

Artículos seleccionados

Promoción de externaciones en un hospital monovalente en la Provincia de Buenos Aires

**Sonia Bernal^a, Marina López^b,
María Florencia Plantamura^c y Nadia Marina Percovich^d**

Fecha de recepción:	18 de agosto de 2021
Fecha de aceptación:	27 de octubre de 2021
Correspondencia a:	María Florencia Plantamura
Correo electrónico:	florencia.plantamura@gmail.com

- a. Terapeuta Ocupacional (UNQui). Sala de programas de rehabilitación y calidad de vida C.R.E.A.R. Equipo Interdisciplinario del Sector Internación a Mediano Plazo (Hospital Esteves)
- b. Terapeuta Ocupacional (UNQui). Especialista en Comunidad (UNQui). Sala de programas de rehabilitación y calidad de vida C.R.E.A.R. Equipo Interdisciplinario del Sector Internación a Mediano Plazo (Hospital Esteves)
- c. Psicóloga (UNLP) Residente de Psicología Hospital Isidoro G. Iriarte, en rotación por el equipo.
- d. Psicóloga (UBA) Equipo Interdisciplinario del Sector Internación a Mediano Plazo (Hospital Esteves) Docente e investigadora (UNAJ)

Resumen:

Los actuales planes de adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental (2010) permitieron que cada institución pudiera proyectar los objetivos necesarios para la transformación hospitalaria, respecto a las prácticas institucionales y el proceso de desmanicomialización.

Nuestro propósito es describir la labor llevada a cabo por un equipo interdisciplinario de un sector de internación crónica en el Hospital Esteves, un monovalente de mujeres ubicado en Temperley, Provincia de Buenos Aires. En principio describiremos las características de la población para dar cuenta de las tareas que hemos llevado a cabo para acompañar los procesos de externación. Para finalmente reflexionar acerca del alcance de las acciones y los obstáculos encontrados.

Los interrogantes que intentaremos responder han surgido al contemplar las implicancias de una externación sustentable, el trabajo con perspectiva de derechos que conlleva la desmanicomialización, y los apoyos y acciones necesarios desde el Estado: ¿Cómo atraviesa la desigualdad de género a nuestras prácticas, siendo un hospital de mujeres? ¿Qué desafíos se presentan en la sociedad para convivir con las mujeres con padecimiento mental, y con el estigma de haber pasado por una internación prolongada?

Palabras clave: Desmanicomialización - Perspectiva de género - Autonomía.

Summary

The current adaptation plans to the National Mental Health Law (2010) allowed each institution to project the necessary actions for the hospital transformation, regarding institutional practices and the demanicomialization process.

Our purpose is to describe the task carried out by an interdisciplinary team from a chronic hospitalization sector at the Esteves Hospital, a mental health institution for women located in Temperley, Province of Buenos Aires. Firstly, we will describe the characteristics of the population to account for the actions that we have carried out to accompany the externalization processes, and finally reflect on the scope of the actions and the obstacles encountered.

The questions we will try to answer have arisen by contemplating the implications of a sustainable externalization, labor with a rights perspective that entails demanicomialization, and the support and necessary actions from the Government: How does gender inequality cross in our practices, being a women's hospital? What challenges are presented in society to live with women with mental illness and with the stigma of having gone through a prolonged hospitalization?

Key words: Demanicomialization, gender perspective, autonomy.

Introducción

El presente trabajo tiene como propósito describir la tarea llevada a cabo por un equipo interdisciplinario de un sector de internación crónica en el Hospital Esteves, un monovalente de mujeres ubicado en Temperley, Pcia. de Buenos Aires; que se encuentra en proceso de adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental. En primer lugar, nos dedicaremos a describir las características de la población que atendemos, a partir de una evaluación realizada a fines del año 2020. Luego, describiremos las acciones que hemos llevado a cabo para acompañar los procesos de externación. Y finalmente, reflexionaremos acerca del alcance de dichas acciones y las dificultades encontradas.

