

margen N° 118 - setiembre de 2025

La puerta giratoria en Salud Mental. Una mirada desde el Trabajo Social

Por Florencia Corina Peralta y María Josefina Ochova

Florencia Corina Peralta. Licenciada en Trabajo Social. Residente de Salud Mental en Hospital El Sauce, Mendoza, Argentina.

María Josefina Ochova. Licenciada en Trabajo Social. Residente de Salud Mental en Hospital Dr. Carlos Pereyra, Mendoza, Argentina.

El presente artículo surge del trabajo cotidiano en el campo de la Salud Mental, en el cual el Trabajo Social se encuentra permanentemente tensionado entre las estrategias de intervención que se diseñan para acompañar a las personas con padecimiento de salud mental y las limitaciones que impone un sistema burocrático, desfinanciado y fragmentado.

Por ello, en este artículo emergen efectos persistentes de modelos de atención centrados en el encierro, el peso de las trayectorias institucionales crónicas y el fenómeno de la “puerta giratoria” como evidencia de la falta de respuestas comunitarias sostenidas. Y al mismo tiempo, se destaca cómo el cuidado queda muchas veces desplazado hacia las familias o recae sobre los propios equipos de salud, sin el soporte necesario de políticas públicas integrales.

A partir de esta realidad es que se propone una lectura crítica desde el Trabajo Social para visibilizar los desafíos que implica reconstruir el lazo social y apostar a una Salud Mental verdaderamente comunitaria, centrada en las personas, sus derechos y su dignidad.

Metodología

La presente publicación se enmarca en un enfoque cualitativo, de carácter exploratorio y descriptivo. La elección de esta perspectiva metodológica responde a la necesidad de comprender en profundidad los sentidos, experiencias y tensiones que atraviesan el quehacer profesional del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental, particularmente en el proceso de reconstrucción del lazo social en contextos de desmanicomialización.

Por un lado, el diseño exploratorio permite abrir preguntas y reflexionar críticamente sobre fenómenos aún no sistematizados en la literatura, como el impacto subjetivo y colectivo de las trayectorias institucionales prolongadas, la fragilidad de las redes de cuidado y el lugar del Trabajo Social en la restitución de derechos. Y por otro, la dimensión descriptiva posibilita caracterizar prácticas concretas, identificar obstáculos estructurales y visibilizar dispositivos y estrategias de acompañamiento implementadas en la provincia de Mendoza, Argentina.

Para esto, se entiende que la producción de conocimiento se nutre del análisis documental, la revisión bibliográfica especializada y la sistematización de experiencias profesionales, recuperadas

desde una mirada situada y comprometida con la transformación de las condiciones de vida de las personas con padecimiento mental.

La vida detrás de las lógicas manicomiales

La reflexión que se propone parte de un interrogante central: ¿cómo contribuir a que una persona con padecimiento mental logre reconstruir sus vínculos con la vida, con los otros y consigo misma, si se encuentra atrapada en una puerta giratoria? No existen aún respuestas acabadas, pero sí múltiples preguntas que interpelan y atraviesan, con la intención de generar ruido y, en lo posible, algún movimiento.

En Argentina, durante décadas, los hospitales psiquiátricos —en adelante, hospitales monovalentes— constituyeron la principal respuesta institucional frente a las crisis subjetivas. Para algunos, representaron un espacio de contención frente a lo insoportable; para otros, en cambio, fueron lugares de encierro, olvido y vulneración de derechos. Desde su creación hasta la actualidad, esta ambivalencia persiste: si bien en determinados casos estas instituciones han permitido reducir riesgos tanto para la persona como para terceros en situaciones de graves descompensaciones psicopatológicas, el encierro prolongado genera un daño silencioso y profundo, signado por la iatrogenia institucional, la cronicidad y la ruptura del lazo social.

