

Las ideas de usuarias en situación de internación en salud mental sobre su futura externación. Estudio de caso del Servicio Pinel A del Hospital Braulio A Moyano.

María Florencia Sánchez y Julián Agustín Ferreyra.

Cita:

María Florencia Sánchez y Julián Agustín Ferreyra (2019). *Las ideas de usuarias en situación de internación en salud mental sobre su futura externación. Estudio de caso del Servicio Pinel A del Hospital Braulio A Moyano. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-023/427>

“Las ideas de usuarias en situación de internación en salud mental sobre su futura externación. Discusiones principales sobre un estudio de caso”

- **Apellido y Nombre de las/os autoras/es:** - Lic. María Florencia Sánchez (UBA)
- Lic. Julián Agustín Ferreyra (CONICET - UBA)
- **Institución/es:** UBA/ CONICET – UBA
- **Dirección/es de correo/s electrónico/s:** mfsanchez88@gmail.com/
julian_ferreyra@hotmail.com
- **Eje Temático:** “Eje 4: Poder, Conflicto, Cambio Social”
- **Nombre de mesa:** “Mesa 79: Las Ciencias Sociales ante las problemáticas de Salud Mental en Argentina. Alcances y desafíos para la formación en Sociología”
- **Resumen:** La siguiente ponencia introduce para su discusión los resultados principales de una tesis de grado de Licenciatura en Psicología de la UBA, cuyo objetivo general fue explorar las ideas de usuarias en situación de internación en salud mental (SM) en un servicio del Hospital Moyano, acerca del proceso de externación. Se trata de un estudio de caso de tipo exploratorio con una metodología cualitativa en la cual se entrevistaron a usuarias internadas en dicho dispositivo. Este trabajo se enmarca dentro de la medicina social-salud colectiva latinoamericanas, adhiriéndonos a las normativas vigentes en el campo de la SM. Se seleccionaron dentro del marco teórico los siguientes conceptos: “proceso de externación” y “usuari@s en SM” que se encuentran presentes en el Plan Nacional de SM de la Argentina (Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Desde este posicionamiento, la externación no se concibe como un estado a alcanzar o un momento aislado, sino más bien como un proceso, entendiendo así también a la salud-enfermedad-atención-cuidado. A partir de los resultados obtenidos se observó que, a pesar de la escasa información que poseen, tienen ideas y pueden asociar los dispositivos a dicho proceso; reconociéndolo como posibilitador de una externación. Se pudo dar cuenta de los distintos obstáculos y dificultades que reconocen con respecto al mismo. Se considera importante discutir la falta de información que ellas tienen al respecto y el deseo de poder volver a hacer usos de sus derechos.
- **Palabras Claves:** Proceso de externación. Salud Mental. Idea de Usuarias. Trayectoria. Internación.

1. Introducción

La presente ponencia tiene el objetivo de comunicar los resultados principales de una Tesis de Licenciatura en Psicología sobre las ideas acerca del proceso de externación desde la perspectiva de las usuarias de un hospital monovalente público de C.A.B.A. Esto, a los fines de presentar los principales ejes de la discusión allí abordada y profundizar en ellos.

Como objetivos específicos, se indaga acerca de las trayectorias recorridas, el nivel de conocimiento acerca de los dispositivos y/o programas existentes; los obstáculos que pudieran percibir y las propuestas e ideas en torno a su proceso. Se plantea como hipótesis de trabajo que las usuarias de dicho servicio suponen que el proceso de externación les permitirá recuperar el ejercicio de sus derechos como ciudadanas. Se interrogará acerca de las ideas e información que poseen al respecto.

Se partirá desde los fundamentos establecidos por el Plan Nacional de Salud Mental y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657; que proponen la transformación del sistema manicomial a través de un abordaje profesional interdisciplinario con base en la comunidad, preferentemente por fuera del ámbito de la internación. Asegurando el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, considerándolas sujetos con pleno goce para ejercer sus derechos y promoviendo el reforzamiento de los vínculos sociales.

Para poder llevar a cabo esta investigación, se realizó un estudio de caso de tipo exploratorio utilizando una metodología cualitativa, en la cual se entrevistaron a usuarias del Servicio Pinel A del Hospital Braulio A Moyano. Se utilizó como herramienta de recolección de datos entrevistas semi estructuradas, las cuales fueron realizadas a seis usuarias que forman parte de dicho servicio. Los resultados obtenidos muestran que, si bien casi todas las usuarias tienen escasa información o nula acerca de lo que específicamente es un proceso de externación, si es concebido por ellas como un “estar fuera del hospital”, es decir cómo lo contrario a una internación. Consideran que les posibilitará ir recuperando el ejercicio de algunos de sus derechos vulnerados (libertad, trabajar, socializar, etc); y una posible re-inclusión en distintos espacios sociales. También fue posible desprender ciertos elementos interesantes de los resultados obtenidos, que se intentarán abordar en la discusión: la concepción que la mayoría de las usuarias entrevistadas tiene acerca de la Salud Mental (mayormente atravesada por una lectura medicalizante), la falta de recursos con base en la comunidad que permitan contemplar los componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos que protege la LNSM; y que son necesarios para poder llevar a cabo y sostener una externación; como así también el estigma social que ellas reconocen por estar institucionalizadas en un hospital psiquiátrico.

