

“ALTAS CUIDADAS HOSPITALARIAS...UNA CONSTRUCCIÓN INTERDISCIPLINARIA Y MULTIACTORAL”

Lic. Cristian H. Carlini¹

¹ Lic. En Trabajo Social del Departamento Social del Hospital José T. Borda (CABA) y del Serv. Social del Hospital Teresa Germani (Laferrere, La Matanza). Integrante del Staff de Docentes del Curso de Posgrado de Administración de Servicios de Salud organizado por la Asociación de Profesionales de Salud (APS), San Justo, LA Matanza.
Correo: chcarlini@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

La realización de cursos de posgrado de formación son fundamentales para poder revitalizar, recrear y re significar nuestras propias prácticas profesionales. Como siempre lo comparto con colegas, la importancia de animarse a escribir, a plasmar ideas, perspectivas, inquietudes, reflexiones, etc. es una concreta forma de apostar a realizar, a lograr una pausa entre tanto movimiento. Movimientos que visibilizan la enorme y diversas complejidades de la realidad social a la que formamos parte y en la que (desde nuestras perspectivas teóricas / Ideológicas y Metodológicas) construimos nuestros respectivos objeto de intervención y de investigación.

El artículo que deseo compartirles es la estructura de un trabajo final presentado para un “CURSO DE FORMACIÓN DE POSGRADO: “ASPECTOS LEGALES PARA LA PRÁCTICA DIARIA EN SALUD MENTAL” organizado en el segundo semestre del pasado año 2020 por el Ministerio de Salud CABA (Dirección de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional. Equipo Talleres Protegidos), donde amplié con otros aportes dicho trabajo final que lo denominé “ALTAS HOSPITALARIAS CUIDADAS...UNA CONSTRUCCIÓN INTERDISCIPLINARIA Y MULTIACTORAL”. Partir de este eje estructurador (Estrategia de Altas Cuidadas Hospitalarias desde ahora “ACH”) de las prácticas y las intervenciones como equipo interdisciplinario del Servicio de Internación N° 29, Departamento V del Hosp. J. T. Borda al que formo parte; implicó concretamente un continuado debate interno. Un intercambio de ideas con respecto a qué estrategias de intervención llevar a la práctica, implicó (y continua implicando) ampliar la capacidad de escucha para y a cada paciente, el aprendizaje de seguir aprendiendo a escucharnos más entre los que constituimos este equipo de trabajo, permitió visibilizar y des naturalizar la lógica manicomial hegemónica que sigue atravesando (como lógica institucional instituida) en el Hospital J. T. Borda. Pero que al mismo tiempo este intento de trabajo como equipo interdisciplinario del Serv. N° 29, se nutre de muchas otras experiencias de otros equipos de trabajo (donde mis colegas del Dep. del Servicio Social también lo llevan a la práctica con más antigüedad, con más recorridos históricos en sus propios equipos de trabajo al que forman parte y formando parte de una variedad de servicios y de las respectivas guardias diarias de este Hospital).

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

El eje principal desarrollado es la generación de (todo el pasado año 2020 en pleno contexto de Pandemia²) diversas estrategias que permitieron una variedad de “ACH”. Contexto de pandemia que ha generado y continua generando un enorme desafío de recrear nuestros hábitos diarios cotidianos, no solo para los pacientes, para los usuarios del sistema de salud (y sus respectivas familias y/o referentes afectivos no familiares si existiese); sino también para nosotros/as mismos como equipo interdisciplinario.

DESARROLLO

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

Deseo articular los principales ejes teóricos de este curso con una postura de intervención humanística y de resistencia a la lógica manicomial que es la construcción de “ACH”, entre otros enfoques / perspectivas de intervención que intentamos partir, siendo conscientes de una gran variedad de obstáculos de diversos tipos que fuimos y continuando transitando e intentándolos superar.

A pesar de toda la situación desafiante como lo expresé anteriormente con respecto al impacto de una Pandemia a nivel mundial; plantear la perspectiva de construir “Altas Cuidadas Hospitalarias” lo considero (y lo compartimos en el equipo del serv. 29) un concreto apostar a que los pacientes son sujetos de derechos, a que un enfoque humanizador tiene que ser el horizonte de nuestras prácticas profesionales. A tratar de poder evitar la

² Hubo una gran variedad de producción teórica/conceptual y metodológica desde el Trabajo Social como de otras disciplinas con respecto a la irrupción (inesperada, compleja y transversal para toda la cotidianeidad de la humanidad) de esta Pandemia generada por el Covid - 19. Recomiendo leer estos 3 trabajos/notas/recomendaciones que me parecieron muy interesantes: <https://www.pagina12.com.ar/262127-eliane-piaggio-todavia-no-terminamos-de-entender-esta-enferm>; <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19> y <https://www.margen.org/pandemia/textos/quispe.pdf>.

cronificación de un paciente en el Hospital, fuimos (y lo continuamos intentando realizar) logrando un armado y construcción de redes entre diversos actores que permitan crear las condiciones materiales y simbólicas para concretar dichas altas. Este enfoque es una humilde visión para sembrar semillas de desmanicomialización que no implica una negación de la propia existencia de Hospitales³, sino su transformación de raíz con una concreta perspectiva de Derechos Humanos.

Estos primeros disparadores me permiten relacionarlo con lo abordado en la primera clase relacionado con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 cuando hace hincapié en su artículo N° 1 “...*por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional...*”⁴, como también la explicitación en forma concreta de una serie de Derechos de las Personas con padecimiento Mental en su artículo N° 7⁵. En el material de lectura de la primera clase considero muy interesante el análisis de los proyectos presentados, donde uno de los primeros (a diferencia del proyecto votado como Ley) hacía referencia a un abordaje interdisciplinario en forma no explícita y sin determinación. En el material de lectura se expresa muy acertadamente lo siguiente: “*La atención de las personas con sufrimiento mental tenderá progresivamente a estar a cargo de un equipo interdisciplinario*” mientras que en el nuevo proyecto es taxativo “*El proceso de atención debe realizarse... en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial*”. Sin embargo el viejo proyecto en su artículo 11 estipulaba que “*El tratamiento psicofarmacológico deberá realizarse en el marco de un abordaje interdisciplinario*”, condicional que desaparece en el nuevo proyecto (Saponaro Manuel. Clase N°1, 2020: 4). Este abordaje interdisciplinario que sostenemos como decimos “a puro pulmón y con convicción” en el Serv. 29, es de crucial importancia para el logro de esta estrategia de “ACH”. Nuestro equipo⁶ está constituido por la Jefa del Servicio

³ Ampliaré esta postura en el apartado de la Conclusión

⁴ <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento224.pdf>

⁵ Ídem

⁶ Destaco que desde el 25/01/21 se ha incorporado al equipo del Serv. 29 una nueva compañera Psiquiatra con otra lógica de trabajo (donde tengo coincidencias pero también varias diferencias y disidencias). Será un gran desafío lograr una síntesis entre su visión con lo que se ha constituido como concepción de trabajo desde el equipo interdisciplinario tratante. El