El proceso de transformación institucional del que formamos parte tiene sus raíces en diversas propuestas que los trabajadores del hospital han emprendido, acompañados en mayor o menor medida por las autoridades. Se trata de un hospital que ha llegado a albergar a 2300 mujeres en la década del '90 y que actualmente cuenta con 499 (Fuente: Estadísticas hospitalarias - 11/08/21). Esa reducción de las internaciones se ha acompañado de la creación de dispositivos de acompañamiento en la comunidad, entre ellos se destaca el PREA (Programa de Rehabilitación y Externación Asistida) que ya cuenta con 21 años de experiencia y acompaña la continuidad de cuidados en la comunidad de alrededor de 70 mujeres actualmente (Riva Roure, Hartfiel, Irachet, Cáceres, 2019). En ese momento, la base legal para sostener ese programa fue la Declaración de Caracas (OMS/ OPS, 1990), instrumento internacional que sostiene que los hospitales psiquiátricos no son espacios de recuperación de las personas, que el lugar adecuado para que se garantice la salud mental es fuera de los muros. Sin duda, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2008) y la Ley Nacional de Salud Mental (2010) significaron un nuevo hito que profundizó lo dicho en la Declaración de Caracas, dando el marco para trabajar en la transformación institucional. Transformación necesaria y urgente, de acuerdo a lo señalado acerca de las sistemáticas violaciones a los derechos humanos en los hospitales psiquiátricos del país (MDRI y CELS, 2007); y también, a partir de lo que nos han enseñado las exitosas experiencias de desinstitucio-

nalización en el país y el exterior, las cuales demostraron que la atención de la salud mental en contexto comunitario no sólo es posible, sino que además resulta beneficiosa, tanto para usuaries como para trabajadores.¹

Lamentablemente, la normativa vigente no se tradujo inmediatamente en políticas públicas claras que posibiliten su implementación. La reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental llegó recién en 2013, casi tres años después de la sanción, y aunque marcaba el año 2020 para la sustitución definitiva de los hospitales monovalentes, a medida que nos acercábamos a esa fecha, no se definían medidas concretas para que eso sea posible.

Distintivamente, la gestión que asumió en diciembre de 2019 en la Provincia incluyó en su agenda a la salud mental y en diciembre de 2020, aun con la contingencia de la pandemia, aprobó los planes de adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM). Para lo cual la provincia de Buenos Aires se adhirió a la LNSM mediante la Ley Provincial N°14.580, formalizando el proceso con plazos establecidos y definiendo lineamientos de base para la reforma de los neuropsiquiátricos públicos de la región. El programa "Buenos Aires libre de manicomios" otorgó el marco, siendo una herramienta que promueve procesos de externación de usuaries de forma cuidada y sustentable como parte sustancial de la transformación de los hospitales neuropsiquiátricos y de la garantía de los derechos de las personas con padecimiento subjetivo. Disponiendo estrategias y acciones puntuales para alcanzar los objetivos propuestos. Teniendo en cuenta la necesidad de articular con los municipios para lograr el financiamiento necesario.

En el Hospital Esteves en particular, este plan propone abrir el hospital a la comunidad, ampliar los dispositivos ambulatorios y de continuidad de cuidados en la comunidad para pacientes externadas, mantener y mejorar el área de atención en crisis (con internaciones breves, tal como plantea la Ley) y desarrollar polos de inclusión laboral, cultural y deportiva. ¿Qué pasa con aquellas mujeres que aún están internadas? La propuesta es externar de modo sustentable a la mayor cantidad de mujeres posible. Para aquellas que tienen muy poca autonomía, se propone crear estructuras residenciales de puertas

1. Nos referimos a las experiencias nacionales de Río Negro y San Luis, y a las reformas de Brasil e Italia, especialmente. Para más información: Cohen H y Natella G (2013). La Desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema del Salud Mental en Río Negro. Lugar Editorial.

