



**Hospital Nacional en Red
Lic. Laura Bonaparte**

Especializado en Salud Mental y Adicciones

**Análisis de la complejidad en la determinación de
las internaciones involuntarias en un hospital
especializado en salud mental de la Ciudad de
Buenos Aires en el año 2023**

María Sol Aquila, Rocio Rimoldi, Santiago Chuang
y Julieta Garay Pauli

- Tutor: Juan Pablo Burriel. Lic. Trabajo Social
- Director: Mariano Poblet Machado. Lic en Trabajo Social y Doctor en Salud Mental Comunitaria

Buenos Aires, Agosto de 2023

**Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental del Hospital
Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte**



Índice

Índice.....	1
Resumen.....	2
Palabras clave.....	2
Agradecimientos.....	3
1. Introducción.....	4
2. Metodología.....	6
3. Criterios en la determinación de internación involuntaria.....	7
3.1. Criterios en relación a normas, procesos y actores del poder judicial.....	8
3.2. Criterios éticos políticos.....	13
3.3. Criterios asociados a procesos, situaciones y problemas sociales complejos.....	18
3.4. Criterios clínicos.....	20
4. Estrategias terapéuticas en las internaciones involuntarias.....	27
5. Diálogos, autonomía y tiempos en la toma de decisiones.....	32
6. Interdisciplina, discursos y posiciones.....	34
7. Reflexiones finales.....	37
Referencias bibliográficas.....	41

Resumen

Esta investigación surge del interés por indagar la complejidad que enfrentan los equipos de salud de un hospital especializado en salud mental, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para la determinación de las internaciones involuntarias. En dicho trabajo nos proponemos el análisis y la descripción de los criterios jurídicos, éticos, políticos, sociales y clínicos que influyen en la construcción de las estrategias terapéuticas y la toma de decisiones en relación a las internaciones involuntarias. Para el desarrollo de la investigación se utilizó una metodología de enfoque cualitativo de tipo descriptivo. Se cumplieron rigurosos aspectos éticos, obteniendo el consentimiento informado de los participantes para garantizar su anonimato y voluntariedad. Como parte de los hallazgos relevantes se identificó que ante la complejidad de la aplicación del texto de la ley ante situaciones particulares y concretas se recurre a estrategias creativas y situadas, resultado de la reflexión crítica de los equipos de salud. A su vez, se encontraron elementos que evidencian que si bien las prácticas y los posicionamientos se ajustan al paradigma de derechos que promueve el actual marco normativo, aún persisten algunos resabios del antiguo paradigma tutelar como resultado de la complejidad antes mencionada.

Palabras clave

Ley Nacional de Salud Mental, internación involuntaria, criterios de evaluación, riesgo

Agradecimientos

A Juan Pablo Burriel y a Mariano Poblet Machado por el acompañamiento durante todo el proceso de investigación, alentando siempre nuevos interrogantes y reflexiones.

A Marcela Bottinelli y Leonardo Ghioldi, que nos aportaron información clave en los inicios de este proceso.

A les entrevistades, por su tiempo y buena disposición para la construcción de esta investigación.

A la RISaM por la posibilidad de transitar y repensar la salud pública desde una perspectiva de derechos humanos.

1. Introducción

En el marco del proyecto de investigación establecido en el programa de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental que se desarrolló durante el año 2022 hasta el 2023, se indagó sobre los criterios considerados por los equipos de salud mental en la determinación de la modalidad involuntaria de internación. Nuestro interés en el tema surgió de los intercambios durante el ejercicio de las prácticas en la residencia y al acercarnos a las discusiones sobre la salud mental, en lo que respecta al riesgo cierto inminente identificamos la complejidad sobre el mismo y los múltiples discursos que circulan en el sistema de salud. En la actualidad dicha residencia se desarrolla en un hospital especializado en salud mental, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cuyo plan estratégico se inscribe dentro de la perspectiva de abordaje que propone la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM).

En el año 2010 se sanciona la LNSM N° 26657, la cual significó una ruptura con el paradigma tutelar en el campo de la salud mental, y el reconocimiento de todas las personas con un padecimiento en salud mental como sujetos de derecho (Barcala, 2016). En su artículo número 20, describe que las internaciones involuntarias son consideradas un recurso de carácter excepcional, ante una situación de riesgo cierto e inminente¹, para sí y/o para terceros.

En el año 2019 la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones realizó el primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental en 21 jurisdicciones del país: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Chubut, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Fé, Santiago del Estero y Tucumán. A partir del mismo, se observó que existe un alto porcentaje de internaciones involuntarias en donde el 60,4% de las personas internadas no firmó el consentimiento informado. Los equipos tratantes identifican que solo el 36,4% cumple con los criterios de internación según la LNSM.

En base a las rotaciones de la residencia, que transcurren por los servicios de internación y guardia del hospital en el cual se realizará la presente investigación, se observa la existencia de diversidad en los criterios, por parte de los profesionales al

¹ Según el Artículo N° 20 del Decreto Reglamentario 603/2013, se entiende por riesgo cierto e inminente a 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.

momento de determinar una internación involuntaria. Esto podría expresarse en dificultades para garantizar un abordaje integral y el cumplimiento del derecho a recibir la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja los derechos y libertades de los usuarios (Ley N° 26.657, 2010). Se entiende que esta dificultad parte de la complejidad que implica la aplicación del texto de la ley a situaciones clínicas particulares y concretas.

A partir de estos planteos, surgen algunos interrogantes: ¿Es suficiente y precisa la LNSM para la determinación de una internación involuntaria?, ¿qué criterios influyen en las evaluaciones de los profesionales y la toma de decisiones?, ¿cómo se instrumentan dichos criterios en la práctica?, ¿quienes toman las decisiones?, ¿qué estrategias identifican los profesionales ante la determinación de una internación involuntaria?, ¿cuál es el grado de acuerdo entre los profesionales?, las decisiones alcanzadas a partir de los criterios y acuerdos ¿coinciden con el posicionamiento ético y personal de los profesionales?, en caso de existir dilemas éticos ¿cómo se resuelven?, ¿cuentan con apoyo, asesoramiento o espacios de diálogo?, ¿existen cuestiones ajenas al campo de la salud mental que influyen en la toma de decisiones?, ¿cuál es el grado de autonomía de los profesionales o equipos de trabajo?

Contemplando estas preguntas, se propone investigar la perspectiva de los profesionales en relación a la construcción de dichos criterios, identificar si existen dificultades para la aplicación de la LNSM y si los criterios relevados resultan pertinentes de acuerdo al marco legal, a la situación particular de salud de cada usuario y a la perspectiva de derechos humanos.

A partir de los interrogantes planteados, como objetivo general se propone:

- Analizar los criterios considerados por los profesionales de los servicios Cuidados en la Urgencia y Guardia Interdisciplinaria de un hospital especializado en salud mental en la determinación de la modalidad de internación involuntaria.

Para alcanzar este objetivo se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Describir los criterios éticos, jurídicos, clínicos y sociales de los profesionales en la evaluación de la modalidad de internación involuntaria.
- Identificar la relación entre los criterios relevados y las estrategias utilizadas para la toma de decisiones en las internaciones involuntarias.
- Verificar si existen diferencias en el uso de criterios según disciplina profesional.

2. Metodología

La investigación es de tipo descriptivo, diseño no experimental observacional y transversal. Se propone un enfoque cualitativo descriptivo considerando que el mismo permite describir la percepción de los profesionales sobre el fenómeno a estudiar a partir de los ejes construidos. Pero además brinda la oportunidad de identificar información novedosa que no ha sido categorizada previamente y de alcanzar una comprensión más profunda de los fenómenos.

Se utilizan como fuentes primarias entrevistas a referentes del Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental (CCHSMYA)² y Cuerpo Médico Forense³. El primero interviene en las internaciones por motivos de salud mental, mientras que el segundo realiza observaciones y propuestas no vinculantes. La información recolectada se incluye en el marco teórico, considerando que la experiencia y conocimiento de los entrevistados ofrece información teórica y situada, acorde con nuestra época y contexto.

La muestra seleccionada se conformó por ocho profesionales de distintas disciplinas de los dispositivos de Cuidados en la Urgencia y Guardia Interdisciplinaria. En un principio se consideraron diez profesionales -cinco de cada dispositivo-. Al iniciar la etapa de entrevistas y evaluando los tiempos que implicaba cada una de ellas, se optó por reducir la muestra teniendo en cuenta la representatividad de cada una de las disciplinas que conforman los equipos. Como criterios de inclusión se consideró: ser profesional contratada, disponer de título habilitante en las disciplinas de psicología, psiquiatría, trabajo social y/o enfermería, haber concluido los estudios universitarios hace más de tres años, y desempeñarse en el hospital con una antigüedad igual o mayor a dos años. Se consideró la elección de profesionales

² El CCHSMYA se conformó en el año 2014 en consonancia con el artículo n° 36 de la LNSM n° 26.657 y el artículo n° 2 de su Decreto reglamentario 603/13. Algunas de sus funciones son la realización de propuestas de carácter no vinculante en materia de salud mental y adicciones, la promoción de la participación de otras organizaciones civiles, y la realización de observaciones sobre las políticas implementadas.

³ “El Cuerpo Médico Forense constituye un cuerpo técnico de naturaleza y finalidad exclusivamente periciales que funciona bajo la superintendencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Su objeto es el auxilio específico a los órganos jurisdiccionales de la Justicia nacional y federal. Es el órgano de máxima jerarquía pericial en materia médico, psicológico, odontológico y químico-legal dentro de la Justicia nacional y federal” (CSJN n° 47/09).



contratadas, ya que son ellos quienes tienen un grado de responsabilidad mayor ante a la toma de decisiones, en contraposición con los profesionales residentes.

Para la recopilación de la información y la construcción de los datos se realizaron entrevistas semi estructuradas a profesionales contratadas, de los dispositivos antes mencionados. Este instrumento ofrece flexibilidad para recorrer núcleos temáticos. Se considera que la entrevista semi estructurada permitirá sistematizar la información recolectada sin perder la posibilidad de recabar material que surja de manera espontánea, brindando mayor riqueza a la investigación y ampliando posibles ejes de análisis.

Para el análisis de datos, el primer paso consistió en el procesamiento de la información mediante desgrabaciones de las entrevistas. Luego se realizó la sistematización mediante categorías de análisis. Las mismas incluyen tanto las propuestas en el diseño de investigación, como categorías que surgieron en las entrevistas -emergentes-. En una segunda instancia, se dió inicio al análisis de la información recabada, identificando los datos que se corresponden a las categorías elaboradas para luego relacionarlos entre sí y destacar los resultados.

La participación fue voluntaria y no implicó ningún tipo de retribución lo cual fue explicitado con precisión. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad evitando hacer referencia a datos identificatorios y resguardando el material recabado para ser utilizado únicamente por el equipo a los fines de esta investigación. Se solicitó la firma de un consentimiento informado en el que se explicitan las consideraciones antes mencionadas.