(Dra. Marcela Médica Psiquiatra), por un compañero Médico Psiquiatra Residente Dr. Máximo por la Universidad Maimónides, por un compañero Lic. En Psicología Eduardo (que concurre en forma voluntaria como lo hace el Dr. Máximo) y por quién escribe este Trabajo (Lic. En Trabajo Social). Considero muy oportuno y comparto totalmente lo expresado por la autora Cazzaniga Susana sobre este concepto y perspectiva de intervención: *“...la cuestión de la interdisciplinariedad, como desafío a construir, pero también como estrategia necesaria de intervención y de resistencia...la interdisciplinariedad en estos nuevos escenarios no solo da cuenta de una perspectiva epistemológica que trasciende las parcialidades impuestas por las improntas positivistas, sino que se convierte en condición de posibilidad para abordar la complejidad de las demandas, y a la vez permite la contención grupal de los profesionales tanto como la elaboración de alternativas políticas de conjunto”* (Cazzaniga S, 2002:5). También considero muy interesante por lo explicitado en el artículo N° 12 de la Ley Nacional de Salud Mental⁷ que vincula los tratamientos psicofarmacológicos con el abordaje interdisciplinarios. Este eje de tan importancia lo confirmo cotidianamente en mi desempeño profesional. La jefa del Servicio y mi otro compañero Médico adecuan los diversos esquemas de medicación a cómo van observando la evolución clínica de cada paciente permitiendo generar un continuo espacio de evaluación en forma interdisciplinaria (cuando realizamos las reuniones de equipo y/o encuentros de evaluación colectiva), tomando en cuenta la importancia de la generación de las redes afectivas de acompañamiento y sostén (sean o no familiares) para ir aplicando un esquema de medicación con la intención de ir reduciendo la misma farmacología a medida que el paciente va logrando estar más compensado. En dichas reuniones de equipo se va logrando una revalorización de mis aportes desde el Trabajo Social como desde los aportes desde la Psicología Clínica y del Psicoanálisis (a través de Eduardo), además de la propia especificidad Psiquiátrica que es por supuesto totalmente necesaria y pertinente. También se realizan continuos intercambios con los compañeros/as de Enfermería (José, Marcelo, Sergio, Fabián, Romina, Alejandra, etc.), de vital

transcurrir del tiempo nos permitirá ir evaluando como se produce (y con qué características) la incorporación de esta nueva compañera al equipo ya existente.

⁷ <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento224.pdf>

importancia en esta estrategia de intervención. Y destaco el aporte también de nuestra compañera de limpieza (Yanet) porque también nos comparte en algunas circunstancias, su mirada de cómo observa a tal paciente, desde su quehacer cotidiano laboral. Para mí, como Profesional de las Ciencias Sociales, es una gratificación de poder afirmar que en el Serv. 29 no existe la concepción de utilizar a la medicación como un chaleco químico. Que la medicación es un medio y no un fin en sí mismo. En fin, es concretamente una ratificación de los derechos humanos del sujeto con padecimiento mental. En el material de lectura se reflexiona muy acertadamente sobre estas situaciones.

Cuando reflexionamos desde el equipo sobre las posibilidades de concretar “ACH” vamos analizando los contextos de cada paciente: Tanto si existe o no una red afectiva (sea o no familiar) que pueda brindarle contención y acompañamiento; si el paciente cuenta con capacidades de sostener emprendimientos laborales como también su situación económica en particular; reflexionamos sobre su situación habitacional; entre otras variables. Se intenta construir un diagnóstico situacional de cada paciente en forma interdisciplinaria, haciendo visibilizar mis aportes como TS. Desde mi propia especificidad profesional considero que todo proceso de intervención y la construcción del objeto de intervención (en este caso los propios pacientes con sus múltiples situaciones problemáticas que lo atraviesan además del respectivo padecimiento mental) es construido de acuerdo al marco ideológico – teórico en la que se parte. Basándome en los aportes de diversos autores y materiales, es muy interesante lo reflexionado por la autora Margarita Rozas Pagaza (1998) y por la postura establecida desde el espacio Centro Latinoamericano del Trabajo Social. Porque generan hacia el interior de la propia disciplina del Trabajo Social un quiebre y distanciamiento con las posturas hegemónicas caracterizadas por el establecimiento de pasos metodológicos totalmente lineales, y por un determinismo positivista que pretendían reducir la propia complejidad de la realidad a su visión teórica, es decir, las realidades (múltiples y complejas) es lo que esta tendencia positivista considera como “La realidad”. La autora Pagaza Margarita Rosas de una manera muy acertada plantea que el proceso metodológico es una secuencia (no lineal y si totalmente interrelacionada) de los momentos de la inserción propiamente dicha, el diagnóstico y la planificación de las líneas de acción / de las estrategias de

intervención y su ejecución, y la respectiva evaluación continua de todo este proceso de intervención. Reafirma que la intervención profesional se realiza de acuerdo al tipo de construcción (que es complejo) del campo problemático (dimensión de la cuestión social) caracterizada en la relación (contradictoria) entre sujeto y necesidad (material o simbólica) que vivencia. Cada acompañamiento, cada intervención realizada en función de la concreción de los derechos de tal paciente con padecimiento mental, va a implicar realidades singulares, únicas e irrepetibles. Realidades que va a implicar la elaboración de diagnósticos y la construcción de líneas de acción no homogéneas, como también poder proyectar y pensar en diversos planes / estrategias de intervención para un mismo objetivo (“ACH”) que se irán evaluando y valorizando posibilidad de concreción de acuerdo a como valla transitando el paciente su proceso de salud/enfermedad/cuidado/atención y al mismo tiempo como se va generando el dispositivo de acompañamiento desde el equipo interviniente, entre otra gran variedad de variables a analizar. Considero que la realidad de los respectivos campos problemáticos expresan la esencia estructural de la cuestión social (que es el existente sistema capitalista con sus diversos modelos). Es importante sostener este análisis porque no es lo mismo como impacta un determinado padecimiento mental en un sujeto en situación de pobreza que otro sujeto cuyo núcleo familiar no vivencian las múltiples situaciones de vulnerabilidad económica / habitacional / etc. (Este eje de cómo impacta la cuestión de clase social en el padecimiento mental amerita otro artículo para poder desarrollarlo con más amplitud). Retomando los aportes de Pagaza M.R. considera que la inserción es el primer momento de acercamiento a la parte de la realidad social donde se encuentran los sujetos con sus necesidades sociales concretas (aunque destaca también que la inserción se ejerce durante todo el proceso de trabajo de intervención porque nunca se deja de insertarse en la realidad social, es decir, se da de forma continuada). Esta inserción consiste en generarse interrogantes, y de comenzar a reflexionar y problematizar la realidad social, para saber el que y como ir interviniendo profesionalmente, preguntarse y escuchar sobre las necesidades primordiales de los sujetos en la construcción del campo problemático. Es decir saber cómo se va produciendo las expresiones situacionales de la cuestión social, es decir, ir comprendiendo sobre el contexto referido a la vida de los sujetos y sus

necesidades. Coincidiendo con esta autora (como con otros colegas que parten desde una perspectiva de Trabajo Social Crítico/ contra hegemónico) considero que la construcción del Diagnóstico no cerrado, va permitir realizar una síntesis del proceso de conocimiento iniciado a través de la inserción. Toda construcción de diagnósticos sociales (de por sí nunca rígidos, cerrados y si abiertos a retroalimentarse constantemente) nos va a brindar aproximaciones de análisis que siempre va a depender del posicionamiento teórico/ideológico-metodológico en la que se parte como Trabajadores Sociales. Es decir dichas concepciones y dichos análisis nos va a permitir comprender las múltiples manifestaciones de la cuestión social. Siempre las cuestiones más estructurales, adquieren sus particularidades en la vida cotidiana de los propios sujetos con los que nos vinculamos profesionalmente. También considero como muy importantes los aportes de la Autora J. Matusevicios (2015) que plantea que las políticas públicas (en este caso las políticas públicas sanitarias vinculadas a la realidad de los padecimientos mentales y todo lo desafiante que implica su abordaje) no pueden atomizar la perspectiva integral que brinda el concepto de la Cuestión Social, no pueden fragmentar una perspectiva de lectura crítica del actual sistema de desigual imperante que es el Capitalismo. Con respecto a la instancia de la evaluación, la consideramos como equipo del Serv. 29 crucial ir haciendo la respectiva evaluación (principalmente de proceso) que nos va a ir permitiendo la recreación de las estrategias de intervención. También dicha evaluación la intento sostener en un espacio de supervisión (o co-visión como se denomina actualmente) que sostengo cada dos meses aproximadamente con la Colega María Vita (a Cargo⁸ del Departamento del Servicio Social). En las diversas supervisiones sus aportes y las reflexiones compartidas en conjunto fueron de gran importancia para ir mejorando mis propias intervenciones como por ejemplo: - reconocer que había que ampliar las líneas de acción, - de incorporar a tal sujeto familiar y / o institucional que no lo visualizaba en el devenir de mis prácticas profesionales,

⁸ Digo a cargo porque actualmente no está creado el cargo/ la estructura de Jefatura de Departamento del Servicio Social hacia el interior del Hospital J. T. Borda. Esto demuestra una concreta realidad de no revalorización hacia nuestra profesión porque es totalmente necesario concretar dicha estructura en el Organigrama Institucional. Como también es urgente la necesidad de la obtención de más cargos de Trabajo Social. Realidades que demuestran la existencia de concepciones hegemónicas en la completitud de cargos como también la evidencia de la necesidad de más presupuesto para el área de Salud Mental.