Pellegrini, J. L. (2009). El proceso de transformación institucional del Hospital Psiquiátrico de San Luis. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, XX, 432-439.

Amarante, P. (2009). Superar el manicomio. Salud Mental y atención psicosocial. Topía Editorial.

Pasquale, E. (2000). Psiquiatría y salud mental. Asterios Editore.

abiertas que se acompañarán de Centros de Día, tanto para mujeres con discapacidad como para adultas mayores, estos dispositivos paulatinamente se irán abriendo a la comunidad, atendiendo a una necesidad de la región. ¿Qué implica una externación sustentable? Saraceno (2003) plantea la diferencia entre desinstitucionalizar - superar la dependencia de las personas con padecimiento de las instituciones de asistencia y del automatismo incapacitante que caracteriza el círculo vicioso enfermedad/respuesta a la enfermedad -, y deshospitar abandonar a los pacientes fuera de los muros. La respuesta para que este abandono no se produzca es la rehabilitación: la superación del abandono manicomial y de las dificultades de la patología en y con la comunidad. Para ello, será necesario contar con recursos habitacionales, económicos y redes de apoyo social. A ello se le suma la continuidad de cuidados en la comunidad, garantizada a través de los equipos creados en el hospital de acuerdo a la experiencia del PREA. El equipo del que formamos parte², se dedica al paso previo, la preparación para la externación.

A partir de la tarea cotidiana se nos fueron planteando una serie de interrogantes que intentaremos desarrollar en este trabajo: ¿Cómo trabajar por la desmanicomialización en un manicomio? ¿Qué implica trabajar con perspectiva de derechos en una institución atravesada por la tutela? ¿Qué apoyos y acciones desde el Estado acompañan esta tarea? ¿Qué recursos existen en los trabajadores? ¿Qué otros recursos son requeridos? ¿Cómo atraviesa la desigualdad de género en nuestras prácticas, siendo un hospital de mujeres? ¿Qué desafíos se presentan en las sociedades para convivir con las mujeres con padecimiento mental y con el estigma de haber pasado por una internación prolongada?

Diagnóstico Situacional

El objetivo inicial con el que se conformó el equipo fue realizar una evaluación de las usuarias y luego desarrollar acciones de rehabilitación.

Entre octubre y noviembre de 2020, se realizó la evaluación a las 209 mujeres que se encontraban internadas en las tres salas del Servicio de Internación a Mediano Plazo y en un dispositivo de tránsito hacia la externación:

la Residencia. A continuación, presentaremos algunos resultados obtenidos:

En relación a la edad de las mujeres, el promedio es de 49 años. El rango de edad más frecuente es entre 45 y 64 años (61 %). Hemos observado que la distribución por rangos de edad por sala es similar, exceptuando la residencia para la externación en la que no hay usuarias mayores a 65 años.

Respecto del tiempo de internación, hemos encontrado una marcada diferencia entre las salas y la residencia, lo que nos hace pensar que el tiempo de institucionalización incide negativamente en las condiciones de autonomía de las personas y también en el deseo y la capacidad de proyectar una vida en la comunidad. Recordemos que en la residencia se encuentran personas en proceso intensivo de rehabilitación y uno de los requisitos para ser incluidas en este dispositivo es el genuino deseo de externarse. El promedio de años de internación es de 12 años en las salas, mientras que en la residencia para la externación es de 3 años. Un dato interesante en relación a esta variable es que existen 30 mujeres con más de 20 años de internación y 70 mujeres que han estado internadas por entre 10 a 19 años, lo que da cuenta del estado de cronificación con el que nos encontramos.