Se presentarán para la discusión específicamente los siguientes ejes: la falta de información de las usuarias acerca de los programas y/o dispositivos existentes por fuera de este servicio; y la externación como posibilidad de recuperar sus derechos vulnerados y los vínculos sociales.

2. Objetivos y supuestos

Objetivo General

Explorar las ideas de usuarias en situación de internación en SM del Servicio Pinel A del Hospital Braulio A Moyano, acerca del proceso de externación.

Hipótesis de trabajo:

Las usuarias que están transitando su proceso de externación tienen ideas propias al respecto.

Objetivos específicos:

1. Investigar acerca de la trayectoria de vida previa a su internación, como así también el motivo por el que fueron institucionalizadas.
2. Indagar el nivel de conocimiento acerca de dispositivos, espacios y recursos existentes relacionados con los procesos de externación.
3. Interrogar, si hubiera, dificultades, barreras u obstáculos percibidos en torno a la externación.
4. Indagar la existencia de ideas o propuestas por parte de los usuarios en torno a su propio proceso de externación.

Supuestos de trabajo:

1. Los procesos de internación tienden a invisibilizar u omitir ciertos aspectos significativos de las trayectorias previas de los usuarios.
2. Las usuarias tienen conocimiento acerca de los distintos espacios y recursos disponibles y posibilitadores de su externación,
3. Las usuarias perciben dificultades en cuanto a los efectos del proceso de externación, que dificulta el retorno a otros espacios sociales.
4. Las usuarias tienen ideas, propuestas y preferencias acerca de cómo abordar su propio proceso de externación.

3. Marco Teórico

Este trabajo se enmarca dentro de la medicina social-salud colectiva latinoamericanas, adhiriéndonos a las normativas vigentes en el campo de la SM. Se trata de un enfoque que concibe a la salud como un derecho y al destinatario de las prácticas y políticas en salud mental (SM) como

un sujeto de derecho (Ferreira y Stolkiner, 2017). La emergencia de nuevas modalidades de abordaje en SM, permitió la conquista paulatina de algunos derechos para los sujetos con padecimiento mental, y de nuevas modalidades de abordaje. Permitiendo así correrse de la lógica del modelo médico hegemónico (Menéndez, 2003) y asilar, hacia una nueva e integral perspectiva que ponga el acento en el sufrimiento de dichos usuarios y en mejorar sus condiciones de vida, como sujetos de derechos.

Se discutirá el modelo asilar- manicomial, el cual se origina como indica Galende (1990) en la modernidad para atender a la problemática de la locura. Este concebía el estado de internación de un sujeto con malestar psíquico, como la “cura” que habilitaba la forma más radical de destitución subjetiva y construcción de un estado de excepción de derechos.

En nuestro país, a fines de Noviembre de 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657, con el objeto de asegurar el derecho a la protección de la SM de todas las personas sin discriminación alguna; reconociendo a la misma 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*” (Boletín Oficial, 2010). Teniendo como antecedentes la Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires n° 448 y la Ley de Río Negro, entre otras.

La mencionada Ley n° 26.657 tiene su base en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Boletín Oficial, 2008), y reconoce la autonomía de las personas con malestar psíquico, además de su capacidad para poder decidir. Establece un marco legal para la conformación de dispositivos alternativos a la lógica manicomial, a través de prácticas en SM en red de servicios basados en la comunidad, y recomendando la internación como recurso terapéutico excepcional, y prohibiendo en el Art.27 la creación de nuevos manicomios, debiendo los existentes adaptarse a los objetivos y principios que esta ley propone, hasta que puedan ser sustituidos por dispositivos alternativos.

En resumen, se puede inferir que tanto en las experiencias internacionales como nacionales, el surgimiento de servicios y/o programas sustitutivos a la lógica manicomial, fue llevado a cabo a través de un proceso simultáneo al desmontaje de la misma; cuestionando así las formas tradicionales de atención en SM y permitiendo la creación de servicios y/o prácticas con base en la comunidad que apunten al logro de una verdadera restitución de derechos vulnerados y re inclusión social de sujetos institucionalizados con malestar psíquico.