- trabajar para ir superando los propios pre juicios que fui teniendo sobre determinadas actitudes de ciertos familiares, - de ampliar la construcción de redes y puentes interinstitucionales, - etc. Pero si otro gran aporte fue el entender y comprender que uno (para evitar la rutinización en su lugar de trabajo) que uno nunca debe de dejar de insertarse en la propia Institución Hosp. J.T. Borda, en el Serv. 29 y en el Propio Dep. Servicio Social. Este aporte me pareció excelente (relacionándolo con la visión de la autora Pagaza M.) porque te estimula a intentar siempre estar atento a captar los emergentes y las necesidades latentes que van circulando en la intervención con cada paciente / familias, los emergentes de expectativas (y a veces ansiedades en el devenir de una intervención que uno mismo puede ir expresando). Como captar los múltiples emergentes que surgen en la articulación con un determinado actor institucional, como también poder ir teniendo un registro de todas las emociones que uno va vivenciando en las propias dinámicas grupales de todo equipo de trabajo. Deseo destacar que este continuo aprendizaje también lo voy logrando en el devenir de diálogo y de intercambio con las demás colegas antes o posterior de concurrir al Serv. 29 o cuando nos toca el sostener el Dispositivo de Atención de Demanda Espontánea desde el propio Dep. Del Serv. Social de este Hospital.

Retomando mi experiencia hacia el interior del equipo interdisciplinario del Serv. N° 29, intentamos llevar a la práctica (con continuos debates internos que implican también muchísimas coincidencias y también desde el respeto se sostienen puntos de vistas diferentes y en menor medida disidentes) una construcción de Salud Mental dinámica, de proceso atravesado por diferentes factores que trascienden lo puramente médico / biológico. Lo relaciono con el artículo N° 3 de esta Ley Nacional que en lo particular lo considero como una definición de carácter totalmente transformadora y contra hegemónica. Dicho artículo expresa lo siguiente: *“En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona...”*⁹. Reitero

⁹ <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento224.pdf>

mi posicionamiento de estar de acuerdo con dicho paradigma, pero en muchas ocasiones observo como la legalidad de esta Ley no se evidencia con la realidad por la no concreción de ciertos derechos (principalmente el habitacional o el de tener un trabajo digno) fundamentales para el pueblo, y en particular para las personas con padecimiento mental. Por lo cual coincido totalmente con lo expresado en el material de lectura: *“Es claro que es una definición que nos es ajena y que responde a figuras legales. Pero si lo trasladamos a nuestra práctica, no encontramos que todos los accesos a los derechos se vinculan a nuestra practica?. Por ejemplo al momento de dar un alta de una internación, la ausencia de vivienda, o la falta de insumos en los hospitales como los psicofármacos prescritos a los pacientes, acaso no son ejemplos de derechos vulnerados? Pregunta: ¿hay salud mental sin acceso al agua? Creo que es un delimitación de la definición salud mental que nos obliga a ampliar la mirada sobre como definimos la misma y qué elementos se encuentran involucrados. Pero aun así, nos guste o no, la salud mental es lo que la ley de salud mental dice (Saponaro Manuel. Clase N°1, 2020: 6).* Estas reflexiones compartidas en el material de lectura me parecen que son muy acertadas. Concretar la Salud Mental de la población, implica también pensar en nuevas formas de redistribución más igualitaria de la riqueza que la misma Sociedad genera, es decir, que haya más presupuesto para concretar la salud, la vivienda, trabajo digno, más espacios de rehabilitación en Salud Mental, entre otros derechos; para afianzar la salud mental de la sociedad en general y de los pacientes / usuarios/as con padecimiento mental en particular. Muchas veces no se aplica en forma plena la respectiva salud Mental, debido a un montón de obstáculos como la falta de decisión política para concretarlo, miradas hegemónicas expulsivas existentes en el sistema de salud que tienden a cosificar al paciente con padecimiento mental, la no existencia de que se concrete (como lo expresé anteriormente) derechos fundamentales como tener una vivienda y un trabajo digno, familias atravesadas por fragilidad en sus lazos sociales (por múltiples causas tanto coyunturales como las estructurales por ejemplo la existencia de desocupados y vulnerabilidad habitacional) no pudiendo acompañar con más continuidad el propio proceso de tratamiento, compensación y acompañamiento de tal paciente, entre otras realidades. Todos estos obstáculos, todas estas micro realidades son concretas evidencias

del recorrido crítico que hacen en general los propios pacientes en su devenir cotidiano. Recomiendo leer un muy buen artículo de la colega Milagros Cepeda (2019). Sobre los recorridos de rutas críticas de los/as paciente en general y en particular de los que vivencian padecimiento mental.

Para terminar con la articulación con esta clase, considero que la concreción de “ACH” implica también poder garantizar el TTO en la propia territorialidad de vida cotidiana del paciente. Es decir el continuo trabajo de construcción de redes interinstitucionales de diferentes ámbitos de intervención (salud, vivienda, desarrollo social, etc.) para garantizar lo establecido en el artículo 7 inc. D¹⁰. Por ejemplo estamos actualmente articulando con nuevos referentes familiares que se comprometan en acompañar a uno de los pacientes internado en un TTO específico en forma ambulatoria. Pensamos comenzar a construir un puente con equipos de salud mental del Partido de La Costa, donde es una posibilidad que el paciente pueda ir a vivir a dicha territorialidad con unos respectivos familiares y sostener el TTO en forma ambulatoria en dicho Partido. El mencionado paciente ingreso al Hosp. Borda con una Descompensación Psicótica producto de un Poli consumo Problemático de Sustancias. Por ejemplo logramos en una de las “ACH” articular con profesionales del DIAT (Dispositivo Institucional de Abordaje Territorial) de SEDRONAR Quilmes y otros dispositivos para que se sostenga cualitativamente el paciente en forma ambulatoria. Actualmente concurre solo al Hosp. Borda para garantizar un abordaje Psiquiátrico y desde el Trabajo Social como paciente de consultorios externos. Con otra experiencia de “ACH” generamos una articulación con profesionales de la Sede Central del SERONAR, pudiendo obtener una vacante para un paciente que continúa en forma más específica su TTO en una comunidad por su historial de Consumo Problemático de Sustancias, estando Psiquiátricamente ya compensado. Otra experiencia de haber logrado otra “ACH” es la de un paciente que también ingreso al Hosp. Borda con una Descompensación Psicótica producto a un consumo problemático de sustancias. Una vez logrado su compensación psiquiátrica se ha articulado con Profesionales del CPA del P. de Pte. Perón y a través de ellos con Profesionales del Serv. Social y del Serv. Salud Mental del

¹⁰ <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento224.pdf>

Hosp. Provincial de dicho Partido, garantizando su TTO en forma ambulatoria y en la territorialidad de la propia vida cotidiana del paciente. También realizamos desde este equipo continuas articulaciones con Profesionales del Dispositivo de Talleres Protegidos CABA como del PRESASIS CABA para garantizar espacios de Terapéuticos de Socialización para pacientes que están internados todavía en el Serv. 29 como pacientes externados que concurren al dispositivo de Consultorios Externos de este propio Servicio.

