margen N° 118 - setiembre de 2025

¿Qué lugar para ella? Relato sobre una internación prolongada en el Hospital General

Por Marcela Inés Pauletto, Emilse Andrea Bistoni y Griselda Guillermina Sananez

Marcela Ines Pauletto. Médica Psiquiatría infanto juvenil. Servicio de Salud Mental Hospital Misericordia de Nuevo Siglo, Córdoba, Argentina

Emilse Andrea Bistoni. Licenciada en Trabajo Social. Servicio de Salud Mental, Hospital Misericordia de Nuevo Siglo, Córdoba, Argentina

Griselda Guillermina Sananez. Licenciada en Psicología. Servicio de Salud Mental, Hospital Misericordia de Nuevo Siglo, Córdoba, Argentina

Hace más de 10 años, la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental de Argentina (2010) nos propuso nuevas herramientas para el quehacer cotidiano en la práctica, con pilares como la interdisciplina, el lugar de la comunidad y la desmanicomialización. En ese marco, varios hospitales generales de la provincia de Córdoba incorporaron salas de internación en Salud Mental (Hospital Transito Cáceres de Allende, San Roque Nuevo, etc.).

Este trabajo pretende exponer, mediante el relato de una internación prolongada en el Hospital General, el encuentro entre el horizonte que propone la Ley N° 26.657 y la realidad cordobesa, atravesada por un contexto de desmantelamiento de equipos de atención comunitaria y de achicamiento de programas y dispositivos; así mismo, sobre el lugar que hoy ocupa la Salud Mental en el Hospital General.

Mediante la presentación de un caso nos interesa reflexionar sobre la interpelación constante que surge en la cotidianidad de la práctica de los equipos de salud frente al armado de estrategias y resoluciones que muchas veces pueden implicar el retorno al manicomio.

Frente al lazo social fragmentado, frente a la salud pública desmantelada, ¿qué lugar para ella?

Introducción

Escribir se plantea como un desafío para poner en palabras e intentar teorizar sobre meses de trabajo en equipo y prácticas en salud que se ven constantemente interpeladas desde la salud pública por un contexto que se vive como devastador.

Somos un equipo interdisciplinario (Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social) de atención en Salud Mental en un Hospital General de la provincia de Córdoba que atiende urgencias en la guardia central, consultorio externo e internado y que comprende un ala del Hospital con 8 camas para internación en Salud Mental.

Como equipo de salud, y a pesar de los contextos socioeconómicos que atraviesan cada momento de la práctica, es que -como encuadre- nos inscribimos en los enunciados de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 promulgada en año 2010. La Ley nos brinda un marco teórico y normativo de referencia al que siempre es bueno volver cuando sentimos que nuestras intervenciones están sesgadas o corren el riesgo de retornar a prácticas atravesadas por viejos paradigmas manicomiales, de los que el Hospital General no está exento.

Sin embargo, como equipos de Salud en el internado y en la guardia de Salud Mental, este año hemos vivenciado ciertas situaciones en las que, por motivos que no tienen que ver estrictamente con la clínica, se han prolongado internaciones; el contexto social y político resultó complicado para pensar estrategias de intervención siguiendo la propuesta de cada enunciado de la Ley. Frente a la imposibilidad de dar respuesta inmediata a toda la complejidad social que atraviesa al padecimiento psíquico es que nos encontramos ideando estrategias que por momentos se asemejan a viejos paradigmas de Salud, generándose una sensación de retroceso. La Salud Mental en el Hospital General, aun a más de 10 años de la promulgación de la Ley, pareciera que continúa buscando su legitimidad.

Hubo un caso en particular a partir del cual buscamos reconocer las inquietudes que nombramos, pensarnos en la práctica como agentes de Salud y frente a los desafíos que la Salud Mental nos ofrece en el contexto actual.

Breve presentación de caso

JC, paciente de género femenino, de 31 años, que ingresa a internación en el servicio de Salud Mental en abril de 2025 luego de estar en el piso de Clínica Médica por varios meses, desde donde pedían interconsulta (IC) de forma frecuente por la demanda de la paciente y de los médicos tratantes para “controlar” su cuadro.