Definiciones teóricas

Se seleccionaron dentro del marco teórico los siguientes conceptos: “proceso de externación” y “usuarios en SM” que se encuentran presentes en el Plan Nacional de Salud Mental de la Argentina (Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

En el mismo se plante que

la Salud Mental atraviesa en la actualidad un proceso de transformación que implica el pasaje de lo patológico a lo salutogénico. Que no se agota en los servicios de salud específicos tradicionales, sino que aspira al desarrollo de acciones territoriales al alcance de toda la población desde la mirada comunitaria y la inclusión social” (p.14).

Entendiendo por “usuarios en SM” – anteriormente llamados “pacientes”- a aquellos sujetos incluidos dentro de un dispositivo en SM que consultan por su malestar psíquico; y que se encuentran en situación de tratamiento. Dicha situación incluye tanto lo propio de la asistencia ambulatoria, como puede ser una internación o también la participación de un proceso de externación en algún programa/servicio; dejando de esta forma por fuera la expresión de “enfermo mental”.

Desde este posicionamiento, la externación no se concibe como un estado a alcanzar, momento o instante aislado, sino más bien como un proceso, entendiendo así también a la salud-enfermedad-atención cuidado. Un proceso de externación que podrá tener avances y también retrocesos; que deberá ser planificado y modificado, constituyéndose así *una planificación estratégica* (Rovere, 1993). En el cual la clínica entendida como ampliada (De Souza Campos, 1996-1997), deberá necesariamente valerse de otros dispositivos por fuera del sector salud desde la intersectorialidad.

Es así que, y sólo a los fines de esta investigación, se pueden situar ciertos momentos o tiempos lógicos dentro de este proceso, a saber: un primer momento en que se sitúa “la externación en su fase preliminar”, es decir, la asunción ética y clínica del inicio del proceso de externación desde el momento inicial de una internación. Un segundo momento donde se puede establecer la externación en el marco de una o unas intervenciones concretas por parte del equipo de salud/SM, que incluye brindar información al respecto; sobre los dispositivos y posibilidades existentes. Es decir, cuando la usuaria reconoce, es informada y puede empezar a hablar acerca de la posibilidad de una externación. Y finalmente, un tercer momento, que se ubica al inicio de un proceso de externación propiamente dicho, donde comienzan a efectuarse movimientos en los dispositivos, es decir, en donde la usuaria empieza a transitar en ellos fuera del contexto de internación. Un proceso de transformación, una deconstrucción de las producciones institucionales existentes, que van más

allá de la lógica manicomial, pero que encuentran en ella su fuente y consistencia. Deconstrucción que deriva en la creación y sostenimientos de dispositivos, servicios y/o programas alternativos a las instituciones psiquiátricas y al encierro; y que es deseable que se lleve a cabo de manera interdisciplinaria. Se trata de pensar no sólo en dispositivos relacionados con la intervención clínico-terapéutica, sino también otros que aborden diversas dimensiones del ser y el estar, en consonancia con las problemáticas y potencialidades del más allá de nuestros dispositivos.

4. Estado del Arte:

Se realizó una búsqueda bibliográfica que permitió encontrar algunas investigaciones realizadas en Argentina, específicamente en CABA. Se utilizaron para la misma los descriptores “externación”, “perspectiva de usuario” y “salud mental” en sitios web tales como Scielo, Google académico y Medline. Las mismas se centran en pensar las resistencias y obstáculos que aparecen en los procesos de externación en un hospital monovalente; y las perspectivas de los usuarios que se encuentran transitando dicho proceso.

Como antecedentes sobre el proceso de externación de usuarios institucionalizados, encontramos el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA), impulsado desde hace 19 años en la provincia de Buenos Aires y se desarrolla en el hospital psiquiátrico José Esteves con el objetivo de acompañar a personas que han estado internadas allí y que no tienen recursos económicos o familiares, a vivir en la comunidad. Propone la inclusión de los usuarios a través de dispositivos de externación con base en la comunidad, promoviendo su retorno a otros espacios sociales; trabajando y proponiéndoles mayor disponibilidad de recursos.

Asimismo, en el marco del cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental, se desarrolló el Programa de Externación Asistida para la Inclusión Social (PREASIS), que depende del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y funciona en el Hogar Guillermo Rawson. Su principal objetivo es la reinserción social de las personas en proceso de externación, o externadas de los hospitales de la red de Salud Mental. Trabajan en la restitución de los derechos vulnerados a las personas internadas en los hospitales monovalentes de salud mental, acompañándolos en dicho proceso a través del desarrollo de su autonomía.

