Biblioteca de Psiquiatría, Psicopatología y Psicossomática. Editorial Paidós, Buenos Aires.

Dabas, E. (1998). *Redes sociales, familia y escuela*, Ed. Paidós, Buenos Aires.

Damiano Bárbara, Saponaro Manuel. Informes en el ámbito de la Salud Material de Lectura de la Clase N° 9. Curso de Formación Profesional “Aspectos Legales para la Práctica Diaria en Salud Mental”. Talleres de Rehabilitación en Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. 2020

Damiano Bárbara, Saponaro Manuel. (2020). *Capacidad Civil*. Material de Lectura de la Clase N° 10. Curso de Formación Profesional “Aspectos Legales para la Práctica Diaria en Salud Mental”. Talleres de Rehabilitación en Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA.

Faraone Silvia. “Desmanicomialización. Notas para un debate sobre los procesos de transformación de las Instituciones Psiquiátricas Asilares”, En Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica. Edición N° 3, Buenos Aires, 1993. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen03/faraone-03.pdf>

Findling, L. y López, E. (2009). *Salud, familias y vínculos: el mundo de los adultos mayores.*, Edit. Eudeba, Buenos Aires.

Foucault, Michel. (1989). *El poder: cuatro conferencias*. Universidad Autónoma Metropolitana. Editorial Libros de Laberinto, México.

Giribuela Walter y Nieto Facundo. (2009). *El informe Social como género discursivo*. Escritura e Intervención Profesional. Editorial Espacio, Buenos Aires.

Goffman Erving. (2001). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Editorial Amorrortu. 1 edición, 3 Reimpresión, Buenos Aires.

Lapassade Georges y Lourau Reneé. (1997). *Claves de la Sociología*. Editorial Laia, Barcelona.

Lewcowicz I. y Corea C. (2004). *Pedagogía del Aburrido*. Editorial Paidós, Buenos Aires. Paidós.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 República Argentina, 2011. Decreto Reglamentario 263/2013, en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento224.pdf>

Ley Federal de Trabajo Social N° 27-972, República Argentina. En <https://www.trabajo-social.org.ar/ley-federal/>

Marletta María (Directora del Curso), Saponaro Manuel (coordinador académico del Curso) (2020). *Historia Clínica*. Material de Lectura de la Clase N° 3 Curso de Formación Profesional “Aspectos Legales para la Práctica Diaria en Salud Mental”. Talleres de Rehabilitación en Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA.

Meizoso Natalia, Saponaro Manuel. (2020). *Ley de Ejercicio Profesional*. Material de Lectura de la Clase N° 2. Curso de Formación Profesional “Aspectos Legales para la Práctica Diaria en Salud Mental”. Talleres de Rehabilitación en Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA.

Matus, Carlos. “Textos sobre planificación estratégica”, En *Materia Metodología III*, Carrera de Trabajo Social / UBA, Buenos Aires, 2009.

Marletta María (Directora del Curso), Saponaro Manuel (coordinador académico del Curso) (2020). Historia Clínica. Material de Lectura de la Clase N° 3 Curso de Formación Profesional “Aspectos Legales para la Práctica Diaria en Salud Mental”. Talleres de Rehabilitación en Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA.

Marletta María, Saponaro Manuel. (2020). La Ley de Salud Mental. Material de Lectura de la Clase N° 7 Curso de Formación Profesional “Aspectos Legales para la Práctica Diaria en Salud Mental”. Talleres de Rehabilitación en Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA.

Meizoso Natalia, Saponaro Manuel. (2020). Ley de Ejercicio Profesional. Material de Lectura de la Clase N° 2. Curso de Formación Profesional “Aspectos Legales para la Práctica Diaria en Salud Mental”. Talleres de Rehabilitación en Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA.

Matusevicios J. “Intervención Profesional en Tiempos de precarización laboral. Contrapoder Instituyente y articulación con Movimientos Sociales”, En Procesos de Intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional Crítico. Mallardi M. Compilador. Colección Debates en Trabajo Social. Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, Buenos Aires, 2015.

Pozo Gowland Rafael. (2020). Internación en Salud Mental. Material de Lectura de la Clase N° 6 Curso de Formación Profesional “Aspectos Legales para la Práctica Diaria en Salud Mental”. Talleres de Rehabilitación en Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA.

Pozo Gowland Rafael. (2020). Discapacidad. Material de Lectura de la Clase N° 11. Curso de Formación Profesional “Aspectos Legales para la Práctica Diaria en Salud Mental”. Talleres de Rehabilitación en Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA.

Pagaza Rosas, Margarita (1998). Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en el Trabajo Social, Editorial Espacio, Buenos Aires.

Pay Rist. (2018/2020). Sobre la comprensión del proceso de escolarización: Aportes de la Teoría del Etiquetado. Material de Lectura de la Materia Problemática Educativa, Tramo Pedagógico, Avellaneda.

Restrepo Helena H. “Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud”, En Quinta conferencia mundial de promoción de la salud. Ciudad de México, Informe Técnico N° 4. Del 05 al 06 de junio, 2000.

Rovere, M. (1999). Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad, Rosario, Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte. Material de Lectura del Sistema de Residencia /Concurrencia Nacional. 2019. Recuperado de: <https://hogardecristo.org.ar/wp-content/uploads/2019/08/Mario-Rovere-REDES-EN-SALUD.pdf>

Rovere M. (1997). “Planificación Estratégica en Salud; acompañando la democratización de un sector en crisis”, En Cuadernos Médicos Sociales. Recuperado de: <https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2013/09/planificacic3b3n-estratic3a9gicacompac3b1ando-la-democratizacic3b3n-de-un-sector-en-crisis.pdf>

Saponaro Manuel. (2020). La Ley de Salud Mental. Material de Lectura de la Clase N° 1. Curso de Formación Profesional “Aspectos Legales para la Práctica Diaria en Salud Mental”. Talleres de Rehabilitación en Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA.

Tobón M. Rottier N. y Manrique A. La práctica profesional del Trabajador Social (Guía de

análisis). Editorial Hvmánitas/Centro Latinoamericano de Trabajo Social, 1ªedición, Lima.

Salvatierra C. y Carlini C. “Recuperando “La Historia” de la Constitución Formal del Centro de Salud N° 18 desde la palabra viva de sus actores”. Tesis Final de Investigación. Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales. 2012, En Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición Electrónica. Recuperado de: <https://www.margen.org/tesis/carlini.pdf>

Watzlawick P., Janet HelmickBeavin, D. Jackson. (1973). Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas, Editorial Tiempo Contemporáneo.