En ese momento, JC fue hospitalizada por una lesión abdominal con elemento punzo cortante, derivada de servicio penitenciario, requiriendo una intervención quirúrgica para el cierre de la misma. Luego, y por el arrancamiento de los apósitos de esta herida, se complicó su cuadro clínico, sumado a la presencia de cuadros de excitación psicomotriz, gritos y la reticencia al tratamiento determinado, con nula conciencia de enfermedad. Al momento del ingreso la paciente presentaba una colostomía por fibrosis y plastrón abdominal producto de una cesárea iatrogénica. Se tuvo en cuenta que la joven tenía diagnóstico de F70¹ y F19², según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (Cie-10). Por su cuadro de ingreso fue medicada con Haloperidol 1 mg EV y Levomepromazina 25 mg VO 2 veces al día. cediendo por momentos el cuadro psicopatológico de excitación.

En más de una oportunidad en la que fuimos interconsultores en ese servicio, se pudo observar que la paciente se encontraba con contención mecánica para evitar el arrancamiento de los apósitos, lo que hacía que gritara e insultara a los profesionales tratantes.

Luego del alta médica de Cirugía y Clínica Médica, la paciente fue derivada para continuar el tratamiento de desintoxicación en el área de Salud Mental, desde donde comenzamos a hacer el tratamiento psicofarmacológico con Levomepromazina 25 mg VO cada 12 horas y Cclopixol Depot IM cada 15 días.

1 (F70) Retraso mental leve.

2 (F19). Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas y otros psicotrópicos.

A días del alta, su familia la acompañó a guardia central solicitando su internación ya que mencionaban no estar en condiciones de cuidar de ella. La joven expresó ideación suicida.

Quedó alojada en box de guardia y fue valorada por servicios de Salud Mental y de Cirugía.

Empezó a darse un debate, o más bien “una puja” entre servicios sobre cuál debía intervenir con la joven y qué criterio primaba en su situación clínica. Teniendo el alta de internación de otros servicios y frente a la extrema situación de vulnerabilidad, sería Salud Mental quien trataría el padecimiento, con dudas sobre el criterio y sobre la primacía de factores orgánicos en su salud. Durante esos dos meses de su paso por Clínica, JC pasó a ser conocida en el hospital como “indeseable e inesperada”.

Pasó su primer mes de internación en Salud Mental en aislamiento en su habitación por contraer una bacteria en su periodo de internación en Clínica Médica. Para entrevistarla era necesario utilizar bata, barbijo y guantes.

En los primeros días de internación se acercaron dos hermanos, que relataron una historia vital arrasada: infancia vulnerada en múltiples aspectos, una adolescencia marcada por el abandono, el consumo de sustancias, la violencia, embarazos no deseados y otros con medidas excepcionales dictadas por la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia de Córdoba (SENAF), la repentina muerte de su madre (con deterioro por consumo) hasta la privación de la libertad. A todo este escenario se le agregó la herida que le dejó la secuela de la colostomía. JC estuvo 5 años en el Complejo Carcelario de Bouwer por una causa que la relacionaba con la venta de estupefacientes. Sus hermanos no la veían desde entonces. Ambos habían crecido con la misma historia familiar hasta poder hacer cada cual su camino. En las entrevistas dieron aviso al equipo tratante de que no contaban con las condiciones para alojar a JC y brindarle los cuidados diarios que necesitaba. Con el paso de las semanas también dejaron de visitarla y de responder a las llamadas del equipo.

JC pasaba los días de internación sin respuestas, sin visita, sin salidas, solo la presencia constante de enfermería y del equipo de salud en algunos momentos en los que la cotidianidad permitía brindarle más espacio de diálogo, juego o salidas al patio y de a poco, vinculándose con sus compañeros de internado.

Dos semanas antes de retirarse del hospital en contra de opinión médica, lloraba afirmando que “no aguantaba más” y que hasta pensaba en robar algo para volver a Bouwer. Mientras le explicábamos que el equipo se encontraba trabajando, buscando lugares y posibilidades para ella, le preguntamos: ¿Bouwer? ¿Qué te gusta de ahí?, ¿de estar presa?... “Tener amigas, cosas para hacer y patio”.

Sobre La Ley de Salud Mental y el contexto sociopolítico actual

Según Stolkiner (2021), la Ley de Salud Mental es una herramienta que debe ser utilizada para transformar prácticas largamente establecidas y representaciones sociales, lo que no es una tarea sencilla. El camino de la implementación plena de sus postulados no es lineal, dado que en Salud Mental -como en Salud en general- hay fuerzas, actores e intereses que se resisten a la pérdida de hegemonía en este campo. La autora habla de ciertos obstáculos en esta implementación, como por ejemplo la histórica fragmentación y segmentación del sistema de Salud del país.