Una de las investigaciones fue un estudio realizado a usuarios que participaron en servicios de rehabilitación de la zona sur de CABA en el año 2014 (Tisera y Lohigorry, 2015), sobre los sentidos y significados frente a los servicios de SM desde su perspectiva. En ella, se arriba al resultado de que los procesos de externación deben ser acompañados de estrategias de rehabilitación y atención, mediante una red de servicios con base en la comunidad, con el fin de poder consolidar un proyecto de vida autónomo que garantice el acceso a derechos como la salud, la

vivienda, el trabajo y la participación en intercambios sociales y culturales; es decir, en contraposición a la lógica hegemónica y manicomial que propone la internación y permanencia en las instituciones monovalentes.

Otra investigación encontrada fue la realizada en un programa de prealta de un hospital monovalente de CABA en el año 2013 (Tisera y Lohigorry, 2013), acerca de las resistencias y obstáculos en los procesos de externación. Los resultados arrojaron que, si bien dicho proceso debe ser considerado como parte esencial de las políticas públicas en SM, es necesario y sería deseable tener en cuenta los cambios subjetivos en los usuarios. Ya que se comprobó que el hecho de haber atravesado una prolongada internación, provoca el deterioro de las redes sociales, habitacionales y laborales del sujeto, generando una habituación institucional que profundiza las resistencias subjetivas a procesos de externación.

Por otro lado, como antecedentes de la desmanicomialización, encontramos la Declaración de Caracas en 1990, una conferencia sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica que cuestiona al hospital psiquiátrico como única modalidad de atención en SM, y que considera necesario otro tipo de asistencia, mayormente integral, comunitaria, participativa, preventiva y descentralizada. También la ratificación en Argentina de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley 26.378) en el año 2008. A su vez, encontramos la Reforma psiquiátrica que se desarrolló en Brasil en 1974, a través de la organización de un movimiento de trabajadores de SM, junto a la denominada “Ley Delgado”, que indica la extinción progresiva de los manicomios y su sustitución por otros recursos asistenciales.

Por su parte, como experiencia paradigmática en Argentina se encuentra el movimiento de desmanicomialización en la provincia de Río Negro, promulgado por la Ley de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental, aprobada en Septiembre del año 1991 y que prohíbe la habilitación y funcionamientos de manicomios. La misma dio lugar a diversos movimientos en las demás provincias del país, generando una reforma en el sistema de salud mental que se consolida con el establecimiento de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en el año 2010.

En el año 2008, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) junto al Mental Disability Rights International (MDRI); realizaron el informe “Vidas Arrasadas” con el fin de documentar y visibilizar las violaciones de derechos humanos que sufren los sujetos internados en las instituciones psiquiátricas, dando cuenta del estado en que se encuentran las mismas y la falencia de la implementación de políticas y prácticas de SM existentes en ellas. Poniendo de manifiesto que no existía otra alternativa por parte del Estado para las personas con malestar psíquico que la manicomialización y en consecuencia su exclusión y estigmatización social. Luego, en el año 2015,

el CELS realiza una nueva investigación: “Cruzar el Muro”, donde se exponen los cambios y obstáculos producidos desde la primera investigación.

A partir de todo lo expuesto en este apartado, se puede dar cuenta que la voz protagonista no es en general la de los usuarios y usuarias de la red de Salud Mental en nuestro país, más específicamente en la CABA. Es por esto, que surge la pregunta acerca de lo que ellas y ellos piensan, sienten, viven con respecto a todo lo que tuvieron que atravesar en su trayectoria de vida previa y durante la internación; pero sobre todo qué ideas tienen y cómo transitan este proceso de externación.

5. Metodología

5.1 Tipo de Estudio

La presente tesis consta de un estudio de caso de tipo exploratorio del Servicio Pinel A del Hospital Braulio A Moyano, donde se utilizó una metodología de tipo cualitativa en la cual se entrevistaron a usuarias internadas en dicho dispositivo. Se ha decidido por un estudio exploratorio debido a la escasa información encontrada acerca de la perspectiva que tienen las/os usuarias/os en SM en torno a los procesos de externación y los dispositivos y/o servicios existentes para dicho proceso.

5.2 Descripción y justificación de la elección del ámbito de estudio

Se tomó como ámbito de estudio al Servicio Pinel A que funciona dentro del Hospital Braulio A Moyano, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El Servicio existe desde la fundación del hospital, en el año 1854, y se trata de un dispositivo de internación en su mayoría voluntaria y de rehabilitación social para usuarias con la posibilidad de externarse. Siguiendo algunos lineamientos vigentes en la LNSM con respecto a utilizar la internación como último recurso terapéutico; ya que si bien es un servicio de internación dentro de un hospital monovalente, las usuarias llegan en su mayoría de manera voluntaria; atravesadas por una realidad familiar, social y económica compleja y escasa de recursos frente a su malestar psíquico; e intentan que esta sea lo menos extensa posible, trabajando en pos de una posible y cercana externación.