Para llevar a cabo la evaluación se utilizó un instrumento creado y discutido por el equipo, los jefes de servicio y la dirección. Fue administrado por el equipo entrevistando a personal de enfermería de la sala y recabando datos en las historias clínicas. Se incluyó una evaluación de autonomía que muestra el desempeño en las actividades básicas de la vida diaria, como ser la alimentación, la higiene, la toma de medicación, el vestido, el arreglo y aseo personal. Además contempla la movilidad funcional en la comunidad, la gestión de la comunicación, la participación social y el manejo de dinero. El instrumento fue creado a partir del Marco de trabajo para la práctica de Terapia ocupacional. (AOTA, 2020), valorando aquellas ocupaciones y actividades de mayor relevancia para la externación. La escala de valoración utilizada define como autónomas a aquellas mujeres que pueden realizar las actividades sin apoyo de terceros y con baja supervisión. Con necesidad de apoyo mínimo cuando pueden realizar las actividades con poco apoyo de terceros y escasa supervisión. El tercer valor es

2. El equipo interdisciplinario se ha conformado con profesionales de Terapia Ocupacional, Psicología, Trabajo Social y Psiquiatría y se encuentra en diálogo constante con los profesionales de Psicología, Psiquiatría y Enfermería a cargo de cada sala.

apoyo moderado y por último, apoyo total, cuando la persona requiere de apoyos y supervisión máxima por parte de terceros. Estos resultados, permiten pensar en reagrupamientos de la población en función de las necesidades de rehabilitación y diseñar dispositivos en función de los perfiles de las usuarias; de acuerdo con el grado de autonomía personal, y determinando tanto los apoyos necesarios como las barreras presentes para la vida en el afuera.

Los resultados arrojaron que hay un gran número de mujeres, 79 %, con mayor autonomía o que requieren bajo apoyo para realizar las actividades básicas de la vida diaria, mientras que un 17 % requieren más apoyos y un 4 % necesitan asistencia total para realizar estas actividades.

Si tomamos en cuenta además de los recursos personales de autonomía, los recursos materiales para poder sostener la vida comunitaria, es importante resaltar que el 70 % tiene ingresos - pensiones no contributivas (PNC), jubilaciones y otros subsidios, el 15% se encuentra tramitando algún beneficio y el otro 15% no cuenta con ningún tipo de ingreso económico.

Otro recurso muy importante para pensar la continuidad de cuidados en la comunidad es la obra social. La experiencia de los equipos de externación ha sido muy positiva en usuarias que tienen PAMI, ya que esta O.S. incluye entre sus prestaciones, el servicio de AT (acompañamiento terapéutico) y otros que son considerados los facilitadores de los cuidados. Lamentablemente, el porcentaje de mujeres que cuentan con esta cobertura es muy bajo (7 %), mientras que el 60 % cuentan con cobertura de Incluir Salud y el resto no tiene ninguna cobertura.

Un recurso fundamental a la hora de considerar la inclusión en la vida comunitaria son los vínculos o redes familiares o de allegados. Las internaciones prolongadas favorecen la pérdida de lazos vinculares. Los resultados arrojaron que más de la mitad de las mujeres (52%) no tienen contacto con familiares. De las que tienen contacto, la mitad mantiene un vínculo sólo afectivo, con familias que no pueden comprometerse con el tratamiento ni con el acompañamiento, pero que visitan o llaman a la persona internada. Un 24 % tiene presencia instrumental con las usuarias, es decir compran insumos, las llevan de permiso de paseo varios días y concurren cuando el equipo de la sala lo solicita.

Para poner en contexto este dato, es importante pensar en la georreferenciación de las usuarias, debido a que

incluso las que cuentan con una red inexistente, tienen vínculos de arraigo al lugar donde crecieron, y no pueden proyectar su vida en otro lugar. Mientras que 89 mujeres son originarias de la región en la que se asienta el hospital (Región Sanitaria VI), un grupo importante, 95 mujeres, es de otras regiones del AMBA (Regiones VII, V y XII, que corresponden a zona oeste, zona norte y La Matanza), y las restantes son originarias de zonas más lejanas (14 corresponden al interior de la Provincia de Buenos Aires y 6 pertenecen al interior del país). Es necesario tener en cuenta que de 5 mujeres no se han podido recabar estos datos, esto da cuenta de cómo la identidad se vulnera en este tipo de institución.