Estos son algunos ejemplos de cómo (desde el Equipo del Serv. 29) estamos convencidos de la importancia de lo que significa la construcción de redes tanto intrahospitalaria, como extra hospitalaria concretando (como lo mencioné anteriormente) redes interinstitucionales con equipos del ámbito de salud como de otros ámbitos de intervención como el judicial con la continua articulación con juzgados civiles, Unidad de Letrados, Órgano de Revisión, etc.; el educativo; Desarrollo Social de CABA como de diferentes Partidos del Conurbano; etc. Considero que la construcción de Redes se hace visible en los ejes principales de la Ley Nacional de Salud Mental. Sobre esta temática de Redes comparto los aportes de la siguiente autora Dabas (1998)¹¹, que reafirma una visión integral para y de logros de transformación social. Es muy importante (y lo es compartido desde el Equipo del Serv. 29) que concretar las “ACH”, son ejemplos tangibles de apostar a una transformación social en lo más micro social / en el ámbito de la vida cotidiana del propio usuario del sistema de salud mental. Mi vivencia en el Serv. 29 como en el Dep. Del Servicio Social, es que las decisiones se intentan construir en forma colectiva, es decir, la construcción de redes son ejemplos concretos de democratizar el saber porque desarticulan las pirámides jerárquicas de la toma de decisiones, y a su vez, se adquiere de las concepciones de redes un carácter de concepto de “multicentrismo”; esto lo desarrollan muy bien las autores como Findling y López (2009). Para terminar deseo citar a Rovere M.: *“Para mi esta tercera posibilidad se llama redes. Fíjensen que interesante, la homogenización es*

¹¹ La autora expresa lo siguiente: *“es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familiar, equipo de trabajo, barrio u organización, tal como la escuela, el hospital, el centro comunitario, entre otras) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos”.* (Dabas E., 1998 :17)

necesariamente autoritaria, es una compactación autoritaria de las diversidades. En vez de estos trataremos de articular heterogeneidades... Entonces al sobreimprimir las redes sobre la fragmentación voy creando o restituyendo los lazos sin recurrir a la organización jerárquica... En el modelo de sistema teníamos que homogenizar, en el modelo de redes podemos permitirnos respuestas flexibles a necesidades diversas de la gente". (Rovere M., 1999: 22/23).

El trabajo en Red, desde una perspectiva interdisciplinaria y la generación de la estrategia de fortalecer una visión de trabajo interinstitucional lo considero de vital importancia. Coincido con los aportes de las colegas Amelotti F. y Fernández Ventura N. cuando expresan que: *"Las estrategias de intervención del Trabajador Social en el ámbito hospitalario en relación a las problemáticas abordadas deben pensarse a nivel interinstitucional, ya que no consideramos posible brindar una respuesta, ante problemas complejos, sólo desde una institución de salud pública"* (Amelotti F. y Fernández Ventura N., 2012: 5). Y a su vez, toman muy acertadamente los aportes del autor Carballada A. sobre la estrategia del abordaje interinstitucional que hace mención a lo siguiente: *"no solo aportar a la reconstrucción del tejido social sino también dialogar entere sí, visibilizando el padecimiento, como manifestación de la desigualdad; al mismo tiempo que nos permite interpelarnos sobre nuestra forma de actuar, revisar nuestra intervención"* (Amelotti F. y Fernández Ventura N., 2012: 5).

Pensamos desde el Equipo ampliar con más detalle el diagnóstico con el que ingresó tal paciente, las estrategias de intervención más importantes desarrolladas para concretar las "AHC", la situacionalidad de cómo se encuentra actualmente en su territorialidad tal paciente entre otras variables a sistematizar y plasmar en un futuro escrito. Si puedo detallar en forma sintética a continuación, las principales articulaciones, construcción de puentes y trabajo en Red realizadas para concretar las respectivas "ACH" durante todo el pasado año 2020:

- Articulación principalmente con equipos interdisciplinarios de Salud Mental (y en menor medida con diversos Profesionales de Hospitales y Centros de Salud Generales) de los Municipios de: Moreno, La Matanza,

Quilmes, Berazategui, Ezeiza, Morón, Merlo, Ituzaingó, Pte. Perón, entre otros partidos del conurbano.

- Con equipos interdisciplinarios del Dispositivo DIAT (Dispositivo Interdisciplinario de Abordaje Territorial) de SEDRONAR; como una vinculación con los referentes de la sede Central de SEDRONAR para la obtención de vacantes en determinadas Comunidades.
- Articulación con equipos de trabajo de Desarrollo Social de diversos Partidos del Conurbano como de CABA. Específicamente en la territorialidad de CABA, se sostuvo un continuo trabajo con colegas del Servicio Social Zonal Sede La Boca para garantizar turnos en la Junta Evaluadora para que el paciente / usuario obtenga por primera vez el CUD (Certificado de Discapacidad) como otras gestiones; consultas con referentes administrativos del ANSES y de ANDIs (Agencia Nacional de Discapacidad).
- Con equipos interdisciplinarios de los Dispositivos de Talleres Protegidos como del Programa PREASIS de CABA.
- Comunicación con equipos de diversas Curadurías y con profesionales de determinados Juzgados Nacionales.
- Continuo intercambio con equipos interdisciplinarios de la Unidad de Letrados y del Órgano de Revisión cuya presencia es tan importante para el cumplimiento de la Ley de Salud Mental.
- Con diferentes profesionales de diversos Hospitales de CABA y de la DGSM/CABA para ir garantizado el derecho de la accesibilidad a la salud para cada paciente.
- Con diferentes referentes administrativos y profesionales de PAMI, Incluir Salud/ FACOEP y otras Obras Sociales.
- Continúa articulación intrahospitalaria para concretar diversos tipos de atención a los pacientes.

Continuando con lo presentado como trabajo final del curso de postgrado mencionado, es importante hacer una breve articulación con la clase de Historia Clínica. Al principio de mi desarrollo profesional en el Serv. 29 realizaba un registro específicamente en el apartado del Trabajo Social. Por

sugerencia de la colega (a cargo del Dep. del Servicio Social) Vita María en el espacio de supervisión mencionado anteriormente, empecé a sistematizar, a registrar todas mis principales intervenciones en el apartado de Evolución Psiquiátrica, Psicológica y Trabajo Social (especificando mi profesión en dicho apartado de la HC). Fue un cambio positivo de 180 grados. A través de dichas evoluciones fui y fuimos pudiendo leer las evoluciones realizadas desde cada especificad, permitiendo una comprensión de lo más importante de lo registrado en la HC de forma mucho más integral, en forma interdisciplinaria. Y esta visión de integralidad es un concreto aporte a mejorar la atención de cada paciente. Comparto totalmente con lo expresado en el material de lectura de este Curso: *“Otra función es mejorar la calidad de atención del paciente ya que la misma es considerada como un derecho del paciente pudiendo servir a su derecho de calidad de atención, Su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada”* (Marletta María, Saponaro Manuel: 2020, 3). También me pareció oportuno explicitar la definición estudiada en el material de lectura: *“La Historia Clínica es el documento o instrumento escrito en el que consta en forma metódica, ordenada y detallada la narración de todos los sucesos acaecidos y comprobaciones realizadas por el médico o el equipo médico, durante la asistencia de un paciente en un establecimiento público privado desde su ingreso hasta el momento de su egreso por alta o por muerte. (Patitó)... constituye el **único elemento probatorio del quehacer profesional** siendo la prueba básica y fundamental a la hora de determinar responsabilidades, administrativas, civiles o penales. De ahí la importancia de que se encuentre bien redactada, legible, completa. Además, la historia clínica constituye un elemento de comunicación y orientación entre distintos profesionales de la salud.”* (Marletta María, Saponaro Manuel, 2020: 1). Personalmente mis registros los realizo en la H. Social que voy elaborando de cada paciente como en las propias HC. Para concretar las “ACH” es fundamental (desde mi propia especificidad) la realización de Informes Sociales para poder concretar la presentación del paciente al equipo profesional con el que estamos construyendo la red (Equipos de Salud Mental de Municipios del Partido del Conurbano, Secretarías de Desarrollo Social, Equipo Unidad de letrados, Equipos de SEDRONAR, etc.). Para elaboración de un informe Social completo parto de lo sistematizado en la H. Social como de la H. Clínica. Y es