En cuanto a nuestro objetivo que se propone verificar si existen diferencias en el uso de criterios según disciplina profesional, observamos dificultades para lograr analizar las dimensiones que conforman el objetivo, debido a las limitaciones de la muestra y los tiempos que enmarcan a la presente investigación. Si bien encontramos heterogeneidad respecto a las disciplinas, no son representativas para responder a lo propuesto en los objetivos.

3. Criterios en la determinación de internación involuntaria

A los fines de dar respuesta a los objetivos propuestos en la presente investigación, a continuación se presentarán y se describirán los criterios que fueron recortados a partir del marco teórico y las fuentes primarias consultadas. Además se

analizarán los datos construidos a partir de la información recolectada poniéndolos en diálogo con los objetivos y categorías previamente propuestas.

3.1. Criterios en relación a normas, procesos y actores del poder judicial

En líneas generales, esta categoría está conformada por los saberes, las representaciones y las prácticas pertenecientes al campo jurídico y judicial, en el cual se considerarán aspectos del marco legal, actores que participan en este ámbito como la figura del Juez y las representaciones que provienen de dicho campo como la peligrosidad.

En el ámbito judicial e incluyendo a los diferentes actores que participan -jueces, defensores, curadores, peritos, etc.-, existen algunas tensiones entre las concepciones clásicas y actuales sobre salud mental, sobre las personas con padecimiento mental y sus derechos, como también el rol de la justicia en salud mental del campo civil. Los diferentes cambios sobre esta multiplicidad de aspectos, se basan en una serie de instrumentos jurídicos que plantean modificaciones en el rol del sistema de administración de justicia en el campo de la salud mental. Estos son la LNSM (2010) y el Código Civil y Comercial de la Nación (2015). Ambos, junto a diferentes instrumentos jurídicos internacionales -entre los que se destaca la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad del 2008-, plantean una serie de derechos y garantías para las personas con padecimiento de salud mental, los cuales necesariamente implican que el Estado tome medidas concretas para que este núcleo poblacional pueda gozarlos.

Sin embargo, dichos instrumentos jurídicos conviven en la actualidad con el artículo n° 34 del Código Penal de la Nación Argentina, el cual se refiere a las circunstancias en las que las personas con padecimiento mental que cometieron un acto definido como ilegal, pueden ser declaradas inimputables. Sin ánimo de extendernos aquí, es importante señalar que el artículo al cual hacemos referencia, se mantiene inalterado desde el año 1921, y representa las concepciones ideológicas, políticas y éticas sobre la salud mental y las personas con padecimiento mental propias de la época.

Entonces, las principales tensiones entre la LNSM y el Código Penal radican en la incongruencia entre el Capítulo VII “Internaciones” de la primera -fundamentalmente los artículos 20 a 25 referidos a internación involuntaria-, y el artículo n° 34 del segundo. El artículo n° 23 de la LNSM plantea que el equipo de salud tiene potestad sobre las decisiones terapéuticas respecto del alta, salidas y externación de los



usuaries que se encuentran internades bajo la modalidad involuntaria, por encima de la figura judicial. No obstante, realiza la salvedad de que lo contemplado en el artículo n° 34 del Código Penal, se encuentra exceptuado de esta normativa. Este último no explícita a la persona enajenada como peligrosa, pero se infiere a esta cualidad al considerar que la persona solo podrá salir del “manicomio” una vez que “cese el peligro de que este se dañe a sí mismo o a terceros”. Esta noción de peligrosidad, enraizada en la historia de la psiquiatría, encuentra respaldo en la visión de la psiquiatría clásica. En esta perspectiva, el riesgo se presentaba esencialmente bajo la forma del peligro que encarnaba la persona con problemáticas de salud mental susceptible de realizar un acto imprevisible y violento (Castel, 1986). De esta manera, observamos una contraposición entre la idea de riesgo cierto e inminente con la de peligrosidad. Desde nuestra investigación, consideramos ambas determinaciones como respuestas a diferentes paradigmas.

A partir de lo mencionado se decide incluir en esta investigación la consideración de la noción de **peligrosidad** -a los fines de relevar su vigencia o no en las prácticas-, y la representación de la figura del juez y/o de la fuerza policial. Pese que la normativa en el ámbito civil sobre salud mental no contempla la utilización de la categoría “peligrosidad” -la cual si se encuentra vigente en el ámbito penal-, parecería que esto no sucedería completamente en las prácticas concretas. Similares consideraciones son factibles de realizarse en relación a la función del juez, en donde, a partir de la normativa vigente, pasó a ser un contralor de la legalidad de los procesos de internación.

Ambas situaciones se ven reflejadas en uno de los hallazgos encontrados en la investigación realizada: Existe una concepción generalizada de la **figura del juez** como representante de un modelo punitivista, desactualizado y burocrático, al que sin embargo se debe “obedecer”:

“Una cosa es el debate filosófico que uno pueda tener. Otra cosa es el marco de legalidad. Si un juez dice internarse, el paciente se tiene que internar más allá de que uno no esté de acuerdo”. (Entrevistade n° 8, marzo 2023)

Les entrevistades dan cuenta de la existencia de discrepancias entre el equipo de salud y el juez, donde en ocasiones para el primero corresponde una internación voluntaria pero el juez ordena una involuntaria. Pese a la necesidad de “obedecer”

aparece la construcción de estrategias en pos de asegurar el derecho al mejor tratamiento dando lugar a lo evaluado según los criterios del equipo.

“Ese pibe estaba voluntario en la internación, pero involuntario por imposición judicial. Entonces desde el día que lo vimos fue mandar todos los días, todo el tiempo mandando informes al juzgado diciendo “levantenle la consigna policial porque está para irse a la casa (...). Me parece que ahí es el conflicto y donde la Ley de Salud Mental se queda corta porque no disputa, no le disputa sentido a la justicia penal.” (Entrevistade nº1, febrero 2023)

Esto evidencia que si bien la ley busca la desjudicialización de las personas con padecimiento mental, siguen existiendo tensiones que determinan el accionar de los equipos de salud.

Según Laufer Cabrera (2014) el rol del juez a partir del nuevo paradigma se define como agente garante del control externo de la internación. Esta es concebida como acto terapéutico y sanitario aplicado como último recurso, atendiendo a la importancia de mantener los vínculos afectivos y los lazos sociales durante la internación, entre otras cuestiones que hacen a los derechos fundamentales de la persona. En relación a los actores que conforman el campo jurídico, que puede ser representado por el juez y/o por trabajadores de la fuerza policial, les entrevistades expresan diferentes posiciones al respecto. Algunos manifiestan enojo ante la solicitud de internación. Otros expresan sentirse **observados** en su accionar.

“Uno podría pensar que es una instancia que puede llegar a colaborar en el tratamiento en el caso de que la necesitara pero después eso no sucede. Me pasa que al sentirme más observada, trato de conversar más con otros compañeros, colegas disciplinares o no.” (Entrevistade nº 2, marzo 2023)

Además, manifiestan la sensación de que el equipo de salud carga con la responsabilidad de **resolver** una situación que deviene de múltiples problemáticas sociales complejas. Problemáticas que ya vienen dadas en relación a las condiciones de vida de las personas como escolaridad, derecho a la vivienda, acceso al trabajo, entre otras.



“La vieja ley permitía internar a esos pibes de una por consumo y ahora el juez te manda a evaluar. Pero últimamente ya vienen con artículo 34, “internese”. Entonces este nuevo paradigma no estaría resolviendo el problema que necesitan que resolvamos estos jueces. ¿Nosotros tendríamos que resolver de una forma intersectorial, por un derrotero de vida en el cual hubo cualquier cantidad de variables educativas, habitacionales, de salud que no estuvieron?, ¿nosotros como equipo de salud tenemos que evaluar eso y resolverlo?” (Entrevistade n° 6, marzo 2023).

A partir de las entrevistas realizadas, podemos afirmar que en líneas generales se cree que la figura del juez, presente en la toma de decisiones en relación a un proceso de salud como es la internación, refuerza una mirada punitivista sobre la vida de estas personas, y no como un acto sanitario. Señalamos que esto genera una tensión sobre uno de los elementos centrales de la LNSM en relación al fin de las internaciones.

En relación a lo descrito de las internaciones involuntarias en la LNSM, varias entrevistades refirieron estar de acuerdo con lo establecido. Sin embargo, registran **incongruencias en la interpretación** que se hace de la misma, expresando que es concreta en su propuesta pero muy acotada, y que en relación al concepto de riesgo cierto e inminente pueden darse diversas lecturas en una evaluación decantando en decisiones muy disímiles.

“No queda del todo claro en qué instancias existe el riesgo. Y eso queda muy abierto a los equipos de salud. Eso, a veces, lo que genera es mucha incongruencia en los estilos y en los conceptos de orden del riesgo o de motivos de internación. Genera mucha incongruencia porque ahí sí queda muy del lado de la evaluación de cada uno.” (Entrevistade n° 5, marzo 2023)

Continuando con las incongruencias en la interpretación de la norma, algunas consideran que las trayectorias académicas y la formación de grado respecto a la evaluación de riesgo, es insuficiente e incluso nula. Ghioldi (2023) analiza que si bien es apropiada la decisión la de incluir al equipo interdisciplinario, en el momento que se

sanciona la ley, no se ha contemplado si les profesionales están capacitados para implementar una herramienta que implica la restricción de libertad de una persona.

“Por la incapacidad o la falta de experiencia a veces no se lee riesgo, o no se hacen ciertas preguntas. El criterio está claro. Me parece que en la práctica no todos los equipos de salud están capacitados para leerlo.” (Entrevistade n° 5, marzo 2023)

Además de las dificultades en la interpretación de la LNSM en relación a las internaciones involuntarias, les entrevistades refieren **obstáculos en la implementación** de la misma. En dicha línea, Botinelli (2023) identifica tres relaciones significativas en cuanto al ejercicio de la LNSM. En primer lugar habla de la existencia de un desconocimiento de la letra exacta de la ley, en donde predomina la tergiversación de la información avalada por el sentido común de la sociedad y los medios de comunicación. En segundo lugar, menciona la dificultad de visualizar el posicionamiento y el propósito de la ley en las estrategias terapéuticas realizadas en las prácticas cotidianas de los profesionales de la salud. Este último punto la autora lo relaciona con la organización del sistema de salud en la actualidad, y las complejidades que se exponen al pensar en una atención integral dentro de un sistema fragmentado. Pese a que la LNSM significó un avance en materia de derechos, la autora reconoce que el componente histórico respecto al posicionamiento de la sociedad ante las personas atravesadas por padecimientos de salud mental, en donde se repiten acciones marcadas por la estigmatización y la exclusión, continúa siendo un obstáculo en la plena implementación de la ley.

Les entrevistades en gran medida atribuyen la dificultad en la implementación de la Ley a la insuficiencia de dispositivos intermedios y de recursos comunitarios alternativos a las internaciones intrahospitalarias.