Los últimos dos años en la provincia de Córdoba se vieron afectados por el cierre de la mayoría de los equipos de atención comunitaria en los barrios de la ciudad de Córdoba Capital. Muchos trabajadores de estos equipos fueron trasladados a hospitales generales. Con este proceso también

se abrieron salas de internación en Salud Mental en tres hospitales de generales de la ciudad de Córdoba.

Retomando a Stolkiner (2021), una política integral de Salud Mental requiere también de un Estado garante de derechos sociales, económicos y culturales; la autora refiere que

deben generarse medidas y recursos necesarios para dar soporte a la comunidad a la personas con padecimiento mental, dado a que nadie puede permanecer internado por simples carencias sociales y, para quienes requieran cuidados prolongados, deben crearse dispositivos asistenciales comunitarios tales como casas de convivencia, hogares y hospitales de día.

Sorprende que pasen los años y en Córdoba contemos cada vez con menos dispositivos. Tal es así -y quizás la pandemia en 2020 también ha dejado su secuela- que hoy la opción para jóvenes que requieren cuidados prolongados es la psicogeriatrización. Nos preguntamos, ¿qué es el geriátrico en la juventud sino otra forma de manicomio?: instituciones cerradas, con franjas etarias que no coinciden, sin actividades de participación.

Creemos que hogarizar a un joven en estos lugares es anular completamente su proyecto vital. Aun así, fue una de las estrategias pensadas para JC, ya que no contaba con cobertura para pensar en hogares de jóvenes dependientes del gobierno nacional, los cuales hoy tampoco están recibiendo usuarios. De igual manera, ninguno de los lugares consultados por el equipo tuvo la disponibilidad para recibirla. Pareciera que la joven no reunía el perfil para ninguna institución.

En algunos pases de guardia se conversó sobre la posibilidad de derivación al Hospital Vidal Abal de la localidad de Oliva³, o bien a “Neuro”, por la posibilidad que el monovalente ofrece en relación a la amplitud de espacio, patio y de esperar a que algo se resuelva. Cabe señalar que también resonó esta idea con otros pacientes en largas internaciones.

Con esto queremos decir que el contexto sociopolítico actual pareciera que nos empujara al retroceso. Sin embargo, debemos estar advertidos de esto y propiciar que la situación nos interpele porque como equipo somos responsables de lo que definamos como estrategias de intervención. Stolkiner (2021) cita a un profesional que en el año 2010, en relación con la implementación de la Ley, afirmó que *“esta ley va a traer muchos problemas”*, por lo que la autora expresó que *“Es posible, pero por suerte va a traer problemas nuevos, porque los viejos son muchos y graves”*.

Pensarnos como agentes de Salud: el saber y el cuerpo como herramientas

La propuesta de este trabajo es la de poder pensarnos en nuestra práctica cotidiana como trabajadores de la Salud. Como tales, somos un eslabón fundamental en el arduo camino de implementación de la Ley de Salud Mental, siempre que estemos inscriptas en sus enunciados. Para ello habrá que revisar marcos conceptuales propios y, según la historia o el recorrido profesional por las instituciones, plantear ejes de acción y de defensa de lo que consideremos que es la salud integral.

3 Hospital Colonia Vidal Abal. Hospital provincial Monovalente en Salud Mental, localidad de Oliva, provincia de Córdoba.

Otros autores hablan de ciertas “resistencias” que los Estados (nacional, provincial, municipal) imponen en la implementación en la Ley; éstas tienen que ver con bajos presupuestos en Salud Mental, decisiones políticas vagas respecto al tema, etc. Pero advierten -como lo hizo Mauricio Goldemberg hace más de 60 años- que también hay ciertas resistencias que vienen “de abajo”, de los mismos trabajadores de la salud, cuando frente a lo estructural sostenemos, por temor o por la desidia institucional a la que nos empuja la salud pública, que hay horizontes imposibles de alcanzar. Debemos plantearnos el desafío; tal como dice Grandinetti (2007), “se tratará entonces de mantener vigente una modalidad de pensamiento crítico que implique el rechazo de los momentos represivos y manipuladores que puedan incurrir en cualquier práctica por mejor intencionada que se suponga”.

Reflexiones Finales

Es reconfortante presentar casos en los que luego de teorizar y describir acciones realizadas por el equipo interdisciplinario pueda hablarse sobre el éxito terapéutico o que finalmente -y a pesar de las complejidades- reconocer que todo salió medianamente bien.