La elección de este servicio como ámbito de estudio se definió a partir de una entrevista con el psiquiatra y jefe de servicio, quien describió su funcionamiento. A partir de allí, se consideró que era un lugar que se adecua a los fines de esta investigación, ya que se trata de un servicio donde las usuarias ingresan firmando un consentimiento y aceptando una serie de pautas de convivencia; que propician las condiciones necesarias para poder comenzar a transitar un posible proceso de

externación. Brindándoles además algunos recursos necesarios, junto a la asistencia terapéutica y la posibilidad de participar de otros dispositivos externos (por ejemplo, Preasis).

5.3 Definición operacional de las variables y categoría

Se ha decidido tomar como unidad de análisis a las usuarias en SM internadas en el Servicio Pinel A del Hospital Braulio A Moyano, que están transitando el proceso de externación. Se elaboraron cuatro tipos de variables de análisis deductivas: *“descripción de los aspectos centrales de la trayectoria de vida”*, *“nivel de conocimiento acerca del proceso de externación, sus distintos dispositivos y/o programas existentes”*, *“percepción de obstáculos”*; *“ideas y/o propuestas”*. Cada una de ellas corresponde a un objetivo específico mencionado anteriormente.

5.4 Población y muestra

La Población se compone por entre 35 a 40 mujeres/usuarias que se encuentran en el Servicio Pinel A durante el año 2019; y que funciona dentro del Hospital Braulio A Moyano.

Al ser esta una investigación cualitativa, el tipo de muestra utilizada es de tipo “no probabilística o dirigida”. También conocida como “guiada por uno o varios propósitos”; ya que su elección tiene que ver con características propias de dicho trabajo (Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio, 2004). Es por ello que, siguiendo las sugerencias del psiquiatra jefe del servicio y a los fines de esta investigación, la muestra corresponde a 6 usuarias que se encuentran transitando su proceso de externación en dicho servicio.

“En los estudios cualitativos el tamaño de muestra no es importante desde una perspectiva probabilística, pues el interés del investigador no es generalizar los resultados de su estudio a una población más amplia. Asimismo, se considerarán los factores que intervienen para “determinar” o sugerir el número de casos que compondrán la muestra” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio, 2004, p.434).

La unidad de análisis la conforman las usuarias que son parte del mismo, tomando como criterio de inclusión a las usuarias que se encuentren actualmente (Febrero 2019) atravesando su proceso de externación en el servicio; y como criterio de exclusión, quienes ya estén dadas de alta del hospital.

6. Resultados Principales

A continuación se presentan los puntos principales del análisis del material recolectado en las entrevistas, tomando para ello las variables de análisis descritas previamente. Pero antes se considera necesario aclarar que, si bien el estudio partió del interrogante acerca de las perspectivas e

ideas de las usuarias en torno al proceso de externación, en los resultados obtenidos se encontraron muchas recurrencias con respecto al modo de contar sus trayectorias de vida, y con respecto a la concepción que tienen de la SM en relación a su tratamiento farmacológico; así como también respecto a la descripción que hacen del servicio, y la idea que la mayoría tiene en cuanto al estigma social que genera el estar internada en un hospital psiquiátrico.

Por otro lado, es importante remarcar que si bien la mayoría de las usuarias puede asociar el proceso de externación como una posibilidad de dejar de vivir en el hospital -es decir, de pasar de un estado de quietud, estático que supone una internación; para poder salir y vivir por fuera del mismo-, la mayoría demuestra tener escasa información tanto del proceso en sí mismo, como también de los dispositivos y/o programas existentes para su funcionamiento.

6.1 Caracterización del servicio por parte de las usuarias

Las usuarias que se encuentran en el Servicio Pinel A lo describen como un “buen lugar”, “tratable”, donde se sienten contenidas por los profesionales, refiriendo que todos ellos son “muy buenos”. Destacan además que una ventaja de estar viviendo en el servicio es que los profesionales ya conocen su trayectoria, motivo de internación, historia clínica; además de que pueden llevar a cabo el tratamiento necesario ahí mismo.

A su vez, se pudo encontrar en las entrevistas algunos cambios que demandan las usuarias en cuanto a cuestiones edilicias, comida y seguridad, que se consideran específicas y/o distintas a las dificultades inherentes que nos atraviesan en la actualidad con respecto al estado del sistema de salud pública en nuestro país. Interesa poder cuestionar esta diferenciación entre las demandas específicas de las usuarias, que se pueden denominar “privadas” y las demandas generales, que se consideran relacionadas a las que existen en el sistema de salud, es decir, “públicas”. Dentro de las últimas se pueden incluir las condiciones sociales, económicas y políticas estructurales -falta de empleo y de vivienda-, así como la cuestión del estigma social junto con la demanda excesiva de atención. Sumado a la falta de recursos para establecer dispositivos y/programas que permitan llevar a cabo un proceso de externación.