“Están faltando todos los lugares intermedios para poder ayudar a los usuarios porque realmente no tenemos las casas de medio camino, no tenemos las casas amigables, no tenemos ni un medio entre medio y más en pacientes que no tiene contención afuera. Es una deuda, pero es una deuda nuestra con la ley de Salud mental, no la ley de salud mental con nosotros” (Entrevistade n° 3, marzo 2023)

En este sentido, se destaca la importancia de contemplar los criterios jurídicos más allá de la teoría o el texto de la reglamentación, y situarlos en la práctica concreta de los equipos de salud, en este caso de un hospital público ubicado en la Ciudad de Buenos Aires, con sus recursos y sus obstáculos concretos tanto al interior de la institución como en lo referido a la articulación intersectorial.

3.2. Criterios éticos políticos

Estos criterios se definen como las consideraciones que nacen de la posición ético política de cada profesional respecto de su propia concepción de la persona como sujeto de derechos. Tomando a Del Valle Cazzaniga (2019) entendemos que la dimensión ético-política surge del análisis crítico del contexto de las intervenciones, sustentado en una base teórica, con el fin de no generar intervenciones desvinculadas de las tensiones sociales. Desde dichas reflexiones en torno a los porqué de las intervenciones es que se pone en juego la responsabilidad de nuestros actos. Es decir, problematizar la implicancia de la autonomía profesional, con el objetivo de fortalecer una práctica profesional que esté a la altura de lo que las situaciones complejas ameritan. Es por ello que se invita a reflexionar activamente sobre los porqué y para qué de las decisiones tomadas dentro de los equipos de salud. No basta con expresar que nuestro quehacer tiene una finalidad sino que se debe asumir la reflexividad ética, la cual nos permite discernir y argumentar dichas decisiones. Cabe destacar, que los procesos no se dan de manera individual y aislada, sino que son procesos colectivos que fundamentan un proyecto profesional y el proyecto terapéutico singular de las personas.

Actualmente y en nuestro contexto coexisten resabios del antiguo paradigma tutelar y posicionamientos propios del actual paradigma de derechos (impulsado por la LNSM, la Ley de Derechos del Paciente, el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, entre otros). Entendiendo que esta ampliación en materia de derechos es producto de luchas históricas, políticas e ideológicas, tomamos las ideas de Hermosilla (2015) quien plantea la importancia de que los cambios jurídicos sean acompañados de cambios en el plano ideológico, cultural y social, ya que esto va a permitir que el marco legal sea legitimado y se instale como un nuevo paradigma en la práctica.

La LNSM aparece como una instancia clave para la transición hacia un paradigma de derechos. A pesar del carácter restrictivo de la internación involuntaria, esta se encuadra dentro de una concepción del sujeto de derechos que promueve el

cuidado y protege la integridad física, psíquica y social. En este sentido les entrevistades ubican que la concepción de **sujeto de derechos** implica una mirada integral de las personas, entendiendo sus derechos en relación a la salud, a la expresión, a la identidad. Destacamos como hallazgo, la idea de construcción de la vida que se desea vivir, el ejercicio de la decisión y de las libertades.

“Creo que no hay derechos sin libertad y que muchas veces, ante ciertos padeceres, ciertas patologías o situaciones vitales, desde afuera pareciera que hay personas que pueden perder su libertad por no tener posibilidad de decidir sobre ciertas cosas” (Entrevistade n° 5, marzo 2023).

Podemos reconocer una tensión ante la presencia de padecimientos y el ejercicio pleno de derechos, sin embargo optamos por apoyarnos en lo planteado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que propone la idea de “ajustes razonables” para llevar a cabo las modificaciones, apoyos y adaptaciones necesarias para garantizar a les sujetos el ejercicio de todos los derechos humanos fundamentales. De este modo afirmamos que considerar a las personas con padecimiento en salud mental como sujetos de derecho implica que ninguna enfermedad, trastorno, condición o padecimiento puede anular o sustituir la condición de persona, teniendo en cuenta su autonomía, dignidad y libertad.

La noción de **riesgo potencial** no aparece formalizada en el corpus legal ni explicitada como una categoría jurídica. Sin embargo, es de uso frecuente en el ámbito de la salud (Iglesias, 2019). Si bien el riesgo potencial podría considerarse dentro de otros grupos de criterios recortados en la presente investigación -clínicos, jurídicos o toma de decisiones- se decide incluirlo en este apartado porque su consideración y su uso parece variar mucho entre les entrevistades dependiendo del posicionamiento ético-político de cada una. Ghioldi y Toro (2010) hablan de peligrosidad potencial. Al respecto expresan “La conducta perjudicial podría desplegarse pero no se sabe cuando. La cualidad potencial la da la condición psico-psiquiátrica sujeta a distintas variables a ponderar (...). Ante este diagnóstico, ya no se desprende de modo categórico la indicación de una internación urgente y/o compulsiva” (p.32). Por otro lado, en las recomendaciones para la Atención de las Urgencias en Salud Mental (2019) se establecen “criterios para evaluar potencial daño para sí mismo u otras personas” (p.31) introduciendo de este modo la idea de potencialidad en conexión con la presencia de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.



En relación a esta noción, el **Riesgo potencial**, se presentaron posiciones muy diversas. Si bien hay bastante acuerdo en su vigencia, parecen comprenderla y utilizarla de distinto modo: Algunas entrevistades la describen como un recurso que permite anticipar “estrategias de cuidado”.

“Estaría para estar voluntario, pero si lo voluntarizamos se va a ir y la va a cagar, entonces lo que podría ser un abuso, en esta situación también se transforma en una estrategia de cuidado” (Entrevistade n° 1, febrero 2023).

Otros la asocian al temor y a la preocupación por parte de las familias y a una lógica paternalista:

“Familias que por ahí hacen oficio, se asesoran con abogados, traen esto de que su hijo va a terminar muerto, si sigue consumiendo o en esa situación. Riesgo potencial hay, pero no es en lo que se basa la ley para hacer las internaciones involuntarias. Con la familia en nuestra práctica es lo que más cuesta, trabajar el riesgo potencial” (Entrevistade n° 8, marzo 2023).

A modo de interrogante, queremos señalar hasta qué punto el concepto de riesgo potencial, no se vincula a la idea de peligrosidad, ya que ambos se refieren a valoraciones en relación a la predicción de conductas a futuro y potencialmente perjudiciales por parte de los sujetos.

No obstante, el riesgo potencial asociado a la dimensión del cuidado, parece relacionarse con la anticipación de un plan de acción ajustado a las necesidades y las posibilidades de la situación:

La planificación es la herramienta para pensar y crear el futuro. Aporta la visión que traspasa la curva del camino y limita con la tierra virgen aún no transitada y conquistada por el hombre, y con esa vista larga da soporte a las decisiones de cada día, con los pies en el presente y el ojo en el futuro. Se trata, por consiguiente, de una herramienta vital. (Matus, 2016, p.14)

Entonces, tanto la idea de peligrosidad potencial (Ghioldi y Toro Martinez, 2010) como la de planificación (Matus, 2016) contemplan la dimensión del futuro. Pero mientras que la primera explora y anticipa conductas potencialmente peligrosas, la



segunda explora y anticipa problemas y oportunidades. Esto último, con el objetivo de pensar y formular planes en el presente que preparen para el futuro. Podemos concluir que ambos matices del riesgo potencial parecen convivir en las prácticas y posicionamientos de les entrevistades.

Además se hallaron en los relatos la presencia de dilemas -ajenos a la dimensión legal del derecho- en lo referido al “poder” otorgado a los equipos de salud para decidir sobre la vida y la muerte de las personas. En relación a esto surgió una categoría interesante: el **derecho al riesgo**, la ausencia del deseo de vivir o la posibilidad de decidir sobre la propia vida y la propia muerte como nociones que quedan por fuera de nuestro marco legal.

“La vida todavía le pertenece a la sociedad y no a la persona (...) porque no existe la eutanasia, el suicidio no es legal(...). Hay veces en que una persona viene después de años de terapia, de tratamientos, de internaciones y la idea persiste porque definitivamente no hay un deseo de vivir en esa persona. ¿Por qué nosotros tenemos que obligarlo?”
(Entrevistade n° 5, marzo 2023).

Es posible afirmar que esta última pregunta no surge del desconocimiento o la omisión de la legislación -ya que les entrevistades demuestran conocerla y servirse de ella en su práctica- sino de una reflexión crítica que les distancia de convertirse en burócratas de los dispositivos y las instituciones. En tanto se habita la salud pública como campo de batalla, el problema de la “ausencia del deseo de vivir” o la “obligación” de preservar la vida no se reduce a un problema de técnicas o especialistas ni a la instrumentación de leyes y protocolos. Por el contrario, se trata de un análisis crítico de cuestiones como la autonomía, el deseo y la voluntad en el plano más íntimo, así como de la existencia de condiciones de vida productoras de sufrimiento en términos de salud pública.

Sin embargo, nos parece importante reconocer que el paradigma que promueve el nuevo cuerpo normativo, implica reconocer a la persona con padecimiento mental como sujeto pleno de derecho. Dentro de los múltiples aspectos que ello conlleva, incluye el reconocimiento de derechos: “al ejercicio de la capacidad jurídica en todos los casos; el sistema de la toma de decisiones propias, con apoyos en casos de requerirlo voluntariamente; el principio de la dignidad del riesgo y el

derecho a equivocarse; la autonomía personal; la voz, la voluntad, las preferencias y los deseos de la persona” (Laufer Cabrera, 2016, p.16).

“La noción de sujeto de derecho se te complica cuando estás frente a alguien que es suicida y que ha hecho 50 intentos (...). ¿Y te voy a obligar a vivir una vida que vos no querés? Digo más desde lo ético (...). Terminás convirtiéndote en la policía de la salud mental” (Entrevistade n° 1, febrero 2023).

Neira (2017) plantea que bajo la palabra suicidio o muerte voluntaria se engloba una serie de acepciones muy diversas y controvertidas las cuales han sido ampliamente discutidas desde la filosofía haciendo alusión al acto suicida. De manera extremadamente simplista, es posible nombrar algunos de estos debates históricos: Spinoza plantea que la subsistencia y el mantenimiento de la vida constituyen un valor supremo intrínseco al ser humano y que la acción de producirse la propia muerte solo puede ser impulsada por influencias externas. Esta idea introduce otro debate, que será dejado de lado en esta instancia, respecto de qué se entiende por interior-exterior y cuál es el límite entre lo propio y lo ajeno. Para Kant el suicidio se define como un crimen contra la humanidad y contra Dios constituyendo un obstáculo para la realización del ser humano en la sociedad. Siguiendo a Sartre, el suicidio sería una opción de la libertad humana, un acto de dominio sobre la muerte que inevitablemente va a suceder en determinado momento. Al igual que la noción de exterioridad, el concepto de libertad también merecería otro capítulo aparte. Solo se mencionará que a partir de conceptualizaciones posteriores -principalmente el inconsciente como sistema y la formulación de los determinantes o condicionantes sociales- la primacía del cogito cartesiano y del sujeto de la razón se ven relativizadas dando lugar a nuevos modos de entender la libertad. Para Heidegger la muerte es algo propio y relativo a la existencia, que no obstante deja de ser propio en el momento en que se produce ya que nada puede decir quien muere sobre su propia muerte (Neira, 2017).