Objetivos del dispositivo

Una vez terminada la evaluación inicial, se diseñó el proceso de rehabilitación, teniendo en cuenta la singularidad y la motivación de cada mujer.

Comenzamos trabajando con las usuarias que han sido evaluadas como autónomas, cuentan con ingreso económico y tienen una familia presente en su tratamiento y acompañamiento (se trata de 29 usuarias). Para llegar a un número mayor de participantes por taller, se ampliaron los grupos con mujeres que tienen contacto afectivo con sus familias (sumándose 22 usuarias). En la medida en que las usuarias van externándose y/o pasando a la residencia para la externación se van sumando nuevas mujeres a los talleres.

Actualmente trabajamos con un abordaje grupal, llevando a cabo dos talleres semanales por grupo de mujeres, donde se contemplan diferentes temáticas como la autonomía en las actividades básicas de la vida diaria, el cuidado de la salud y los vínculos socioafectivos.

En los talleres se planifica la tarea con las usuarias según sus demandas e intereses de rehabilitación.

El trabajo por parte del equipo también comprende reuniones con acompañantes terapéuticos para ver proyectos individuales de rehabilitación y entrevistas individuales, en donde se busca conocer deseos, expectativas y proyectos a futuro. Un área importante a indagar es la historia ocupacional de la mujer, lo cual permite identificar roles y rutinas a recuperar, haciendo hincapié en fortalecer la autonomía en el desempeño de las actividades de la vida diaria. Esta tarea se hace en articulación con el área laboral del hospital, que se encuentra

elaborando proyectos socioproductivos a partir de esta evaluación.

También se llevan a cabo entrevistas con familias y se abordan procesos de revinculación socioafectiva. En tiempos de pandemia, las visitas de familiares se han visto suspendidas o limitadas, por lo cual para lograr esta revinculación se han realizado llamadas y videollamadas, un instrumento que no contemplamos previo a la pandemia, pero ha resultado útil, especialmente en casos en los que la familia reside en zonas lejanas. Las entrevistas con familiares conforman un aspecto muy importante del trabajo llevado a cabo. En estos encuentros con las familias se ha podido trabajar en relación a las historias familiares, prejuicios y temores fundados en el desconocimiento respecto a las pacientes con padecimiento mental que se encuentran en gran parte de la sociedad. Es importante mencionar que en muchos casos estas preocupaciones se apaciguaron al ser trabajadas. Esto permite reflexionar sobre la importancia de la información sobre salud mental en las comunidades. Si bien la mayoría de las altas se producen en casas de convivencia con otras usuarias, en muchos casos el establecimiento de contacto con familiares incide positivamente como vínculo afectivo, independientemente que la externación se produzca con la familia o no.

Otra tarea fundamental es la articulación con equipos de enfermería de cada sala para aunar criterios de intervención y reorganizar rutinas dentro de las salas, proponiendo actividades y tareas a cumplir por parte de las mujeres. El trabajo del equipo requiere constantemente estar en diálogo con referentes de cada sala para poder conocer las situaciones de cada usuaria, a nivel personal, respecto a los vínculos con sus compañeras, sobre sus capacidades de autonomía, la relación con los demás profesionales y la elaboración en conjunto de una evaluación acerca del pronóstico de cada una de ellas.

Respecto de los recursos materiales para sustentar la externación, se han impulsado las gestiones de acceso a beneficios sociales y se ha trabajado junto con el área de legales del hospital para recuperar el acceso a los bienes de las mujeres que se encuentran usurpados u ocupados por familiares. Un dato que nos ha llamado la atención, y da cuenta del arrasamiento subjetivo y civil de las mujeres internadas, es que quienes acceden a un beneficio desconocen el monto de lo que cobran y no pueden disponer libremente de ese dinero. Tampoco existe conocimiento acerca de sus derechos en general y de su sentencia de capacidad jurídica, en particular.