6.2 Descripción de los aspectos centrales de la trayectoria de vida

Al describir algunos aspectos o hitos centrales en sus trayectorias aparece en la mayoría de las entrevistadas la posibilidad de poner en palabras cómo era su vida anterior a la internación y cuál fue el motivo por el que llegaron a este servicio. Si bien se supone que la internación tiende a invisibilizar u omitir ciertos aspectos significativos de su trayectoria, les fue posible brindar un relato bastante amplio acerca de la misma.

6.2.1. Lo normal como denominador de lo común

Todas las usuarias entrevistadas admiten que su trayectoria de vida cambió desde el momento en que quedaron internadas dentro del servicio, caracterizando su trayectoria anterior como “normal” o “común”. Se puede agregar que algunas podrían concebir a la SM como un orden y el estar institucionalizadas como una instancia de cierta “comodidad”, aunque a pesar de ello prefieran externarse.

6.2.2 Trayectorias Terapéuticas

Todas las entrevistadas refieren haber transitado por otras instituciones (clínicas privadas, hospitales polivalentes) u otros servicios dentro del Hospital Braulio A Moyano. La mayoría realizó un trabajo terapéutico con psicólogos y psiquiatras, algunas de manera particular. Todas realizaban y realizan actualmente un tratamiento farmacológico. Al indagar acerca de similitudes y/o diferencias entre este servicio y otros lugares recorridos, destacan el buen trato y profesionalismo del mismo.

En articulación con el proceso referido a su trayectoria actual, se pudo obtener en los resultados que las usuarias conciben la externación como la posibilidad de irse del hospital, de poder pasar de un estado de quietud, estático como es el de la internación; a otro que les permita hacer algo distinto por fuera de éste. Se puede decir, un pasaje desde una subjetividad pasiva, a una sujeto activo que hace uso de un servicio de salud mental por un período de tiempo, el cual le permite atravesar un proceso de externación, que favorablemente pueda culminar en una externación definitiva: irse del hospital.

6.3 Nivel de conocimiento acerca de dispositivos y/o programas existentes para la externación.

Se encontraron recurrencias entre las entrevistadas al momento de responder sobre lo que saben acerca del concepto de “proceso de externación”. Si bien ninguna lo describe como un proceso constituido por distintos momentos o tiempos lógicos sí lo asocian con un vivir fuera del hospital, que sería lo contrario al estar internadas, dormir y vivir allí. Ante la pregunta de qué es, una de ellas responde: “Para irse”. Las demás expresan no saber al respecto del mismo y fue por este motivo que se decidió explicarles e informarlas brevemente en la entrevista a los fines de poder volver a indagar al respecto. Si bien se suponía que ellas contaban con información acerca de los dispositivos y/o programas existentes, la mayoría sólo pudo hablar de los mismos, una vez que se los nombró y brindó información, pudiendo inferir una falta de información al respecto.

6.3.1. A medio camino de la información

A partir de los datos obtenidos de las entrevistas se pudo afirmar que todas las usuarias poseen escasa o nula información acerca de lo que implica un proceso de externación, los dispositivos y/o programas disponibles; y los recursos necesarios para llevarlo a cabo. Una vez que se les nombra algunos dispositivos -Casa Medio Camino, Hospital de Día, Hospital de Noche, etc- refieren conocerlos ya que alguna compañera se fue a una CMC, o alguna de ellas transitó por el dispositivo Hospital de Día. Es decir, si bien la mayoría reconoce o asocia un proceso de externación y sus dispositivos con la posibilidad de salir y vivir fuera del hospital, se considera que el conocimiento más fino de lo que este implica es escaso por falta de información al respecto.

6.4 Percepción de obstáculos

En torno al servicio por el que se encuentran atravesando el proceso de externación, las usuarias reconocen algunas ventajas y desventajas del mismo que se consideran pueden funcionar como obstáculos en dicho camino. Las ventajas que la mayoría destaca acerca de estar en el servicio Pinel A es la contención permanente que reciben de los profesionales y la posibilidad de realizar el tratamiento allí mismo. La desventaja que todas expresan es la de no poder vivir afuera y tener una “vida normal”.

6.4.1 Obstáculos Socio- Afectivos y de Vivienda

Si bien la mayoría de las usuarias considera que externarse del servicio para poder vivir fuera del hospital es una ventaja, una de ellas refiere que es una desventaja ya que no tiene donde ir; y en cambio, en el servicio cuenta con la contención de los profesionales y la posibilidad de realizar el tratamiento. Otra de las usuarias refiere que se siente con mayor libertad dentro del servicio que en su casa familiar. La mayoría dice no recibir muchas visitas de familiares a pesar de que en el servicio se intenta fomentar y reafirmar los vínculos familiares como posibilitador de darles una función de sostén en su externación definitiva.