También desde la sociología, Durkheim plantea que el suicidio es un hecho social. Establece distintos tipos de suicidio: el altruista, el egoísta, el anómico y el fatalista. Sin entrar en detalles sobre cada uno de los tipos ni profundizar demasiado en un tema tan complejo, mencionaremos que para el autor las creencias, los valores, las tradiciones, las normas, la opresión, las condiciones sociales de existencia pueden incidir en las personas y en la sociedad produciendo frustraciones, desesperanza,

exasperación, aislamiento, desencanto, una clausura del sentido, un debilitamiento de la esperanza y de la voluntad de vivir. Estas distintas formas de malestar, afecciones colectivas e individuales, pueden decantar en actos suicidas. En sí, el fundamento del suicidio para Durkheim es social (Bericat Alastuey, 2001).

Si bien existen discusiones actuales en torno al tema, mediante este sintético y reducido repaso se pretende dar cuenta tanto de la antigüedad como de la vigencia del debate que tal como expresan les entrevistades sigue abierto. Les profesionales muestran conocer la legislación que regula sus prácticas e intentan adscribirse a ellas. Sin embargo parecen verse interpeladas por cuestiones ético-filosóficas sosteniendo el debate y la reflexión crítica. Esto lleva a preguntarse sobre los modos de vida que se sostienen, si la vida que vivimos es exclusivamente nuestra y si las condiciones materiales permiten construir una vida vivible para todes.

3.3. Criterios asociados a procesos, situaciones y problemas sociales complejos.

En este apartado se desarrollan distintos aspectos ligados a la dimensión social de la persona que pueden funcionar como procesos protectores o destructivos (Breilh, 2003). El autor propone hablar de procesos y no de factores como una ruptura epistemológica que incorpore la complejidad y el movimiento, cambio que recae en gran medida en el reconocimiento de la naturaleza contradictoria de los fenómenos de la realidad. Entonces los procesos identificados como protectores son aquellos que se convierten en favorecedores de las defensas, soportes y estimulan una direccionalidad favorable a la vida humana, y los procesos destructores llevan a la privación o deterioro de la vida (Breilh, 2003). De esta manera proponemos pensar que los procesos protectores se incluyen dentro del cuidado de acuerdo a los tiempos y lugares en que se configuran. Acercamos la noción de cuidado pensada como una condición humana fundamental (Heller, 2001). Las prácticas de cuidado se identifican como necesarias para vivir, constituyendo a las personas como potenciales acogedoras y generadoras de cuidados.

“Ese riesgo para mí está vinculado también con otras variables, con el afuera, con las redes vinculares, con el otro, con el vínculo con el mundo que tiene el que padece” (Entrevistade n° 6, marzo 2023).



Entendemos que dichas prácticas no se producen únicamente en el ámbito de salud, sino que se incluye diversidad de actores, saberes, sectores que construyen los modos de vivir en el mundo. Breilh (2003) menciona que las situaciones, proyectos y elementos que hacen a los procesos protectores/destructores no se dan de manera separada, sino que adquieren facetas o formas protectoras o facetas y formas destructivas. Si bien se apela a la noción de movimiento y transformación, estas características pueden ser de carácter permanente hasta que no se realice una transformación profunda de los modos de vida.

Se incluye dentro de esta categoría la situación habitacional, económica, laboral, ocupacional, la incidencia del género, la presencia o no de red socioafectiva y la calidad de la misma.

"Ver si el paciente cuenta con la familia y cuenta con un techo, comida, cuestiones básicas, donde duerme, donde come, si tiene afecto de la gente cercana. Eso es lo principal. También las situaciones económicas, la distancia, la distancia a un efector de salud también" (Entrevistade n° 8, marzo 2023).

Desde dicha perspectiva, el padecimiento mental, afecta a las personas a nivel individual, como así también a su lazo social (Galende, 2015).

A partir de la información relevada se observa que los vínculos, las redes socioafectivas y comunitarias son fundamentales. En lo referido a instancias previas de cuidado que funcionan como insumo para la evaluación de riesgo, cierto e inminente y por consiguiente, la internación involuntaria:

"Muchas veces en la guardia consideramos que si tiene red familiar es un factor importante para determinar el riesgo." (Entrevistade N° 8, marzo 2023)

También, al momento de la externación, favorece la continuidad de cuidados y el sostenimiento de las estrategias ambulatorias elaboradas. De este modo, destacan la presencia de una red afectiva, principalmente la familiar, como parte de la evaluación. Pero también se incluyen otros actores comunitarios, por ejemplo, aquellos relacionados con la religión o las creencias espirituales:



“El pastor nos pudo hacer la trayectoria vital de este pibe. Se lo llevó a vivir a un lado de la casa y el pastor oficiaba de cuidador de ese grupo familiar” (Entrevistade n° 1, febrero 2023).

No obstante, en las entrevistas surgió que no siempre las redes logran operar como parte integrante de los procesos protectores, apareciendo la internación involuntaria como única alternativa ante la evaluación de riesgo cierto e inminente:

“Yo creo que no va a cambiar nada porque en ese momento el paciente no está en su sano juicio. No tiene conciencia de lo que es bien, mal, ni nada. Es la única forma de cuidado con el paciente, porque si hace un tratamiento en la casa es como no hacer nada, porque el problema está en la casa, y sin embargo acá está cuidado por un equipo interdisciplinario” (Entrevistade n° 7, marzo 2023).

Según Rovere (2006) las redes entran componentes vinculares, solidarios, emocionales, intelectuales, personales, institucionales, sociales, entre otros. El concepto de redes se opone a la idea de sistemas que entraña una organización concéntrica, jerárquica y piramidal. Las redes, en cambio, implican formas de articulación flexibles, heterogéneas y multicéntricas con diferentes nodos y puntos de conexión. Su unidad mínima es el vínculo, y el elemento principal que da cuenta de la existencia de una red es el comportamiento solidario.

A partir de lo mencionado, se observa que prevalece entre les entrevistades la idea de que las redes se incluyen dentro de los procesos benéficos. Pero también se relevó, en consonancia con lo planteado por Breilh (2003), que no existen procesos protectores o destructivos per sé, sino que estos deben ser enmarcados dentro de un determinado modo de vida y de relación. Mientras que para algunas personas la comunidad, la familia o los vínculos integran procesos protectores, para otras adquieren propiedades “destructivas”.

3.4. Criterios clínicos

Se parte del supuesto de que la LNSM promueve un desplazamiento del eje puesto en la “enfermedad” o el “trastorno” hacia una concepción del “padecimiento



mental”⁴ como una categoría más amplia, integral y compleja, que incluye la dimensión subjetiva y social del sufrimiento, entre otros componentes. En este sentido, dentro de los criterios clínicos se incluye la consideración del padecimiento subjetivo, el diagnóstico clínico, psicopatológico o situacional, el cuadro clínico, su relación con las estrategias elaboradas y la evaluación del riesgo, la relevancia de los antecedentes en la toma de decisiones y otros conceptos como conciencia de situación, capacidad de consentir, y juicio desviado.

A pesar de los diversos modos de definir el **padecimiento** de salud mental, hay cierto grado de acuerdo en que es un concepto que está atravesado por lo social.

“Padecimiento de salud mental es un padecimiento social básicamente, más allá de lo que puede ser lo que es la cuestión clínica de una patología concreta. Es social porque se suman las políticas públicas que no alcanzan, las políticas represivas del Estado, sobre todo con pacientes que tienen un consumo, políticas represivas como respuesta a todo lo que es la salud mental” (Entrevistade n° 1, febrero 2023).

Desde esta perspectiva emergen nuevas formas de demanda relacionadas con la salud mental. Entre ellas se incluyen los procesos de exclusión, la discontinuidad o interrupción de los tratamientos, el incremento de demandas de tratamiento o consultas asociadas al consumo problemático de sustancias, problemáticas ligadas a las condiciones ambientales, de infraestructura y alimentación, nuevos modos de expresión de la violencia, entre otras (Carballeda, 2004). Además, la dimensión social no solo se hace presente en las definiciones teóricas de los criterios, sino también en el lazo social que involucra la presencia de una otra persona que evalúa, que diagnostica, que acciona, que se posiciona y que toma decisiones.

De la presente investigación se extrae que algunos profesionales comparten esta lectura en la medida en que expresan que para que el padecimiento en salud mental “exista”, es necesario que se añada la presencia de una otre que lo registre como tal, que lo escuche.

⁴ El Artículo 1° del Decreto Reglamentario 603/2013 establece: “Entiéndase por padecimiento mental a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsible o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples, componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N° 26.657”.



“Se puede empezar a nombrar como padecimiento en el momento en el que ya hay una consulta o un intento de consulta, que hasta ese momento es padecimiento pero por ahí no es reconocido, hasta incluso se vuelve parte de la cotidianeidad (...). Se sanciona como padecimiento, me parece, justamente cuando se habla de la salud mental o cuando se habla de equipos de salud mental. Tiene que haber intervención de otros para que eso se convierta en padecimiento”. (Entrevistada N° 5, marzo 2023)

A partir de los aportes realizados desde el psicoanálisis, el proceso diagnóstico puede ser definido como “el trabajo por el cual el analista se ubica en el campo transferencial del paciente (...). El resultado del proceso no es una etiqueta o código diagnóstico sino una puesta en forma del síntoma en un vínculo transferencial, que supone al menos una experiencia del inconsciente (...). El síntoma no es algo ya dado al comienzo del proceso sino que se completa en la transferencia, incluyendo al analista como uno de sus componentes” (Thompson, *et al.*, 2006). Sin entrar en los detalles de las implicancias del dispositivo transferencial propio del psicoanálisis, esta idea es introducida con el objetivo de ilustrar que para les entrevistades el “saber” o la “verdad” sobre el padecimiento del usuario no parece presentarse como algo que este porta, no es algo a develar o descifrar a partir de un interrogatorio adecuado. Por el contrario, se trata de algo a construir con un otro, ya sea analista como en la referencia antes mencionada o cualquier profesional o equipo de salud.

Continuando con el **diagnóstico**, considerado como uno de los componentes de los criterios clínicos, en la investigación se encontraron posiciones diversas en relación a su incidencia en la determinación del riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Mientras para algunos incide mucho y es casi determinante, para otros no tiene ninguna injerencia.

Poblet Machado (2016) explica que la discusión en torno a la inclusión del equipo interdisciplinario, está relacionado por un lado a promover la reinterpretación de la relación entre el diagnóstico y el riesgo cierto e inminente, y por otro, la de legitimar la participación de las otras disciplinas de manera complementaria y no subordinada a las del modelo médico hegemónico.

“El diagnóstico no incide. Depende del contexto, del contexto de cuidado, del contexto del riesgo. El diagnóstico o el cuadro clínico sólo era pedir lo certero del psiquiatra que estaba ahí y esperaba el llamado del



equipo que estaba en la trinchera y él brindaba su verdad inmaculada desde un teléfono con una certeza asfixiante. Cualquier tipo de diagnóstico puede ser acompañado por la red vincular, con una organización piola, programada, con una medicación que sostenga los impulsos, con un control bastante seguido. El cuadro clínico y el diagnóstico puede incidir, pero no determinar” (Entrevistade n° 6, marzo 2023).