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

Deseo también hacer una pequeña relación con lo abordado en la clase sobre Ejercicio Profesional. En dicho material de lectura se expresa lo siguiente: *“Como han visto, tanto para la medicina como para la psicología, su reconocimiento social y legal ha sido fruto de constantes reclamos. Otras disciplinas afines han pasado por idéntica situación. Aun hoy la práctica de enfermería se encuentra en la búsqueda de su reconocimiento pese a ser una actividad previa a muchas de las que han podido regularizar su situación. Las leyes de ejercicio profesional son la conclusión de una búsqueda de autonomía y de reconocimiento de un campo de saber”*. (Meizoso Natalia, Saponaro Manuel. Clase N°2: 2020, Pag. 20). Tal cual como dice este muy buen material de lectura, la concreción de leyes relacionadas con la Disciplina del Trabajo Social, es una parcial conclusión de ir concretando una mayor autonomía y reconociendo de esta especialidad, de una forma de pensar la realidad social con sus múltiples situaciones problemáticas, y que problematice dichas

realidades. Nuestra ley Federal del trabajo Social N° 27072¹² plantea en su artículo N° 4 y el artículo N° 9 el ejercicio profesional y las respectivas incumbencias. *“ARTÍCULO 4° — Ejercicio profesional. Se considera ejercicio profesional de trabajo social la realización de tareas, actos, acciones o prácticas derivadas, relacionadas o encuadradas en una o varias de las incumbencias profesionales establecidas en esta ley, incluyendo el desempeño de cargos o funciones derivadas de nombramientos judiciales, de oficio o a propuesta de partes, entendiéndose como Trabajo Social a la profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar. ... ARTÍCULO 9° — Incumbencias profesionales. Siempre en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales, los/as Licenciados/as en Trabajo Social están habilitados para las siguientes actividades profesionales dentro de la especificidad profesional que les aporta el título habilitante:*

1. *Asesoramiento, diseño, ejecución, auditoría y evaluación de:*
2. *a) Políticas públicas vinculadas con los distintos ámbitos de ejercicio profesional, tales como hábitat, salud, desarrollo social, discapacidad, educación, trabajo, medio ambiente, justicia, niñez y adolescencia, economía social, violencias sociales, género, minorías étnicas, ancianidad y adicciones, entre otros;*
3. *b) Planes, programas y proyectos sociales;*
4. *c) Diagnósticos familiares, institucionales, comunitarios, estudios de impacto social y ambiental;*
5. *d) Proyectos institucionales y de organizaciones sociales, sean éstas gubernamentales o no gubernamentales.*

6. *Integración, coordinación, orientación, capacitación y/o supervisión de equipos de trabajo disciplinario, multidisciplinario e interdisciplinario, aportando elementos para la lectura e identificación de la situación abordada, incorporando los aspectos socioeconómicos, políticos, ambientales y culturales que influyen en ella, y proponiendo estrategias de intervención.*
7. *Elaboración de informes sociales, informes socioeconómicos, sociosanitarios y socio-ambientales, informes situacionales y/o periciales.*
8. *Intervención en contextos domiciliarios, institucionales y/o comunitarios.*
9. *Elaboración de pericias sociales en el ámbito de la Justicia, ya sea como peritos oficiales, de parte, mandatario y/o consultor técnico.*
10. *Intervención profesional en instancias o programas de mediación.*
11. *Intervención profesional como agentes de salud.*
12. *Dirección y desempeño de funciones de docencia de grado y posgrado, extensión e investigación en el ámbito de las unidades académicas de formación profesional en trabajo social y en ciencias sociales.*
13. *Desempeño de tareas de docencia, capacitación, investigación, supervisión e integración de equipos técnicos en diferentes niveles del sistema educativo formal y del campo educativo no formal, en áreas afines a las ciencias sociales.*
14. *Dirección, integración de equipos y desarrollo de líneas y proyectos de investigación en el campo social, que contribuyan a:*
15. a) *La producción de conocimientos en trabajo social y la profundización sobre la especificidad profesional y la teoría social;*
16. b) *La producción de conocimientos teórico-metodológicos para aportar a la intervención profesional en los diferentes campos de acción;*
17. c) *La producción de conocimiento que posibilite la identificación de factores que inciden en la generación y reproducción de las problemáticas sociales y posibles estrategias de modificación o superación.*
18. *Participación en asesoramiento, diseño e implementación de nuevas legislaciones de carácter social, integrando foros y consejos de promoción y protección de derechos.*

19. Dirección y administración de instituciones públicas y/o privadas en diferentes niveles de funcionamiento y decisión de las políticas públicas¹³.

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

Es decir con estas experiencias no se produce esta tradición histórica hegemónicamente establecida de que el Trabajador Social es un Mero Asistente Social y es auxiliar "de". Desde la especificidad del Trabajo Social se está haciendo hincapié en la concreción de un enfoque de derechos. El autor Carballada A. expresa muy acertadamente lo siguiente: *"En procesos de intervención social es posible visibilizar esas cuestiones desde algunos dispositivos que apoyan la reconstrucción de los lazos sociales en términos de reciprocidad, integración, identidad y pertenencia. Es allí donde el otro se hace necesario para la construcción de identidad. De allí que en la relación con éste se construye una forma de responsabilidad que integra y sostiene lo social desde el lazo"* (Carballada A. 2016: 4). Al apostar a la concreción de los derechos humanos de un paciente, es apostar a la recuperación de sus lazos sociales como también es a que se cumpla lo establecido por las propias leyes existentes. Es aportar a la propia salud mental de los pacientes con los que nos

¹³ <https://www.trabajo-social.org.ar/ley-federal/>

vinculamos profesionalmente, y tratar de ir reduciendo y disminuyendo la “fractura de los lazos sociales”, parafraseando a Castell (1977).

Al hablar de Derechos deseo relacionarlo con lo trabajado en la clase sobre los Derechos de los Pacientes. La actual Ley Nacional de Salud Mental hace lugar a la importancia de los derechos de los Pacientes. Considero que fue un gran avance en el campo jurídico de derechos, la concreción de la Ley N° 26529 (Ley de Derechos de los Pacientes) y sus posteriores modificaciones. Su artículo N° 2 establece, como derechos esenciales de los pacientes en su relación con los equipos de Instituciones de salud, los siguientes: - Asistencia, - Trato Digno y Respetuoso, - Intimidad, - Confidencialidad y- autonomía de la voluntad. Considero que en su conjunto son fundamentales su puesta en la práctica, su concreción. En las reuniones como equipo del Serv. 29 reflexionamos sobre nuestras intervenciones para poder mejorar aún más la concreción de dichos derechos, y de ellos es el respetar la autonomía de la voluntad de cada uno de los mismos. Nos ha pasado que en el desarrollo de las diversas estrategias terapéuticas que se piensan desde el equipo y se les va proponiendo a los pacientes, sucede que en algunos momentos no están de acuerdo. Por ejemplo en aceptar ir a una comunidad de SEDRONAR, en aceptar participar en los Dispositivos de PREASIS, en gestionar el Dispositivo de AT (Acompañante Psicoterapéutico), etc. Esto es de un total aprendizaje en mi quehacer profesional y en el mismo equipo. Primero comprender que los tiempos planificados como equipo tienen que ir respetando los tiempos de cada uno de los pacientes. De ahí considero la importancia de un abordaje singular de cada situación y no de una homogenización impuesta (como lo desarrollé anteriormente en la construcción de un diagnóstico social presuntivo). Esto implica ser estratégicos en lo planteado como concepción terapéutica. En comprender que la necesidad tiene que ser más una demanda del paciente y no “del equipo hacia el paciente”. Esto no quita (como nos sucedió en algunas situaciones) que deseábamos que el alta de un paciente se logre con más actores instituciones interviniendo, pero dicho paciente (ya compensado psiquiátricamente y con un tipo de modalidad de internación voluntaria) tiene su derecho de solicitar su salida del Hospital y continuar su TTO en forma ambulatoria y con el acompañamiento de la familia. Es decir, lo primordial es lograr brindarle a cada paciente en su proceso de alta un abanico de recursos