A partir de la década de 1960, la atención en Salud Mental comenzó a extenderse a hospitales generales. Sin embargo, el impulso más sólido se produjo desde los años 2000, consolidándose con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010). En su artículo 27, la norma establece que

Los establecimientos de Salud Mental monovalentes deben adecuarse y reestructurarse para su transformación en dispositivos alternativos que tiendan a la externación de los pacientes y a la atención ambulatoria o en hospitales generales.

Pese a los avances normativos e institucionales, en Argentina —y en particular en la provincia de Mendoza— aún predomina un modelo dual que no ha logrado concretar la utopía de una salud mental integral, cuyo centro y horizonte sea el bienestar de las personas. En la actualidad, muchas de ellas transitan su vida en instituciones en las que sus padecimientos se cronifican —e incluso se agudizan con el tiempo—, lo que obliga a preguntarse por los factores que sostienen esta realidad.

El fenómeno de la “puerta giratoria” —personas que ingresan y egresan de manera reiterada sin poder sostener un proceso de rehabilitación integral— ilustra el fracaso de un modelo centrado en el síntoma y no en el sujeto. Como señala Ana María Fernández (2010), este modelo opera bajo una lógica de fragmentación y medicalización de la vida psíquica, en la que el “padecimiento mental queda aislado de las condiciones sociales, económicas y vinculares que lo constituyen” (p. 45). En este circuito cerrado, el hospital aparece no solo como única respuesta sino también como único destino, ya que ningún alta resulta efectiva si la persona retorna a un entorno que la estigmatiza o la abandona.

En este sentido, Franco Basaglia (2005) advierte que el problema no era -e incluso podemos decir es- solo el manicomio como edificio, sino la estructura social que necesita para contener lo que no se puede o no se quiere incluir. La “puerta giratoria” entonces no es un fracaso del paciente, sino del sistema: sin redes de apoyo y/o acompañamiento, sin trabajo, sin vivienda, sin comunidad, la recaída no es un problema individual sino que es un síntoma social.

Y en ese sentido, hay que entender que “las trayectorias institucionales prolongadas producen un borramiento de las referencias sociales del sujeto y una sustitución del mundo exterior por el régimen del encierro” (Arito S., 2018, p. 60), lo cual debilita gravemente las posibilidades de restitución del lazo.

Y en ese escenario, las redes primarias de apoyo suelen quedar atrapadas entre el amor y el agotamiento. Muchas veces son sostén y refugio; en otras ocasiones, víctimas invisibles de un sistema que delega en ellas responsabilidades colectivas. El acompañamiento de las redes primarias de apoyo es valioso, pero no puede suplir las políticas públicas ni los dispositivos comunitarios: debe articularse en una red más amplia que escuche, sostenga y acompañe también a quienes cuidan. Y esto se sostiene en que en gran parte de los casos, el cuidado de las personas con padecimiento mental recae casi exclusivamente en el ámbito familiar. Y cuando las condiciones materiales, emocionales o simbólicas se ven desbordadas aparece la claudicación del sostén, no como un acto de abandono sino como expresión de los límites de lo posible.

Entonces, dicha situación expone la fragilidad de una red estatal incapaz de garantizar el derecho al cuidado como responsabilidad colectiva. En ese contexto, Martín Ierullo (2020) aporta una mirada clave al pensar los cuidados desde el Trabajo Social, ubicándolos no como una práctica sino como una categoría ética y política. Desde esta perspectiva, cuidar implica reconocer la interdependencia humana y construir condiciones para sostener la vida digna de quienes no pueden hacerlo solos. El mismo autor sostiene que “cuidar supone una práctica que visibiliza la necesidad del otro y, por ende, una ética de la atención, de la responsabilidad y del compromiso con la fragilidad humana” (p. 18). Cuando el cuidado queda confinado al ámbito privado y no se constituye como una obligación pública, lo vulnerado no es únicamente el derecho a la salud mental de la persona usuaria, sino también la dignidad de quien cuida, muchas veces a costa de su propia salud, tiempo y recursos. Por ello, Ierullo advierte que “el desplazamiento del cuidado hacia las familias, sin el soporte de políticas públicas integrales, profundiza las desigualdades y reproduce la precariedad en los vínculos” (p. 25).