Desde Trabajo Social se han desarrollado otras categorías que también hacen al diagnóstico. Cavelleri (2008), retomando el concepto de situación elaborado por Matus, propone la categoría situaciones problemáticas. Estas se definen como manifestaciones de la cuestión social -inmanente a la sociedad capitalista- que se sitúan en un espacio-tiempo en el cual interactúan activa y conflictivamente distintos actores. Las situaciones problemáticas se caracterizan por el dinamismo, la complejidad, la multicausalidad y la contradictoriedad. En ellas interactúan aspectos económicos, políticos, ideológicos, sociales y culturales.

A partir de las entrevistas realizadas se observa el intento de alcanzar una integralidad diagnóstica por parte de los profesionales evitando analizar problemas de manera fragmentada. Interpretamos, de este modo, que no hay una intención de descuidar el diagnóstico como información valiosa para la intervención, sino la ampliación de este, abordando lo situacional entre otras coordenadas.

Rubinstein (1999) plantea la cuestión del diagnóstico como un tema polémico. Según la autora, su uso corriente remite a un ejercicio clasificatorio donde se parte del registro de ciertos signos expresados en síntomas para arribar a categorías nosográficas. No obstante hablar de diagnóstico puede remitir a cuestiones mucho más diversas y alejadas de esta definición.

Sin entrar en conceptos complejos, es posible afirmar que para el psicoanálisis el diagnóstico constituye una conjetura orientadora, resultante de un proceso y elaborada en transferencia -tal como antes se mencionó- que contribuye al entendimiento del caso o situación. Da cuenta de la posición subjetiva, de las formas que toma el lazo social en determinado momento, de las soluciones o respuestas singulares que le sujeto logró procurarse, de la relación con el deseo, entre otras tantas cuestiones.

“No es lo mismo una ideación suicida en una neurosis que en una psicosis, que en un caso de debilidad mental, que en un caso de una



persona border. Creo que eso influye muchísimo porque habla de las posibilidades de actuar distinto, de qué capacidad o con qué herramientas cuenta esa persona para hacer las cosas de otra manera y por lo tanto, salir de esa situación conflictiva más saludablemente, entre comillas” (Entrevistade n° 5, marzo 2023).

Identificar la concepción de diagnóstico que subyace detrás de los enunciados de les entrevistades constituye una tarea que excede los objetivos de esta investigación. No obstante, resulta fundamental señalarlo ya que esto podría explicar en parte la diversidad de respuestas encontradas.

En relación al **juicio** podemos entenderlo como la capacidad para procesar la realidad y adquirir conciencia de ella. Es en la elaboración del pensamiento, el filtro que confronta y depura los conocimientos para que éste sea la expresión fiel del deseo, de la intención y del saber de la personalidad. De la relación y cotejo de los conocimientos surge la afirmación de una verdad (Betta, 2002). En este sentido, según el autor, la desviación del mismo es una alteración cualitativa debida a la interferencia de una carga afectiva de gran intensidad. En el juicio desviado la carga afectiva incide profundamente inhibiéndolo para una exacta y lógica valoración lo cual le impide el reconocimiento del error; como consecuencia la persona permanece ajena a la realidad. La noción de juicio desviado se presenta como adecuada y pertinente para la mayoría de les entrevistades. Sin embargo se registraron posiciones muy disímiles. Para algunos constituye uno de los aspectos más importantes de la evaluación vinculado a la capacidad de consentir.

“En el sentido menos amplio, sería alguien que está con alucinaciones, que está delirando, o catatónico. Una persona que no se le puede evaluar el juicio, lo tiene desviado. Pero después hay personas que, no en este término tan cerrado, quizás no pueden dar su consentimiento porque se están exponiendo o están exponiendo a terceros a situaciones de riesgo que no pueden reconocer. Entonces, esa falta de reconocimiento es debatible si es un juicio desviado o no” (Entrevistade n° 5, marzo 2023).

Para otros es una categoría casi desconocida o poco relevante. Pese a que no lo abordaremos en la presente investigación, nos parece oportuno reflexionar si dicha



noción no responde a formas discursivas de conceptualizar a los sujetos en el par normal/anormal (Foucault, 2000), y consecuentemente, un nosotres/ ellos.

En relación a los **antecedentes**, Ghioldi (2023) menciona que son considerados un elemento clave en la evaluación que determina el riesgo cierto e inminente de una persona. De esta misma manera les entrevistades expresan que al momento de la evaluación tienen en cuenta las trayectorias institucionales de la persona. Conocer la trayectoria de les usuaries que transitan los dispositivos del hospital lleva a construir una evaluación que no necesariamente se apega estrictamente a la evaluación del riesgo cierto e inminente. Destacan la relevancia de los antecedentes, entre ellos incluye: cómo se desarrollaron los tratamientos previos, intentos autolíticos, antecedentes familiares, su historia de vida, entre otros.

“Lo que pasa es que muchas veces, la situación de inminencia está como ligada a los antecedentes.” “(...) Pero si no lo interno, yo sé que hay un riesgo casi inminente, que no, no es inminente” (Entrevistade n° 4, marzo 2023).

Solapado en la cuestión de los antecedentes, aparece el riesgo potencial pero no ligado al concepto de peligrosidad, que viene del campo judicial y de un paradigma anclado de la criminalización, sino pensado desde la posibilidad que enfrenta la persona a exponerse a un riesgo. Es una tensión que está presente en cada evaluación y es particular de cada caso. En paralelo, se puede dar una situación que podría definirse como paradójica: les profesionales registran que el conocimiento de la trayectoria previa de les usuaries muchas veces condiciona la toma de decisiones.

Por último destacamos que un aspecto novedoso relevado es el **uso estratégico del discurso** por parte de les usuaries y/o familiares identificado por parte de les profesionales. Este se describe como la exageración o maximización del riesgo con el objetivo de acceder a una internación, o también como la minimización u ocultamiento de información cuando lo que se busca es evitarla.

“Solemos ser bastante exhaustivos porque muchas veces los pacientes mienten, muchas veces las familias o las redes también mienten u ocultan o ignoran ciertas cosas (...). También hay cierta mentira, digamos, en la sobreexposición de algo que por ahí para nosotros no es un riesgo o son conductas en torno a algo riesgoso pero que no llega... (...).



Muchas veces los usuarios exageran para internarse por algo o para generar una situación de atención particular” (Entrevistade n° 5, marzo 2023).

Este uso estratégico del discurso por parte de les usuaries podría ser entendido como un modo de procurarse autoatención. Al respecto Menéndez (2003) plantea que:

La autoatención refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto de sus padeceres, incluyendo las inducidas, prescriptas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se autonomicen, por lo menos en términos de autonomía relativa. (p.198)

Siguiendo al autor, la internación se ubicaría dentro del modelo de atención formal de la salud siendo indicada por profesionales avalados y autorizados para cumplir esa función desde la tradición, la legalidad y la legitimación social. Sin embargo, para les entrevistades, les usuaries parecen apropiarse de dicha estrategia de atención convirtiéndola en “autoatención” a partir de un uso estratégico del discurso. Durante años desde el sistema de salud se ha instalado la idea de que la internación constituía un destino casi ineludible para aquellas personas con padecimientos graves en salud mental. Por esta razón, no resulta extraño que desde la comunidad, las familias o los medios surja el reclamo o la exigencia de acceder a internaciones aunque el criterio de riesgo cierto e inminente no se encuentre presente en la evaluación del equipo de salud.

“También los padres cuando traen un paciente agrandan más porque lo quieren internar o el paciente mismo cuando viene y no quiere ser internado, cuenta cosas que en realidad no son” (Entrevistade N° 7, marzo 2023).

En la situación de usuaries que por el contrario pretenden evadir la internación mediante el uso estratégico del discurso también se observan estrategias de autoatención.



Hay pacientes que esconden los cuadros. Vos lo ves y esta divino, pero decis “no me cierra”. Y de repente floreció el árbol genealógico de su locura... Y ahí empieza a desplegar, a desplegar, y ahí se torna la situación de riesgo cuando empieza a desplegar todo (Entrevistada n° 1, febrero 2023).

Pareciera que los saberes de los profesionales -formales y legitimados- entran en tensión con los saberes populares, comunitarios o informales cuando los criterios de autoatención de les usuaries no coinciden con los criterios de atención de les profesionales. De este modo, el uso estratégico del discurso, constituye un criterio clínico más a ponderar por parte de les entrevistades.

4. Estrategias terapéuticas en las internaciones involuntarias

En este apartado se desarrollan las situaciones de internación involuntaria y las distintas estrategias que son elaboradas de acuerdo a la particularidad de cada situación, incluyendo también las estrategias previas, alternativas y posteriores. Para esto tomamos el concepto de estrategia terapéutica que propone Natella (2013) quien la define como la construcción de un plan de intervenciones, a partir de la comprensión y el diagnóstico situacional de una persona con sufrimiento mental. Es el conjunto de instrumentos y recursos terapéuticos seleccionados para dar las respuestas de mayor efectividad y eficiencia al padecimiento de cada persona en particular en un momento determinado. En este sentido, un concepto central es la relatividad de los recursos terapéuticos en sí mismos. Se trabajaba con estrategias y no con recursos aislados, porque es la diversidad de componentes y su articulación lo que le da la potencia real a cada intervención. Esto significa también que no hay recursos más importantes que otros y la preponderancia de cada uno depende de cada situación, momento y requerimiento.

Las narrativas de algunas entrevistades, consideran que las mismas variables que van más allá de lo “psiquiátrico” son las que pueden determinar la inminencia de una internación involuntaria, como también establecen la necesidad de una internación como medio terapéutico. En asociación a la noción de riesgo potencial que previamente mencionamos, Ghioldi y Toro (2011) describen otra clasificación donde existen tipos de peligrosidades, la inminente, asociada a la problemática psiquiátrica próxima a una situación de crisis y la potencial, donde la conducta de riesgo existe,



pero no se puede determinar en qué momento va a ocurrir. Esta última se determina desde diferentes variables a cargo del equipo de salud mental. A partir de esta división, los autores proponen dos tipos de internaciones, la compulsiva impostergable, asociada a la peligrosidad inminente, y la internación terapéutica, que contempla la peligrosidad potencial y no está asociada a la inminencia sino al uso terapéutico que puede dar la estrategia. Desde una lectura transversal, observamos un interjuego entre estas variables, que podrían definir el riesgo potencial.

La **internación involuntaria** es mencionada por la mayoría de las entrevistadas como una estrategia terapéutica, en pos del cuidado de la vida de la persona ante un riesgo cierto e inminente.

“Sí, como siempre lo pensamos, la última opción, cuando no se pudo lograr todo lo que sea voluntario, tratamiento ambulatorio, hospitales de día, internación voluntaria (...). Cuando no se logra enganchar a otra cosa, el último recurso, si hay riesgo, ese es el tratamiento de internación involuntaria” (Entrevistada n° 8, marzo 2023).