y actores institucionales en los que se vinculará para garantizar que el TTO ambulatorio sea lo más positivo posible para el mismo. Otra faceta que se puede mencionar es que los pacientes mientras están en el Serv. 29 están conviviendo. Para que dicha convivencia sea lo más respetuosa posible intentamos llevar a la práctica el Dispositivo de Asamblea para abordar las cuestiones de convivencia y de grupalidad. En dichas instancias tratamos de respetar el derecho de la confidencialidad de cada paciente, porque algunos plantean sus malestares y/o quejas en forma individual y no en dicho Dispositivo de Asamblea. En dicha ocasión intentamos como equipo re significar y recrear nuestras intervenciones para abordar dichos conflictos sin mencionar a tal o cual paciente. Como estratégicamente deseamos generar espacios de encuentros grupales (impendidos en gran parte del 2020 e intentando sostenerlos en la actualidad con las medidas de prevención necesarias) donde intentamos que la palabra vaya circulando y se pueda ir afianzando la comunicación y los vínculos entre los propios pacientes (tomando en cuenta la diversidad de los diagnósticos y los cuadros patológicos en salud mental que vivencian cada paciente). También consideramos de vital importancia tanto la comunicación verbal como también la gestual como otras de las formas importantes de expresión humana¹⁴. El ampliar la capacidad de escucha y de captación de los respectivos lenguajes que van expresando cada paciente y sus familias, es de vital importancia para lograr la recreación y renovación de los diagnósticos clínicos/psiquiátricos; psicológicos y sociales familiares que se realicen desde la especificidad de cada profesión y en forma interdisciplinaria.

Pacientes con cuadros de Psicosis u otros cuadros patológicos y el desafío de construir instancias de grupalidad, puede generar el desafío de realizar otro artículo de lo vivenciado hasta la actualidad en el Serv. 29. Mínimamente deseo comentar (relacionándolo con los aportes del autor Sartre P.) y apreciar que dicho autor plantea el pasaje de una etapa de serialidad a la constitución del grupo. Rosenfeld cita a JP Sartré que expresa lo siguiente: *“la serialidad es el*

¹⁴Con respecto a las diversas formas de comunicación lo relacionamos con los aportes de **Watzlawick y otros** (1973) que plantean 5 axiomas que constituyen y forman parte del proceso meta comunicacional. Postulan que toda acción es comunicación, y que es imposible no comportarse, por lo tanto también es imposible no comunicarse. Un segundo axioma, plantea que los seres humanos tienen la capacidad de poder comunicarse tanto analógicamente como también digitalmente, es decir, tanto de forma verbal como no verbal.

tipo de relación humana en el cual cada miembro aparece como sustituible por otro, o sea, como indiferenciado” (Rosenfeld D, 1972: 21). Por lo tanto, lo que habilitaría el traspaso de serie a grupo sería la interacción. A esto apostamos, a fortalecer los propios espacios e interacción social entre los propios pacientes, entre ellos con el equipo tratante y con pacientes de otros servicios de internación; como también con sus respectivos referentes afectivos (sean o no familiares). Desafío que nos planteamos también a pesar de todas las dificultades y contratiempos que se van planteando en el servicio 29 por los continuos emergentes que van surgiendo en la dinámica de trabajo. Cuando deseamos ir construyendo desde el equipo “ACH” en conjunto con tal paciente, es un apostar concretamente al fortalecimiento de la propia interacción social del paciente.

Otras de las clases de estudio que me pareció muy interesante es la relacionada con la Internación en Salud Mental. La ley Nacional de Salud Mental (con todos los debates internos que ha generado en el ámbito de la atención de pacientes con padecimiento mental) ha generado cambios significativos conceptuales con respecto a las modalidades de la internación. Es interesante lo explicitado en varios tramos del material de lectura: *“Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente”* (Pozo Gowland Rafael, 2020: 2).

Este fue uno de los principales objetivos planteados desde el equipo para aquellos pacientes que al no estar en condiciones de alta Hospitalaria y en el reciente contexto de Pandemia y sin poder sostener reuniones familiares (principalmente en los primeros meses), el sostenimiento de los vínculos sociales de cada paciente. También se expresa lo siguiente: *“La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios... Las restricciones deben ser excepcionales, debidamente fundadas por el equipo interdisciplinario, y deberán ser informadas al juez competente”* (Pozo Gowland Rafael, 2020: 2). Hemos intentando desde el equipo poder ir respondiendo al juzgado civil competente cada 30 días si las internaciones son de modalidad involuntaria; como también, si las internaciones

son voluntarias (cada 60 días) responder al Juzgado interviniente y avisando y articulando con el Órgano de Revisión. También hemos logrado desde el equipo una vinculación constante con el equipo interdisciplinario de Unidad de Letrados como también lo plantea la ley. Continuando la vinculación con este apartado de la clase teórica, lo relaciono con la importancia como estrategia de intervención planteada desde el Equipo, de concretar el objetivo de evitar lo máximo que se pueda la cronificación del mismo paciente y lograr “ACH” si los criterios terapéuticos interdisciplinarios lo ameritan y lo avalan. Considero que se ha logrado un dinamismo en el propio Serv. 29 logrando (a pesar de este contexto de Pandemia) 10 altas aproximadamente a lo largo del año 2020 con la intención de que sean cuidadas, es decir, trabajadas en función de cumplir los Derechos de los Pacientes. Siguiendo con la temática de esta clase referido a las Internaciones me pareció desde lo personal muy interesante lo expresado en el material de lectura sobre el concepto Riesgo Cierto e inminente: *“el decreto reglamentario lo define como “aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros”. El mismo genera un cambio significativo en la práctica clínica ya que implica un cambio con respecto al paradigma anterior, ligado al concepto de peligrosidad. Este cambio de paradigma representa una modificación importante en lo que hace al abordaje en salud mental, lo cual no es menor teniendo en cuenta que una internación involuntaria representa una privación de la libertad necesaria para garantizar el derecho a la salud. El anterior concepto de “peligrosidad”, definía a la persona y no a una circunstancia específica, dejando de lado la subjetividad y focalizándose en determinado diagnóstico, lo cual implicaba entender a la salud mental desde una concepción estática. La idea de riesgo cierto e inminente, en cambio, remite a una circunstancia puntual de salud. La intervención entonces ya no apuntará a neutralizar el peligro, si no al beneficio terapéutico de la persona (Glanc, 2019)”* (Pozo Gowland Rafael, 2020: 12). Este aporte que hace la ley no incluye a todo el sujeto considerándolo como peligroso, sino a ciertas circunstancias puntuales de salud en el mismo sujeto. En lo personal coincido que cuando se considerase a todo el sujeto como peligroso, se construyen las condiciones materiales y simbólicas para que el Estado pueda generar la

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

es un grado suficiente de independencia, puesto que sólo sobre esta base los pacientes, con nuestra ayuda, pueden renovarse y pasar a un estado de mayor integridad y por lo tanto de autonomía” (Cooper D.,1972: 124). Es un punto clave, apostar al fortalecimiento de un mayor proceso de auto valorización, autodeterminación y autonomía de cada paciente (tomando en cuenta sus singularidades). Como equipo del Serv. 29 queremos intentar siempre partir de valores humanísticos que nos orienten y sean el faro de nuestras intervenciones profesionales. Intervenciones que en lo personal deseo que no reproduzcan los denominados galpones¹⁵ donde prevalece la fractura, las fragmentación social no solo de la población a la que estamos atendiendo, sino también evitar la fragmentación hacia el interior del mismo equipo de trabajo. Una de nuestras identidades que nos permite ir fortaleciendo nuestro propio equipo de trabajo, es esta concepción de los valores de humanización en nuestras intervenciones, en nuestras perspectivas de trabajo y abordaje profesional.