Cuando la red familiar se ve desbordada y el Estado no garantiza dispositivos de acompañamiento continuos, el cuidado recae en los y las profesionales. Y en este contexto, el Trabajo Social se encuentra habitando una especie de “frontera del cuidado”, sosteniendo con el propio cuerpo y afecto aquello que el sistema desestima. De hecho, Sandra Arito (2018) conceptualiza esta vivencia como parte de una “subjetividad heroica” en la que la implicación profesional asume dimensiones afectivas y morales que tienden a volverse excesivas: “la entrega incondicional aparece como mandato y trampa, porque reposa sobre la responsabilidad individual, lo que debería ser una responsabilidad colectiva” (p. 62). Esta forma de subjetividad no surge únicamente por vocación altruista, sino como respuesta a la “orfandad estructural” en la que se encuentran muchas personas con padecimiento mental. Frente a ello, resulta urgente politizar el cuidado y colectivizar el acompañamiento, sostenerlo en redes públicas, intersectoriales y comunitarias, para que el deseo de ayudar no se transforme en padecimiento institucional.

En este marco, el Trabajo Social asume un rol central en la construcción de lazos donde estos han sido quebrados. Acompaña procesos de autonomía, facilita accesos y contribuye a la creación de redes. Apunta a un modelo de Salud Mental comunitaria sostenido en la vida cotidiana de los barrios, en los centros de día, en los hogares asistidos, en los talleres y en el trabajo protegido; espacios en los que el tratamiento no sea sinónimo de aislamiento sino de recuperación de derechos, proyectos e identidades.

El cambio es posible, pero requiere voluntad política, inversión estatal y compromiso ético. La plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 no puede seguir siendo

postergada. Resulta urgente dejar atrás el paradigma del encierro y avanzar hacia un modelo centrado en las personas, no en el padecimiento sino en su dignidad.

Conclusión

Reconstruir la vida por fuera del hospital monovalente y del hospital general constituye un desafío profundo que trasciende los muros institucionales y alcanza al entramado social en su conjunto. La experiencia cotidiana demuestra que no basta con desmanicomializar si no se reconstruyen, al mismo tiempo, los vínculos que sostienen a las personas en su dignidad y autonomía.

El lazo social en Salud Mental conforma una trama frágil que requiere cuidado colectivo: redes de contención que integren a las familias, a los y las profesionales y a la comunidad junto con un compromiso activo y sostenido del Estado en la garantía de derechos. Sin acceso al trabajo, a la vivienda, a la comunidad y a los afectos, ningún alta resulta verdaderamente posible.

En este escenario, el Trabajo Social se erige como un actor clave en la reconstrucción de lazos rotos, en el acompañamiento de trayectorias y en la insistencia de que el cuidado no se reduzca a una carga individual sino que sea asumido como una responsabilidad compartida. Solo desde este entramado ético y político será posible avanzar hacia un modelo de Salud Mental Comunitaria que respete la diversidad de trayectorias, dignifique a las personas y sostenga la esperanza de una vida con sentido y con acompañamiento permanente.

Bibliografía

- Arito, S. (2018). *Subjetividades heroicas: los afectos en las prácticas de cuidado en Salud Mental*. En S. Franco (Comp.), *Los oficios del lazo. Acompañar, cuidar y sostener en Salud Mental* (pp. 55-70). Buenos Aires. Topia.
- Basaglia, F. (2005). *La Institución negada*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Congreso de la Nación Argentina (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>
- Fernandez, A. M. (2010). *La diferencia desquiciada: diversidad, género y patologización*. Buenos Aires. Paidós.
- Ierullo, M. (2020). *Cuidar y ser cuidado: el Trabajo Social y la ética del cuidado*. En M. Ierullo (Coord.), *Los cuidados en las ciencias sociales. Aportes para pensar el Trabajo Social desde una ética del cuidado*. (pp. 13-37). Buenos Aires: Ediciones CICUS.