Sin embargo también destacan la **privación de la libertad** como otra cara de la misma moneda, y que por este motivo debe considerarse como última instancia evaluando otras estrategias posibles.

“Creo que es una estrategia terapéutica muy válida y es un recurso necesario en casos donde ya se han agotado las otras instancias (...). Siempre implican una instancia de poder sobre alguien, sobre la libertad de alguien, sobre la vida de alguien, sobre las decisiones de alguien. Y esa asimetría de poderes es complicada, es caótica” (Entrevistada n° 5, marzo 2023).

Esto va en consonancia con el artículo n° 14 de la LNSM, el cual menciona que la internación “sólo debe llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social”.

“Muchas veces el trabajo se trata de evitar una internación involuntaria” (Entrevistada N° 5, marzo 2023).



Para algunos entrevistados, la **extensión de la internación involuntaria** puede constituir una modalidad de respuesta ante esta situación que intenta producir cuidado más que una restricción de derechos.

“Muchas veces pasa que el paciente se estabilizó y salió de la situación de riesgo, pero sabemos que si se va a la calle vuelve a cero. Entonces, ahí quedamos, atravesados por una cuestión social porque no tiene donde ir y no va a recibir cuidados y garantizar que reciba la medicación y demás, uno retiene al paciente, eso pasa” (Entrevistado n° 4, marzo 2023).

Si bien no están de acuerdo con esta medida, muchas veces se ven obligados a hacer uso de ella al no encontrar otras alternativas disponibles. De esta manera se refuerza el modelo tradicional de terapéutica en salud mental mencionado anteriormente por Natella (2013). Sin embargo, sostienen el acuerdo de que la internación debe considerarse como último recurso y de manera excepcional.

También se hizo mención a la prolongación de la internación involuntaria como **cumplimiento de una orden judicial**.

“La internación es un castigo más o una condena más. La persona se quiere ir, está involuntaria y entiende que no está presa, pero a la vez no entiende por qué no se puede ir” (Entrevistado n° 5, marzo 2023).

En cuanto a la determinación de la modalidad involuntaria por parte de los equipos, destacan que suele ser el resultado de varias evaluaciones y de la discusión y la reflexión contando con el “apoyo” y el “asesoramiento” de los responsables de las coordinaciones y de los profesionales que integran el **servicio jurídico** del hospital.

“Nosotros estamos muy acompañados cuando viene un oficio, con el hermoso servicio jurídico que tenemos, compañeros que vienen y nos ayudan con cierta letra chica que a uno se le va (...). Nosotros gracias a Dios podemos debatir con la interdisciplina del equipo y con el equipo ampliado de servicio jurídico, que para mí es un recurso indispensable que tenemos” (Entrevistado n° 6, marzo 2023).



Ante la evaluación de la presencia de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros suelen priorizarse otras estrategias menos restrictivas como la **permanencia en la sala de observación** de guardia o el abordaje ambulatorio y el seguimiento diario en caso de contar con una red familiar y socioafectiva sólida y contenedora. En cuanto a la sala de observación, resulta un hallazgo el uso de esa herramienta como estrategia terapéutica per se y no como mera conducta expectante. Representa la posibilidad de generar una pausa para pensar en el tratamiento más adecuado así como una intervención en sí misma.

“En el trabajo con el paciente y la familia, estas situaciones puntuales de sala de observación resuelven un montón de internaciones. Entonces un montón de pacientes no se internan (...). Están dos o tres días. Se resuelve si es un tratamiento ambulatorio, se puede derivar a un efector cercano a su domicilio. Se resuelve la situación de otra manera”
(Entrevistade n° 8, marzo 2023).

Destacamos que estas estrategias son llevadas desde el dispositivo de guardia, un momento de encuentro con la urgencia, entendida en términos de quiebre o ruptura de la homeostasis con que la vida transcurría (Sotelo, *et al.*, 2011). Para esto Arias (2017) plantea la necesidad de dar forma a un nuevo cotidiano, que puede llevarse a cabo a través de las estrategias mencionadas anteriormente por les entrevistades.

No obstante, algune entrevistade ha señalado lo opuesto, es decir, que ante riesgo cierto e inminente, la internación involuntaria se presenta como la única estrategia posible.

“Es la única forma de cuidado con el paciente, porque si hace un tratamiento en la casa es como no hacer nada, porque el problema está en la casa, y sin embargo acá está cuidado por un equipo interdisciplinario”.
(Entrevistade N° 7, marzo 2023)

También se destaca la internación involuntaria como un recurso que “oxigena” a las redes socioafectivas en el sentido de aliviar la carga que implica para familiares o referentes el acompañamiento y el cuidado de las personas con padecimientos graves

en salud mental. Consideramos que esta situación pone en manifiesto cómo el lazo social es afectado por el padecimiento mental que presenta una persona.

“La oxigenación de la red primaria también es un criterio de ingreso a una internación aguda y te lo peleo a muerte” (Entrevistada N° 6, marzo 2023).

La totalidad de los profesionales contempla la multidimensionalidad de las situaciones de riesgo y encarar el desarrollo de estrategias desde esta perspectiva. La ausencia o la insuficiencia de instituciones comunitarias de cuidado, la falta de recursos del sistema de salud, las dificultades habitacionales y la acotada red socioafectiva continente en la mayoría de los usuarios, son considerados obstáculos en la construcción de estrategias alternativas a la internación involuntaria o posteriores a la misma.

“(…)no hay lugares intermedios, no hay hospitales, no hay hospitales de día fuera de lo que es acá, que es súper limitado por la cantidad de cupo. Bueno, todo eso, pibes que viven a dos horas de acá, no tienen a donde ir. La medicación es otro problema” (Entrevistada n° 1, febrero 2023).

Según las entrevistadas, esta insuficiencia de recursos explicaría la existencia de demandas de internación involuntaria por parte de familiares u otras organizaciones, desconociendo o ignorando lo establecido por la LNSM. Observamos que en esta lectura se encuentra vigente un modelo tradicional de terapéutica de salud mental (Natella, 2013) donde predomina un enfoque asistencial e individualista con atención del usuario en un ámbito privado, donde el conocimiento en relación a “la cura” está solo del lado de los profesionales y dentro de las instituciones de salud.

“Hay más dispositivos de hablar, de diván, de hablar de los pesares, de las tonteras del ayer. Y son pibes que necesitan hacer algo en el día a día, trabajar. Esta muy difícil, en un contexto que no hay laburo para un pibe sano imaginate si va a haber laburo para un pibe que no tiene historia de laburo, que no tiene secundaria, no tiene nada” (Entrevistada n° 6, marzo 2023).

En contraposición, Natella (2013) plantea un modelo de salud mental comunitaria donde el abordaje de la problemática sea socio-familiar, se trabaje con el ambiente y le sujete tenga un rol activo en la construcción de estrategias terapéuticas;

“Si tenés una familia continente y tenés una sociedad continente, un grupo de vecinos, gente que sepa qué es lo que pasa, ayudaría a irte a tu casa, estar en tu barrio y con tu gente” (Entrevistade n° 3, marzo 2023).

5. Diálogos, autonomía y tiempos en la toma de decisiones

La toma de decisiones se define como el proceso propio de la elaboración de estrategias terapéuticas y de intervenciones en salud mental que se produce al interior de los equipos de manera predominante, pero no se limita a ellos ya que puede incluir a otros actores de manera directa o indirecta. Constituye una instancia transversal que determina las distintas etapas del proceso de internación, desde la decisión de internación involuntaria per sé, el pasaje de la modalidad involuntaria a voluntaria, hasta la instancia de externación y post externación.

Proponemos pensar la toma de decisiones como un elemento de los procesos de trabajo, entendiendo a éste como lo menciona Merhy (1997), trabajo vivo en acto, que es caracterizado como un proceso de agenciamiento por sujetos que trae en sí atributos de la libertad, de la creación, de la inventiva. Para Franco y Merhy (2011) la importancia del trabajo vivo en acto, aplicado al proceso de trabajo en salud revela la posibilidad que tienen los trabajadores de realizar su trabajo con un alto grado de libertad, ejerciendo, sobre sus actividades productivas un razonable autogobierno. Para los autores se trata de un proceso relacional, un encuentro de relaciones entre trabajadores, usuarios y cosas, que conforman y constituyen los procesos de producción de salud. La instancia de toma de decisiones se plantea como central para el desarrollo de los procesos de trabajo.

A partir de los hallazgos obtenidos en la presente investigación, es posible afirmar que el proceso de **toma de decisiones** constituye una instancia reflexiva valorada de manera positiva por los trabajadores. Algunos aspectos que parecen favorecer este proceso son: la comunicación fluida y el intercambio, el goce de autonomía, la posibilidad de disponer de tiempo incluyendo la disponibilidad de la sala de observación como recurso, y la orientación del servicio jurídico.



La comunicación es descrita como **el intercambio y el diálogo** que se produce entre los integrantes del equipo de salud, tanto con compañeros de distintas disciplinas como de la propia, entre los servicios, con los coordinadores y entre coordinadores, con el servicio jurídico, y con las redes socioafectivas de la persona. El espacio-tiempo donde se producen estos intercambios suelen ser las reuniones de equipo, los encuentros casuales y la comunicación por medios tecnológicos.

Les entrevistades aseguran que suelen alcanzar acuerdos a partir de estos intercambios y disponer de un alto grado de **autonomía** para ejecutar sus decisiones.

“Es algo que se evalúa, se charla, se conversa y la autonomía está, pero siempre y cuando uno lo pueda justificar bien (...). Es algo que se habla previamente. Se cuenta el caso, se charla con las coordinaciones y más o menos todo se acuerda, que todos pueden ver el criterio y se procede a eso” (Entrevistade n° 8, marzo 2023).

La única situación que se menciona como **condicionante de la autonomía** en la toma de decisiones es aquella en la que intervienen juzgados penales indicando la internación.

“Muchas veces hay toda una maquinaria judicial detrás que nos impide que la decisión que tomamos se lleve a cabo”. (Entrevistade n° 5, marzo 2023).

Se menciona la importancia de los **tiempos** para tomar decisiones, los cuales pueden variar de acuerdo a la complejidad de la situación. La llegada de un nuevo equipo de guardia cada 12 hs permite intercambiar puntos de vista o realizar una nueva evaluación. La oportunidad de una pausa se presenta como algo valorado.

“Darnos nuestro espacio, nuestro tiempo para preguntar, hacer una pausa, volver a preguntar de nuevo, dejarlos en observación un ratito, ir haciéndolo en varias etapas y eso ayuda a que aparezca la subjetividad del paciente. Porque a veces está tan desbordado que empieza a tirar un montón de cosas y cuando puede hacer una pausa, puede empezar a describir otras” (Entrevistade n° 4, marzo 2023).