Estamos en estos momentos evaluando la posibilidad de ir generando la realización de los pasos correspondientes (y trabajándolo en forma conjunta con un paciente) para lograr una nueva Alta Hospitalaria. Y se está evaluando (sin haberse tomado hasta la fecha una decisión definitiva) hacia el interior del equipo del Serv. 29, con profesionales del Órgano de Revisión, la posibilidad de poder solicitar al Juzgado Civil Interviniente que designe ciertos apoyos necesarios para fortalecer la autonomía de un paciente actualmente internado con modalidad de internación voluntaria. Se relaciona con la muy buena clase dedicada a la temática de la Capacidad Civil. La posibilidad de generar un modelo de apoyo ante la posibilidad de que en el ejercicio de su plena capacidad puede resultar un daño para su persona y/o bienes. Esto se relaciona con los aportes del nuevo Código NCyC (por ejemplo los artículos 32, 43, etc.) donde salvo excepciones o casos particulares, las restricciones son de la capacidad de ejercicio (capacidad de hecho que es la capacidad de ejercer su capacidad de derechos por sus propios actos) y no de la capacidad de derecho (que se la entiende como la capacidad de ser titular de los

¹⁵“La metáfora del galpón, nos permite nombrar lo que queda cuando no hay institución: una aglomeración de materia humana sin una tarea compartida, sin una significación colectiva, sin una subjetividad capaz común. Un galpón es lo que queda de la institución cuando no hay sentido institucional”(Lewcowicz I. y Corea C, 2004: 106-107)

derechos jurídicos que le son reconocidos). Considero que esta clase me resultó muy importante para profundizar en la importancia y su implementación del Modelo de Apoyo ante una lógica hegemónica tutelar como lógica de control.

Con respecto a la lectura de la clase de Discapacidad comparto con el paradigma del Modelo denominado Social con respecto a la Discapacidad muy bien desarrollado en el material de lectura: *“El tercer modelo es el denominado social, en relación a dónde ubica las causas de la discapacidad. Parte de una valoración de la diferencia y de que las personas con alguna discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto. Este paradigma se encuentra muy alineado a los derechos humanos, la dignidad, la igualdad, la libertad y la inclusión social. Hace hincapié en la no discriminación, la autonomía de las personas, y la accesibilidad universal, eliminando las barreras que generan diferencias en términos de oportunidades. Este modelo surge a partir de una larga lucha que tiene como uno de sus principales logros la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”* (Pozo Gowland Rafael, 2020: 5). Esto es lo que deseamos como equipo del Serv. 29, reducir lo más que se pueda las barreras existentes en una sociedad para que un paciente compensando y en continuidad de su TTO pueda desarrollar su vida en forma lo más autónoma posible y sostener un TTO ambulatorio. Es una forma también de aportar al cambio cultural para no anormalizar y etiquetar / rotular a los pacientes con padecimiento mental como desviados / anormales/ peligrosos/ etc. Comparto con lo muy bien desarrollado por el autor Rist Ray cuando expresa lo siguiente: *“Si se insiste sobre la naturaleza de proceso de Desviación, a cualquier desviado concreto se le verá como alguien atrapado, definido, segregado, etiquetado y estigmatizado... Objetivos principales de la perspectiva del etiquetado, demostrar que las fuerzas de control social con frecuencia tiene la consecuencia intencionada de hacer a las personas definidas como desviadas, aún más firmes en su desviación, debido a la estigmatización del etiquetado”.* (Pay Rist, 2020: 3).

Estos procesos de etiquetación conducen y retroalimentan los procesos de desubjetivación, concepción muy bien abordada por los autores Duschatzky

y Corea¹⁶. Queremos como equipo siempre reivindicar a ese sujeto singular que atraviesa un determinado / s padecimiento mental, ampliar la mirada de comprensión de las múltiples dimensiones (sociales, culturales, económicas, habitacionales, etc.) que atraviesan el proceso de salud / enfermedad / cuidado / atención. Lllamarlo por su nombre que es una mínima forma de anclar en el presente su historicidad y afianzar su yo (aunque sea frágil por el cuadro patológico que presenta), pero nunca dejar de fortalecerlo. Deseo hacer mención explícitamente al aporte realizado por el autor Goffman E: *“La despedida implica el desposeimiento de toda propiedad, importante porque las personas extiende su sentimiento del yo a las cosas que les pertenecen. Quizás la más significativa de estas pertenencias – el propio nombre- no es del todo física. Comoquiera que una fuese llamado en adelante, la pérdida del propio nombre puede representar una gran mutilación del yo”* (Goffman E., 2001:31).

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

Para terminar con este trabajo final, haber transitado un año marcado por la Pandemia, deseo resaltar la importancia de las propias acciones de APS (Atención Primaria de la Salud), que se fue construyendo en forma conjunta con los propios pacientes del Servicio, en función de prevenir cuadros de COVID19. Por este eje de análisis considero que amerita otro artículo a desarrollar, citando a un conjunto de autores y corrientes sanitarias (en los que concuerdo) que reivindican dicha Estrategia de APS en cualquiera de los niveles de atención (en nuestro caso es un Nivel 3 de atención). Hasta el día de la fecha se ha logrado que ningún paciente del Servicio haya contraído la

¹⁶Las autoras consideran la desubjetivación como: *“un modo de habitar la situación marcada por la imposibilidad, estar a merced de lo que acontezca habiendo minimizado al máximo la posibilidad de decir no, de hacer algo que desborde las circunstancias. Se trata de un modo que despoja al sujeto de la posibilidad de decisión y de la responsabilidad”...“posición de impotencia, a la percepción de no poder hacer nada diferente con lo que se presenta”* (Duschatzky, S y Corea, C, 2009:73)

infección del COVID 19. Este nos estimula a seguir redoblando las fuerzas para fortalecer las respectivas estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, y que se logre una ampliación de la capacidad de empoderamiento de los propios actores involucrados. Comparto con lo expresado por la autora Restrepo Elena sobre este eje: *“La promoción de la salud no es propiedad de ningún sector en particular, por consiguiente, todos los sectores son responsables de mejorar la salud y el bienestar de la población. Las acciones y políticas que contribuyen a esta meta deberán ser reconocidas y hacer visibles por el sector de la salud. La exclusión social está aumentando a nivel mundial y es grandemente responsable de la presencia continua de la falta de equidad en salud”*. (**Restrepo Elena**, 2000: 26-27).