6.4.2 El estigma social de la internación psiquiátrica

Al interrogar acerca de las ideas que las usuarias tienen sobre lo que las personas que no están ni estuvieron internadas en un hospital psiquiátrico, se percibe que sienten una exclusión social asociada a su malestar psíquico que les dificulta mantener y formar nuevos vínculos sociales, ya que muchas expresan que al quedar internadas ciertas personas cercanas les dejaron de hablar por este motivo. La estigmatización es quizás una de las problemáticas más importantes con lo que se enfrentan los sujetos que padecen algún malestar psíquico, es por ello que resulta fundamental el abordaje de esta problemática desde una perspectiva desestigmatizante, que permita trasladar el foco insertado en la “enfermedad” para poder pensar en un sujeto que está atravesando un momento singular de su vida; pero no estático ni definitivo

6.5 Ideas y/o propuestas

Con respecto a esta variable, las preguntas fueron dirigidas erróneamente hacia a las ideas y/o propuestas que las usuarias tienen del servicio; y no con respecto al proceso de externación, constituyendo esto un sesgo metodológico.

7. Discusión

A partir de los resultados obtenidos se ha intentado investigar y analizar el proceso de externación en base a las ideas que las usuarias del servicio Pinel A del Hospital Braulio A Moyano tienen. Se consideran algunos puntos interesantes para discutir en este apartado, como ser: la falta de información de las usuarias acerca de los programas y/o dispositivos existentes por fuera de este servicio; la concepción de SM como sinónimo del tratamiento farmacológico y el deseo de poder volver a hacer uso de sus derechos como ciudadanas y de retomar y/o formar nuevos vínculos sociales. Resulta conveniente resaltar que tanto los resultados como la discusión provienen de una investigación sobre un estudio de caso, por lo tanto la intención no es realizar una generalización, sino simplemente sentar las bases para una discusión situada en el marco de una investigación en SM.

7.1 Falta de información con respecto al proceso de externación

Un aspecto que se considera relevante discutir a partir de los datos extraídos de las entrevistas es la escasa información que aparentan tener las usuarias acerca de lo que específicamente concierne a un proceso de externación, los dispositivos, programas y recursos disponibles para el mismo. Si bien a partir de los resultados obtenidos se puede decir que la mayoría de las usuarias puede deducir de qué se trata dicho proceso, se sostiene que no saben concretamente lo que este implica, sus momentos o “tiempos lógicos”.

Si bien en el servicio Pinel A las usuarias ingresan en su mayoría de manera voluntaria, firmando un consentimiento, sería pertinente que también puedan saber en qué consiste un proceso de externación y a su vez que, desde que ingresan al mismo en situación de internadas, tengan conocimiento que esa instancia sería el inicio del proceso. Si bien la información no es condición suficiente, sí es cierto que, tener mayor nivel de información al respecto les daría la posibilidad de comenzar a hablar de una externación propiamente dicha, en la que ellas estén involucradas en su totalidad.

7.2 La externación como posibilidad de recuperar sus derechos vulnerados y los vínculos sociales

A partir de los resultados obtenidos, se pudo ubicar como dato relevante el deseo de las usuarias de poder volver a hacer un uso pleno de sus derechos como ciudadanas y restablecer o formar nuevos vínculos sociales. En base a esto, se desprende del relato de algunas, una aparente contradicción entre lo que expresan como cierta “comodidad” de estar internadas y el anhelo de externarse. Se puede pensar que, en cierto punto, el hecho de estar institucionalizadas las adormece, reproduciendo un discurso que no es el propio, sino el del hospital psiquiátrico; y que hace referencia a un “arreglo de vida” en base al orden que la lógica manicomia le establece como cierta medida terapéutica. Sobre este orden que otros establecieron sobre su caos, y que en cierta forma lo tienen naturalizado, se intercepta su deseo de tener una “vida normal”, estudiar, trabajar, enamorarse, volver a ser libres.

Ante esto se puede pensar al proceso de externación como posibilitador de efectos subjetivantes, que tienen que ver con apostar a la recuperación o el reencuentro de la singularidad de las usuarias. Insistiendo en la necesidad de ubicar y potenciar lo particular en cada una, a través de un trabajo interdisciplinario y de la implementación efectiva de políticas públicas, como ser dispositivos y/o programas de externación con base en la comunidad. Intentando reducir y eliminar la exclusión; y velando por los derechos humanos de las personas con malestar psíquico, considerándolas como lo que son, sujetos de derechos.