No obstante, y tal como se describió previamente, ante situaciones complejas o donde no se alcanza un grado de acuerdo óptimo, disponen de la posibilidad de contar con apoyos, principalmente el asesoramiento de profesionales que se desempeñan en el **servicio jurídico** del hospital o de los coordinadores de los servicios.

Consideramos importante señalar que esta multiplicidad de acciones, intercambios, interconsultas, etc., dan cuenta de la propia complejidad del campo de la salud mental, y de las situaciones concretas en las que se interviene.

Uno de los hallazgos relevados fue la diferenciación entre las formas de trabajo y el ejercicio profesional que se desarrollan en el hospital donde se realiza la investigación en contraste con otras instituciones. Esta categoría puede ser nominada como **componente institucional**. Si bien parece ser un elemento transversal a todas las dimensiones que forman parte del proceso de internación involuntaria, se la incluye en este apartado porque según expresan les entrevistades, se presenta como un proceso protector para ellos mismos facilitando la instancia de toma de decisiones. El componente institucional promueve el agenciamiento, el trabajo creativo, en sí el trabajo vivo en acto, retomando los aportes antes mencionados de Merhy (2011). Aparecieron expresiones como “hospital escuela” u “oasis” aludiendo a la valoración del trabajo interdisciplinario y en equipo, a la disponibilidad de recursos intrahospitalarios, de acompañamiento de los equipos, de formación y reflexión sobre el quehacer cotidiano.

“Yo aclaro mucho que hablo del lugar donde trabajamos, porque creo que también es un poco un oasis en términos de la ley, donde estamos trabajando ahora” (Entrevistade n° 5, marzo 2023).

Este emergente remarca la propia historia de la institución, como un hospital que fue atravesando diversas transformaciones en consonancia con la reglamentación de la LNSM y con un fuerte anclaje en el paradigma que esta promueve, desde una perspectiva de derechos humanos.

6. Interdisciplina, discursos y posiciones

En este apartado se desarrollan las implicancias que reconoce cada disciplina, la importancia del desarrollo de estrategias mediante el intercambio de saberes que favorezcan un abordaje integral de los procesos de salud y el trabajo en equipos



interdisciplinarios. Se destaca la comunicación entre profesionales de distintas disciplinas, las relaciones de poder entre ellas, las asimetrías y responsabilidades que cada una identifica.

Uno de los cambios más importantes que introduce la LNSM, es la puesta en valor de la perspectiva de los **equipos interdisciplinarios**. Esta expresión, “equipos interdisciplinarios”, incluye dos nociones: trabajo en equipo e interdisciplina. Según Bottinelli (2023), es la necesidad de otras miradas descentralizadas al padecer psiquiátrico que puedan cubrir aquello que otro no puede ver. Stolkiner (2005) la complementa definiendo a la interdisciplinariedad como un posicionamiento, no una teórica solidificada, que busca que cada disciplina pueda reconocer en otra aquello que su herramienta disciplinar no puede abarcar.

Según De la Aldea (2000) “Existen muchas formas de trabajo en equipo. Hay equipos fundacionales, instituyentes -como diría Loureau-; hay equipos que se repiten a sí mismos y se burocratizan, equipos que están instituidos y continúan existiendo sin renovación interna; hay equipos que constituyen futuras instituciones en germen; hay equipos que pueden cuajar o no en una institución” (p. 2). La autora agrega, siguiendo a Heidegger, que la misión del equipo es sostener la problematización.

Tal como se viene desarrollando en esta investigación, la complejidad que implica la indicación de internación involuntaria amerita un abordaje igualmente complejo que sostenga la problematización por parte de los equipos interdisciplinarios.

“Para mí la interdisciplina en realidad tiene que ver con algo de lo que yo no sé qué sabe el otro. Y así nos vamos complementando, porque hay uno que puede pensar en un punto particular o una cualidad particular de la presentación del padecimiento del sujeto que capaz a mí no se me ocurre. O sea, como si fuera una cabeza ampliada”
(Entrevistada n° 2, marzo 2023).

Tal como expresan les entrevistades, el trabajo en equipos interdisciplinarios se orienta a “complementar” desde una “cabeza ampliada”. No se trata de una sumatoria de miradas que logran la comprensión de una supuesta totalidad. Sino la suma de parcialidades y aproximaciones, el sostenimiento de la problematización, la incertidumbre, de acompañar y ser acompañades en la elaboración de respuestas creativas y complejas. No obstante, para les entrevistades en algunos aspectos persiste la jerarquización de algunos núcleos de saberes.



“Hay algo de la disciplina que todavía permanece. Esto de que, en teoría, los psicólogos y los psiquiatras tendrían una valoración más real de lo intra psíquico si se quiere. Y en realidad muchas veces lo que determina una internación o que el paciente se ponga en riesgo son otras cosas que por ahí no necesariamente o únicamente es lo intra psíquico (Entrevistade n° 2, marzo 2023).

En esta misma línea, algunos profesionales hacen alusión a la posición que ocupa la disciplina de psiquiatría, poniéndola por sobre las demás.

“No debería, pero sí, sabemos cuál. Pero si estamos hablando de que la variable de los vínculos es la variable más importante, ¿por que un medico seria la disciplina más importante?” (Entrevistade n° 6, marzo 2023).

Esto también podría pensarse desde la transformación del sistema de salud que se propone con la LNSM y los procesos de transición de paradigmas, pasando del modelo médico hegemónico a uno interdisciplinario y de derechos humanos. Si bien aparecen ciertos resabios de un modelo anterior que jerarquiza a las disciplinas médicas, les entrevistades señalan las transformaciones que ha experimentado el sistema de salud y destacan la prevalencia de la perspectiva interdisciplinaria, del trabajo en equipo, la ruptura de organización jerárquica de los saberes valorizando la multiplicidad de voces y aproximaciones.

“Muchos profesionales que entraron, nunca van a entender lo que es porque ya entraron con la ley y ya directamente pueden opinar. Pero uno que viene años atrás de estar relegado de su profesión para atender y opinar, eso no lo va a entender nunca, sólo lo entienden los trabajadores que años atrás no teníamos esa posibilidad” (Entrevistade n° 7, marzo 2023).

Continuando con los aportes de De la Aldea (2000), el trabajo en equipo implica una serie de desafíos y conflictos que son ineludibles ya que forman parte del dinamismo intrínseco a los equipos, a las personas y a las situaciones de salud.



“Me parece que es sumamente rico para mí y para el paciente laburar y decidir en equipo. Pero hay muchas veces que a la hora de una situación puntual de riesgo muy, muy aguda, me siento como medio sola. Les voy a confesar, pero eso depende de con quién esté” (Entrevistada n° 4, marzo 2023).

En relación a uno de los objetivos de esta investigación -indagar la existencia de diferencias entre disciplinas-, si bien se observan posicionamientos distintos, hasta el momento no se ha podido determinar si los mismos pueden atribuirse a diferencias entre las disciplinas o a diferencias personales propias de cada profesional independientemente de su formación académica de base. “La actividad interdisciplinaria, sea de la índole que sea, se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de ello. Pese a esa plataforma común hay distintas corrientes sobre la interdisciplinarietà” (Stolkiner, 2005, pág. 5). Se supone que esta dificultad para responder al objetivo antes planteado podría atribuirse al tamaño de la muestra seleccionada, lo cual podría condicionar la posibilidad de generalizar algunos de los resultados encontrados.

No obstante, queda en evidencia la existencia de tensiones entre la formación disciplinaria y la práctica clínica en situaciones reales concretas. Nos parece importante que la perspectiva interdisciplinaria no propone la disputa entre saberes. Si no, al contrario, generar discusiones dentro del equipo sobre situaciones concretas, donde cada saber pueda aportar al análisis de dicha situación, y en forma conjunta, poder arribar a decisiones terapéuticas que el equipo considere más convenientes para la persona con padecimiento mental.

7. Reflexiones finales

En esta investigación, se buscó explorar los criterios utilizados por los equipos de salud mental para determinar la internación involuntaria, contemplando la multidimensionalidad de los sujetos y en consonancia con lo planteado por la LNSM.

Uno de los hallazgos que nos interesa destacar, es que les entrevistades sitúan que la toma de decisiones y la confección de estrategias terapéuticas son posibles gracias a las posibilidades que les brinda la institución en la que trabajan. No solo por la disposición de recursos en términos materiales, sino por el posicionamiento

ético-político en el que está enmarcado el hospital. Aquello que identificamos como componente institucional, permite el desarrollo de prácticas que responden a la LNSM, favoreciendo la creatividad de las intervenciones, el diálogo entre profesionales de los equipos y un acompañamiento más conveniente en los procesos de salud de los usuarios. Poder visualizar esto, nos aleja de algunas nociones que rondan en el sentido común de la sociedad, sobre las problemáticas de salud mental, sus abordajes y la idea de que la internación es la única respuesta posible.

Observamos que en relación a los criterios para decidir la modalidad de tratamiento, la existencia de una red socioafectiva continente aparece como un elemento fundamental para los profesionales. Tomando lo mencionado por Breilh (2013), se entiende a la red socioafectiva como un proceso protector. Considerando los movimientos y transformaciones que estos procesos pueden experimentar, los equipos definen estrategias terapéuticas para que la red pueda continuar ocupando este lugar en pos del cuidado de las personas y de sí misma.

Otro de los hallazgos que nos parece relevante, es el reconocimiento por parte de los profesionales de las implicancias que conlleva una internación involuntaria. A partir de esto, los entrevistados reflexionan en relación al poder que se le otorga a los equipos de salud sobre la vida de otras personas. La toma de decisiones se ve atravesada por aspectos ético-filosóficos. Consideramos importante continuar reflexionando sobre esto, de forma tal que dicha asimetría favorezca el desarrollo de proyectos de vida dignos y que promuevan la autonomía y la libertad.

Por otro lado, destacamos que en el proceso de transición del paradigma tutelar-punitivo a uno de derechos humanos, aún existen elementos y fenómenos del primero. Esto se explica según Hermosilla (2015), por el proceso complejo que implica la transición entre paradigmas que no se limita solo a la modificación del marco legal, sino que también implica cambios a nivel socio-cultural, ético y político. Se evidencia que al momento de evaluar, tomar decisiones y construir estrategias se considera la multidimensionalidad de los padecimientos en salud mental orientando las prácticas hacia la plena garantía de derechos -como el respeto de la autonomía, la provisión de apoyos y el cuidado tanto de los usuarios como de sus redes-. No obstante se identifican algunos resabios del antiguo paradigma, asociado principalmente a la insuficiencia de dispositivos intermedios con los cuales articular. La escasez de recursos comunitarios aparece como un obstáculo para el desarrollo de estrategias que respondan a un paradigma de derechos.

De acuerdo a lo conceptualizado en esta investigación, teniendo en cuenta aquellas estrategias que apuntan al cuidado y son pensadas desde la anticipación de conductas perjudiciales para la persona nos preguntamos: La aparición del riesgo potencial como elemento que influye en la toma de decisiones, ¿podría ser una estrategia ante la falta de recursos comunitarios para abordar situaciones concretas?