CONCLUSIONES

A lo largo del desarrollo de este trabajo, me fueron surgiendo diversos ejes a desarrollar en futuros nuevos escritos. Como ideas disparadoras que deseo compartir es que, siempre (más allá de la realidad situacional institucional que nos atraviesa) es posible apostar a que se multipliquen las lógicas instituyentes. Autores como Lapassade y Lourau¹⁷ realizan un excelente análisis y abordaje sobre las lógicas institucionales. Plantean la importancia de superar las posturas dualistas anti dialécticas para poder ver no como entidades separadas tanto las instituciones como las relaciones sociales. A la Institución la definen como: *“...institución en cuanto forma que adopta la reproducción y la producción de relaciones sociales en un modo de producción dado...”* *“...la institución es el lugar en donde se articulan, se hablan, las formas que adoptan las determinaciones de las relaciones sociales”* (Lapassade G. y Lourau R., 1977: 60-61). Considero que las determinaciones no son determinismos, porque siempre los sujetos en sus prácticas institucionales pueden reformar y transformar lo instituido, lo determinado, pueden apostar a que se potencialicen las lógicas instituyentes. Esto es lo que considero muy importante a plasmar en todas las instituciones donde nos desenvolvemos como Trabajadores Sociales, en fin, en todas las dimensiones de nuestras

¹⁷ **Lapassade Georges y Lourau René**. Claves de la Sociología. Barcelona, Editorial Laia, 1977.

vidas. Tomando los aportes de M. R. Pagaza (1998), plantea que si bien el sujeto es generador de sus prácticas cotidianas de reproducción de su existencia (reproduciendo lo que hegemonícamente está establecido) no es un simple “reproductor como lo dado desde lo macro estructural”, sino que tiene la capacidad de ser un sujeto con su propia voz autónoma, dinámico y con la posibilidad de aportar (en su reproducción de acciones cotidianas) a la transformación de su situación de inequidad.

Reafirmo los lineamientos generales de la Ley de Salud Mental. Pero si es necesario prestarle atención y rechazar la postura de que con el deseo de una Desmanicomialización se tenga que cerrar los Hospitales. Esta posibilidad me generan varias preguntas abiertas, varias incertidumbres. Personalmente considero que sí se tiene que avanzar con los proyectos de la Desmanicomialización de cualquier Hospital “Psiquiátrico”, pero este proceso (como lo explicité en una de las notas al pie de este artículo) “no” puede y “no” corresponde una Des hospitalización. Es decir con el discurso de la Desmanicomialización no podemos darle lugar a los intereses de grupos económicos concentrados que lo que desean son los cierres de Hospitales para utilizar sus tierras y transformarlas en negocios inmobiliarios y /o beneficios para la lógica de los negocios del capital financiero. No se puede perder ni un puesto de trabajo con el cierre de Hospitales en post de dicho discurso, no se puede perder ni un metro cuadrado destinado a Hospitales de Salud Pública. Comparto totalmente por lo expresado por la autora Faraone S. (1993) que si hay que transformar el Hospital Psiquiátrico pero esto no implica una des hospitalización. La autora expresa lo siguiente: “2.1.1 *La desinstitucionalización como política de des hospitalización. El significado de desinstitucionalización significaba programas de reducción económicas y una de las primeras operaciones consecuentes de una política de ajuste*” (Faraone S., 1993: 5). La ley de Salud Mental es una guía totalmente progresista y reivindicadora de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. Pero dicha ley tiene que estar acompañada (como lo explicité en este artículo) por un concreto aumento de presupuesto para concretar la generación de Centros de Días, Hospitales de Días y otras instancias de abordaje terapéutico. Como también la generación de una política de vivienda digna y generación de empleo digno para las personas con padecimiento mental, y

poder garantizar muchas más “ACH”. Donde se logre concretar el objetivo de que las internaciones sean lo más cortas posibles, es decir, evitar las internaciones crónicas. Si considero que es necesario un Hospital focalizado en la atención de pacientes con padecimiento mental ya que muchos cuadros implican una estrategia de compensación que no se puede sostener en Hospitales Generales en sus dispositivos de guardia. Pero al mismo tiempo este Hospital tiene que transformarse de raíz y concretar realmente las perspectivas de desmanicomialización (siendo muy interesantes estudiar y aprender de procesos y experiencias en marcha y / o ya realizadas). Un Hospital que ofrezca una gran variedad de proyectos terapéuticos donde se concrete su alta cuidada lo más pronto posible (evitando por lo cual la mencionada y tan lamentablemente existente cronificación). Muy positivamente plantea (para lograr la transformación de los Hosp. Psiquiátricos) la autora Faraone S¹⁸. lo siguiente: *“no es posible hablar de desinstitucionalización si no se transforman sustancialmente las prácticas instituidas y por lo tanto legitimadas desde el orden institucional y social”* (Faraone S, 1993: 7). También me parece muy pertinente la siguiente mención: *“Desinstitucionalizar-transformar el paradigma. Nos referimos e este punto al transformación del conjunto de supuestos que constituyen las prácticas psiquiátricas instituidas basadas en la legitimación del paradigma positiva que contribuye a la fragmentación y dispersión de un sujeto, abordando la enfermedad como un hecho aislado, individual, creándose por lo tanto un objetito ficticio escindido del cuerpo o tejido social aceptado, y a partir del cual el control social establecido controla la desviación...”* *“Las prácticas desinstitucionalizadoras deben... transformar este paradigma que crea y sostiene la institución psiquiátrica como Institución asilar – custodial, por otro que privilegie la existencia de un conjunto de factores socio – económicos -culturales y familiares como determinantes de un proceso de enfermedad”* (Faraone S., 1993: 7). Esta perspectiva tan bien desarrollada por la autora, es lo que humildemente y con todo lo que tenemos que seguir aprendiendo como profesionales, como equipo del Serv. 29, intentamos aportar (a pesar de una variedad de obstáculos de diferentes tipos) con la estrategia de la concreción

¹⁸ Ídem

de las Altas Cuidadas Hospitalarias. Destaco que luego de estas altas concretadas, si en algunos de los pacientes vivenciaron diversas inestabilidades y ciertas descompensaciones que por el momento se han logrado sostener con el TTO en forma ambulatoria y /o en la Institución al que fue derivado.

También considero fundamental (para ir logrando la concreción de la Ley de Salud Mental) que hoy por hoy, en el Hosp. J. T. Borda, se pueda concretar (siendo totalmente necesario y pertinente este reclamo) la incorporación de muchas/os más Profesionales del Trabajo Social, porque hay una enorme cantidad de población internada (en aquellos servicios de internación donde no hay TS) que se podrá con nuestra propia presencia y especificidad, producirse las altas hospitalarias a través de un trabajo en red con múltiples actores instituciones (como lo fuí expresando en el desarrollo de este artículo). Personalmente estas ideas que plasmo no son ideas /concepciones fijas, cerradas y rígidas. Como lo compartí en estos últimos tiempos con varias colegas del Hospital J.T. Borda, deseo y deseamos seguir aprendiendo a través del intercambio y el debate respetuoso y democrático, con respecto a este tema de la Desmanicomialización como de otros temas. En fin, esta realidad de los procesos de desmanicomialización amerita la realización de un nuevo artículo.

La clave es el pensar en forma colectiva para seguir aprendiendo y brindarle la mejor atención a pacientes/ usuarios que atraviesan un concreto padecimiento mental.

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

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

Bertold Brecht.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

<http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento224.pdf>

<https://www.trabajo-social.org.ar/ley-federal/>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Marletta María, Saponaro Manuel. (2020). La Ley de Salud Mental. Material de Lectura de la Clase N° 7 Curso de Formación Profesional “Aspectos Legales

para la Práctica Diaria en Salud Mental”. Talleres de Rehabilitación en Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA.

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

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

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

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

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

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

Restrepo Helena H. “Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud”, En Quinta

conferencia mundial de promoción de la salud. Ciudad de México, Informe Técnico N° 4. Del 05 al 06 de junio, 2000.

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

Rovere M. (1997). “Planificación Estratégica en Salud; acompañando la democratización de un sector en crisis”, En Cuadernos Médicos Sociales. Recuperado de: <https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2013/09/planificacic3b3n-estratic3a9gica-acompac3b1ando-la-democratizacic3b3n-de-un-sector-en-crisis.pdf>

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

Tobón M. Rottier N. y Manrique A. La práctica profesional del Trabajador Social (Guía de análisis). Editorial Hvmánitas/**Centro Latinoamericano de Trabajo Social**, 1ªedición, Lima.

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

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