8. Conclusiones y perspectivas a futuro

En esta ponencia se presentaron los resultados principales de una tesis de grado en la cual se indagó sobre las ideas que poseen las usuarias que se encuentran en el servicio Pineal A del Hospital Braulio A Moyano, sobre el proceso de externación, sus dispositivos y/o programas existentes. Se sostuvo como hipótesis de trabajo que las mismas tienen ideas propias al respecto, la cual se pudo corroborar, pero no especificar que dichas ideas sean correctas y/o precisas.

En los resultados obtenidos se pudo observar cómo las usuarias, a pesar de la escasa información que poseen, tienen ideas y pueden asociar los dispositivos a dicho proceso. Observamos cómo reconocen que se trata de un proceso que les puede ser posibilitador de una externación, es decir, de dejar de vivir en el Hospital.

A su vez, en relación a sus trayectorias de vida, se logró encontrar que pueden dar un relato bastante claro de cómo era su vida antes de ingresar al hospital y contar el motivo por el que fueron institucionalizadas. Por otro lado, además de poder ubicar el escaso nivel de información que poseen acerca de lo que específicamente concierne a un proceso de externación, también se pudo dar cuenta de los distintos obstáculos y dificultades que reconocen las usuarias con respecto al mismo. Como así también proponer ideas o modificaciones dentro del servicio.

Por último, es conveniente resaltar que, si bien el Hospital Monovalente en donde se realizaron las entrevistas tiende a sostener el modelo asilar manicomial, resulta interesante que existan Servicios que tiendan a modalidades de abordaje que considere el resguardo de los derechos humanos y la atención comunitaria e interdisciplinaria; focalizándose en que la internación de las usuarias sea lo menos extensa posible y fomentando su externación como así también sus vínculos sociales y/o familiares enriquecedores del proceso.

9. Referencias Bibliográficas

- Ardila, S., y Galende, E. (2011) El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Salud Mental y Comunitaria*, 1(1):39-50.
- Centro de estudios legales y sociales (2006). *Vidas Arrasadas. La Segregación de las personas en los asilos psiquiátricos. Un informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en la Argetina*. Recuperado de:
http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf
- Centro de estudios legales y sociales (2015). *Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. Recuperado de:
<https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/cruzar-el-muro-desafios-y-propuestas-para-la-externacion-del-manicomio/>
- Dirección General de Salud Mental (2000). *Ley n 448 Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires*. Recuperado de http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/salud_mental/ley448.pdf
- Ferreyra, J. A. (2016). *La participación de organizaciones de usuarixs en la formulación de políticas públicas en salud mental: estudio de caso del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones. Primeros resultados y discusión preliminar*. Presentado en el VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología – XXIII Jornadas de Investigación – Décimo Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, 23 al 26 de noviembre de 2016 en la Facultad de Psicología, UBA (ISSN: 1667-6750).
- Ferreyra, J. A. y Stolkiner, A. (2017). *Reflexiones en torno a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental: análisis documental crítico de los efectos del cambio en la gestión nacional (contraste 2015-2016). Las instancias creadas por la ley y la implementación por parte de las organizaciones sociales*. Presentado en el “II Congreso Latinoamericano de Teoría Social: Horizontes y dilemas del pensamiento contemporáneo en el sur global”, 2 al 4 de agosto de 2017, CABA. (ISSN: 2469-0376).
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P. (2004). *Metodología de la investigación*. Cuarta edición por Mcgraw – Hill/interamericana editores.

- Ley Nro. 26.657 (2010). Ley Nacional de la Salud Mental. Boletín oficial de la República Argentina. Buenos Aires, diciembre del 2010.
- Ley 448. La salud mental en la Ciudad de Buenos Aires. Dirección General Adjunta de Salud Mental, Buenos Aires, Argentina, 17 de Agosto de 2000.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1) 185-207.
- ONU (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Recuperado de: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (Noviembre de 1990). *Conferencia regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS)*. Declaración de Caracas. Organización Panamericana de la Salud: Washington DC.
- Plan Nacional de Salud Mental (2013). Ministerio de salud. Recuperado de: http://bvs.psi.uba.ar/local/File/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf
- Stolkiner, A. y Ardilla Gomez, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/ Salud Colectiva latinoamericanas. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, XXIII (101), 52-56.
- Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y practicas en salud mental. Capítulo de libro en prensa. Hugo Lerner (comp.) Colección FUNDEP. Buenos Aires: psicolibro.
- Tisera, A., Léale, H., Lohigorry, J., Pekarek, A., Y Joskowicz, A. (2013). Salud mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la ciudad de Buenos Aires. *Anuario de investigaciones*, 20 (1), 251-258. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862013000100025&script=sci_arttext&tlng=en
- Tisera, A., y Lohigorry, J. (2015). Sentidos y significados sobre servicios de salud mental desde la perspectiva de usuarios/as, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante 2014. *Anuario de investigaciones*, 22 (1), 263-271. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-1686201500100026