En consonancia con lo antedicho, uno de los hallazgos más llamativos, es la representación de la figura del juez asociada a la punición y a un paradigma tutelar. Esto podría estar relacionado con las experiencias de los profesionales de salud mental, quienes reciben oficios judiciales ordenando internaciones de usuarios que concurren al hospital acompañados por las fuerzas de seguridad. Pese a que excede a esta investigación, consideramos que podría ser interesante profundizar en la relación entre la figura del juez, las fuerzas de seguridad y el modelo punitivista en salud mental.

La LNSM propone la conformación de equipos interdisciplinarios para dar respuesta a situaciones complejas de salud. En esta investigación, las narrativas de los profesionales evidencian el carácter potencializador que tiene la interdisciplina para el ejercicio de las prácticas cotidianas. De acuerdo a lo planteado como objetivo en el inicio del trabajo, no se hallaron diferencias significativas en cuanto al uso de criterios por disciplina profesional. Esto puede atribuirse por un lado al tamaño de la muestra y por el otro a los tiempos acotados en los que se realizó este trabajo. Desde nuestro posicionamiento, consideramos que los saberes disciplinares están atravesados por la experiencia, el recorrido previo y el posicionamiento ético-político de cada profesional. Por lo tanto, la identificación de estas discrepancias implicaría una lectura sensible y minuciosa del material recabado.

Por último, resaltamos la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental como un acontecimiento productor de nuevas subjetividades en la sociedad. “La subjetividad es social e históricamente construida, y agenciada en base a acontecimientos, encuentros, múltiples vivencias que un sujeto tiene en su experimentación e interacción social” (Franco y Merhy, 2011, p.15). Nuestro compromiso como agentes de salud es garantizar que esto suceda.

Referencias bibliográficas

- Arias, A. (2017). Dispositivo de guardia en salud mental. El hacer del terapeuta ocupacional en el abordaje interdisciplinario de la experiencia de urgencia subjetiva. En *El Encuentro Con El Otro Transforma Escenarios*. Editorial Fundación La Hendidija.
- Barcala, A. (2016). Interdisciplina y Ley de Salud Mental. El trabajo interdisciplinario enmarcado en el apoyo a la defensa técnica personas internadas en forma involuntaria. *Revista del Ministerio Público de la Defensa de la Nación*, 71-80.
https://www.researchgate.net/profile/Ezequiel-Mercurio/publication/336639727_Revista_MPD_Indice/links/5da9428192851c577eb81598/Revista-MPD-Indice.pdf#page=73
- Betta, J. (2002) Manual de psiquiatría, 9ºed. Centro Editor Argentino.
- Bianco, P, Gargiulo, V. Grela, M. Méndez, M. (2019). Internaciones en salud mental: tensiones entre el juicio clínico y la ley. Clepios. *Revista de profesionales en formación en Salud Mental*, 25(1), 4-6.
<http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/clepios/clepios78.pdf>
- Bericat Alastuey, E. (2001). El suicidio en Durkheim, o la modernidad de la triste figura. *Revista internacional de sociología*, 59(28), 69-104.
<https://doi.org/10.3989/ris.2001.i28.743>
- Breilh, J. (2003). Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Lugar editorial.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1).
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002



Buhlman, S., Castillo, A., Ferreyra, J., Heredia, A., Monasterolo, N., Nahum, E. (2017). Protocolo de intervención en situaciones de crisis y/o urgencias en Salud Mental. CODAJIC. Confederación de adolescencia y juventud de Iberoamérica y el Caribe. <http://www.codajic.org/node/3595>

Cáceres, C., Granja, G., Osella, N. P., Percovich, N. M. (2017). Derechos Humanos en Salud. En el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. *Asociación por los Derechos de la Salud Mental ADESAM*. <https://adesam.org.ar/2017/03/28/derechos-humanos-en-salud-en-el-camino-de-la-implementacion-de-la-ley-nacional-de-salud-mental/>

Carballeda, A.J.M. (2004).La intervención en lo social y el padecimiento subjetivo. Revista Margen. Edición N° 35 - primavera 2004 <https://www.margen.org/suscri/margen35/interv.html>

Carballeda, A.J.M.(2008). Problemáticas sociales complejas y políticas públicas. CS, (1), 261-272. <https://doi.org/10.18046/recs.i1.409>

Castel, R.(1986). De la peligrosidad al riesgo. En *Materiales de Sociología crítica*, comps. Fernando Álvarez-Uría y Julia Varela. Madrid: La Piqueta, 219-243.

Cavalleri, S.(2008). Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas. En *Castronovo y Cavalieri (coord.) Compartiendo Notas. El Trabajo Social en la contemporaneidad*. Editorial Universidad Nacional de Lanús.

Cohen, H. y Natella G.(2013). La desmanicomnialización: Cronica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Rio Negro. Lugar Editorial.

De la Aldea, E.(2000). El equipo de trabajo, el trabajo en equipo. Fragmentos extraídos de clases dictadas. https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5e3acfef5f781.pdf

Del Valle Cazzaniga, S. (2019) La ética como inculcación de valores, como tema y como cuestión. En Flink, T. y Mamblona, C. (Comp.) *Ética y Trabajo Social*



Reflexiones sobre sus fundamentos e implicancias en los procesos de intervención. Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. (pp. 51-76).
<https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-la-patagonia-austral/analisis-matematico-3/cazzaniga-2019-practicas/1646287{-op2>

Decreto Reglamentario 603 de 2013 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 [Ministerio de Salud de la Nación] 28 de mayo de 2013.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>

Foucault, M. (2000). *Los Anormales*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica

Franco, T. B. y Merhy, A. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud colectiva*, 7(1), 9-20.
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000100002&lng=es&tlng=es.

Galende E. (2015) *El conocimiento y prácticas de salud mental*. Lugar Editorial.

Ghioldi, L. y Toro Martínez, E. (2010). Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria de internación basada en la peligrosidad para sí o terceros. *Cuadernos de medicina forense argentina*, 2(1), 25-35.
[https://www.csjn.gov.ar/cmfc/files/pdf/CMFA-Tomo2\(2010\)/CMFA2-1-Ghioldi.pdf](https://www.csjn.gov.ar/cmfc/files/pdf/CMFA-Tomo2(2010)/CMFA2-1-Ghioldi.pdf)

Ghiselli, S., y Castrogiovanni, N. (2020). *Trabajo Social y situaciones problemáticas*. Edunpaz.

Heller, A. (2011) Sobre el concepto de cuidado. En Pinheiro R, Gomes da Silva A. *Ciudadanía en el cuidado. Lo Universal y lo común en la integralidad de las acciones de salud*. Río de Janeiro: CEPESC.



Hermosilla, A. M., Cataldo, R., Bogetti, C. (2015). Los derechos humanos y su impacto en la nueva legislación sobre Salud Mental. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias afines*, 12, 61-68. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483547668007>

Iglesias, G. (2019). Entrevista a Graciela Iglesias. En *Riesgo Cierto e Inminente*, *Revista Clepios* 25(1), 18-21. <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/clepios/clepios78.pdf>

Laufer Cabrera, M. (2016). Derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial. Nuevos estándares para la Defensa Pública en salud mental. *Revista del Ministerio Público de la Defensa de la Nación*, 11, 11-22. <https://www.mpd.gov.ar/index.php/biblioteca-mpd-n/publicaciones-seriadas/5213-revista-del-ministerio-publico-de-la-defensa-n-11>

Ley Nacional N° 26.529 de 2009. Derechos del Paciente, historia clínica y consentimiento informado. Modificatorias Ley 26742/12 y Ley 26812/13. 19 de noviembre de 2009. https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley_derechos_del_paciente.pdf

Ley N° 26.657 de 2010. Derecho a la protección de la Salud Mental. 2 de diciembre de 2010. <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Martínez Alvarez, H. (2010). La intimidad asediada: psicoanálisis, deontología y cultura. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 7(1), 58-65. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483555653008>

Matus, C., y Huertas, F. (2006). *Planificar para gobernar: el método PES: entrevista a Carlos Matus*. Universidad Nacional de La Matanza.



Menéndez, E.L.(2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência y Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207.
<https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZintrqbxZJ6cdTnPN/>

Merhy, E.E.(1997). En busca del tiempo perdido: la micropolítica del trabajo vivo en salud. En: Merhy EE, Onocko R, (orgs). *Actuar en salud: un desafío para la ciudadanía*. San Pablo: Hucitec.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.(2019). *Atención de las Urgencias en Salud Mental*.
<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001401cnt-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental-2019.pdf>

Naszewski, M., Sy, A. (2020). Cambios, continuidades y nuevos regímenes de visibilidad a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657: Una revisión bibliográfica. *Anuario de investigaciones*. 27, 155-163.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483555653008>

Neira, H. (2017). Suicidio soberano y suicidio patológico. *Ideas y Valores*, 66 (164), 151-179. <https://doi.org/10.15446/ideasyvalores.v66n164.45177>

Observatorio de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019). Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental. Material realizado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.
<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-2019.pdf>

Perez, F. (2016). *La internación involuntaria en la ley de salud mental y en el código civil y comercial*. [Trabajo final de graduación]. Repositorio Universidad Siglo 21.
<https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/13699/PEREZ%20Fabian.pdf?sequence=1>



Poblet Machado, M. (2016) La relación entre la Salud Mental y Justicia Penal. El impacto de la incorporación de normativa de Derechos Humanos en Salud Mental en el sistema de administración de justicia penal del Poder Judicial de la Nación. DOI:[10.18294/rdi.2021.177202](https://doi.org/10.18294/rdi.2021.177202)

Ríos, S. R. (2017). Interpretación del art. 34 inc. 1 del código penal argentino a la luz de la Ley Nacional de Salud Mental. Consecuencias. La situación de las personas con declaración de inimputabilidad en la Provincia de Buenos Aires. *Derechos en acción. Universidad Nacional de La Plata*, (4). <https://doi.org/10.24215/25251678e056>

Rubinstein, A. (1999). Algunas cuestiones relativas al diagnóstico en psicoanálisis. *Revista Universitaria de Psicoanálisis* N° 1. http://ea.eol.org.ar/03/es/textos/txt/pdf/textos_rubistein.pdf

Stolkiner, A (2005) Interdisciplina y Salud Mental. En *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy*. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf

Thompson, S., Frydman, A., Salinas, L., Mantegazza, R., Toro, C., Lombardi, G. (2006). El proceso diagnóstico en psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones*, XIV, 103-110. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943041>

Zaldúa, G., Bottinelli, M., Tisera, A., Longo, R., Nabergoi, M., Lenta, M.M., Sopransi, M.B., Moschella, R., Freire, M., Leale, H. (2011). *Ley de Salud Mental: Desafíos a las políticas públicas, a los dispositivos y prácticas del sector*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación VII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, UBA. <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/48>



Zylbersztein, M. (2022). La Ley de Salud Mental y el debate sobre la internación voluntaria: “Lo que tiene que mejorar es el sistema, no la ley”. Página 12.
<https://www.pagina12.com.ar/425639-la-ley-de-salud-mental-y-el-debate-sobre-la-internacion-volu>