Elegimos el caso de JC, por un lado porque es uno de los pocos -no único- casos de internación prolongada en Hospital General hasta el momento, pero también porque nos puso en jaque al ser interpelados/as como equipo frente a las contradicciones que nos atraviesan cuando las situaciones “queman” y no hay respuestas. En un contexto de desmantelamiento de equipos de salud, de programas que no ofrecen coberturas (o pagan tan poco y tarde que las instituciones desestiman convenios) y de dispositivos alternativos que imponen criterios de perfiles agudos para recibir pacientes, la idea de que “derivemos a Oliva o al Neuro por un tiempo” invade y se presenta como única opción cuando desespera el encierro en un pasillo o, en el caso de JC, en una habitación de aislamiento. Luego, en los espacios de equipo se debate, se piensa y reflexiona, se soporta el tiempo, se invita a la pausa y a repensar estrategias entre el lazo social y el vínculo generado hasta el momento como herramienta.

Luego de años de historia y de recorrido de la Ley de Salud Mental, no es bueno que trabajando en el Hospital General pensemos en volver al manicomio como opción, pero debemos reconocer que una internación de Salud Mental en una sala común, sin espacios de circulación, sin patio, sin actividades, desespera cuando se extiende en el tiempo. Sin embargo, aun en los escenarios sociopolíticos de ajuste y achicamiento, los agentes de salud no debemos olvidar nuestra condición, y que mientras esperamos que algo de la provincia de Córdoba no cierre o logre funcionar, podemos ser una herramienta y ofrecer la escucha, la presencia y la defensa de la Salud Mental frente a la hostilidad de las instituciones. No habremos perdido el tiempo si podemos reconocernos como agentes mientras transcurren los días de internación y apelar a la ternura en lugar de la crueldad, como plantea Ulloa (2007).

Una noche de guardia de viernes se escuchaban los gritos y llantos de JC mientras permanecía internada en Clínica Médica. Había presentado episodios de heteroagresividad y en ese momento se encontraba con sujeción mecánica en brazos y pies. Ya habían solicitado en varias instancias la interconsulta a Salud Mental. La psicóloga de los viernes dijo “*voy a ver que le está pasando, aunque sea en vano voy a ver*”. Cuando llegó al piso, las enfermeras le dijeron “*ya nos tiene harta a todas, y a todos los pacientes*”; se acercó a ella, se presentó y le preguntó cómo podía ayudarla, JC le respondió: “*me pica demasiado la nariz*”.

El día que JC se retiró de la institución en contra de opinión médica, como equipo se realizaron los avisos correspondientes a asesorías civiles intervinientes y a familiares, una práctica de implicancia legal. Actualmente se encuentra con búsqueda de paradero; familiares refieren haberla visto deambular por la Terminal. Nos preguntamos si su internación fue útil y pensamos que en algún aspecto sí lo fue: además de recibir tratamiento, logró cerrar su herida (física), adquirió autonomía en el cambio de sus bolsas de colostomía, se gestionó el Certificado Único de Discapacidad (CUD) y se ordenó el sistema prestacional para que en un futuro contara con cobertura. Sin embargo, todavía nos preguntamos si habrá podido encontrar un lugar para ella.

Referencias Bibliográficas

- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010). Argentina.
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley Provincial de Salud Mental N° 9.848 (2010). Provincia de Córdoba.
https://www.justiciacordoba.gob.ar/Estatico/justiciaCordoba/files/TSJ/intervenciones_voluntarias/1%20Ley%209848%20de%20Salud%20Mental%20Provincial.pdf
- Grandinetti, J. (2007). *Transformaciones Institucionales en Salud Mental*. En Amarante, Paulo. *Subjetivaciones Clínicas Insurgencias. 30 años de Salud Mental* (pág. 117). Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Colección Archi Piélagos.
- Sanfelippo, L. (2021). *La atención de los padecimientos mentales por fuera de los manicomios: 80 años de historia*. En A. B. coop. Luis Sanfelippo, *Sala Abierta* (pág. 55). Buenos Aires: La Docta Ignorancia.
- Stolkiner, A. (2021). *Prácticas de Salud Mental*. Buenos Aires: Noveduc/perfiles.
- Ulloa, F. (2007). *Ternura, numerosidad social e insurgencias*. En Amarante, Paulo. *Subjetivaciones Clínicas Insurgencias. 30 años de Salud Mental* (pág. 157). Buenos Aires: Ediciones Madres Plaza de Mayo. Colección Archi Piélagos.