Reflexiones y discusiones en el proceso de transformación

En términos cuantitativos, en menos de un año de trabajo hemos podido impulsar 3 altas con familias y realizado 10 derivaciones a la residencia para la externación. Podría leerse como un número bajo, sin embargo, el trabajo singular con cada una de las mujeres y en un contexto institucional tan particular, nos hace pensar en avances importantes en relación a la calidad de vida de cada una de ellas y a la posibilidad de construir un proyecto personal que no poseían. En este sentido, es importante valorar los procesos, identificando obstáculos en la tarea.

Un obstáculo con el que nos encontramos surgió al organizar los grupos de mujeres valoradas como autónomas. Notamos que muchas de ellas requerían mayores apoyos de los observados en la primera evaluación. En parte, entendemos que por la dinámica de las salas del hospital, muchas tareas no se proponen a las mujeres, por lo tanto, la autonomía no se puede evaluar ni rehabilitar. Las rutinas de la sala presentan poco desafío para la mayoría de ellas en relación a las tareas que le serán requeridas en una externación. Por lo tanto, fue necesario repensar sobre las rutinas y tareas diarias que se llevan a cabo. Facilitando espacios de práctica y entrenamiento para que las usuarias tengan una participación activa en el desempeño ocupacional diario. El equipo, entonces, se propuso no solo intervenir en los espacios grupales propios, sino incluir a los equipos de sala en la discusión, incrementando las tareas a resolver por cada mujer durante el día - lavado de ropa, toma de la medicación, orden y cuidado de pertenencias, limpieza en la sala, entre otras. En estos encuentros con otros trabajadores del hospital, encontramos apoyo en muchos casos, pero también fuertes resistencias e incertidumbre respecto a los nuevos roles y tareas a cumplir en la transformación institucional. Observamos necesario incluir a la totalidad de trabajadores en capacitaciones respecto del trabajo comunitario y sostener espacios de reflexión sobre las prácticas. La tensión entre perspectiva de derechos y tutela atraviesa todas las intervenciones. Nos referimos especialmente a la infantilización de las usuarias, el temor a darles mayor posibilidad de decidir y la asistencia excesiva, que no habilita el deseo de hacer por sí mismas.

Por este motivo, la presencia, la pregunta, la escucha, han sido los pilares de nuestra tarea. Entendiendo que lo tutelar no es propio de cada dispositivo, sino es una

forma de abordar el trabajo: es dar cuenta que quien tenemos enfrente es una sujeta de derechos, modificando prácticas arraigadas que naturalizan el rol pasivo de las mujeres internadas.

Esto implica también, salir nosotras como trabajadoras de esa pasividad y reconocernos como agentes de cambio y como recurso existente. Sin negar que para que la transformación institucional sea posible, se necesitan recursos concretos que aportará el Estado a través de políticas de inclusión que provengan de diferentes sectores y permitan generar redes territoriales de apoyo a la población que atendemos.

Trabajar en un manicomio, conocer la cronicidad que allí se genera, nos lleva a reafirmar que si las personas se enferman en la comunidad, la exclusión social no puede ser la solución a su padecimiento. La modalidad adecuada será trabajar con las personas en sus territorios, pensándolas desde un abordaje integral. Para ello, necesariamente debemos pensarnos desde el paradigma de la complejidad (Morin, 1998), de lo que no puede encerrarse ni completarse, lo que nos motivará a generar intervenciones singulares y no únicamente sanitarias. ¿Qué quiere decir esto? La propuesta entonces, incluye ineludiblemente la respuesta sanitaria, aunque requiere de otras. A nivel sanitario, requerimos mayor articulación de la red de servicios para gestionar derivaciones donde las pacientes puedan continuar sus tratamientos, en lugares cercanos a sus domicilios, tal como lo establece la Ley de Salud Mental. Pero también, y retomando lo mencionado al comienzo, respecto de los recursos necesarios para sostener una externación, necesitamos recursos económicos y habitacionales para la inclusión efectiva de estas mujeres. Recursos que no deberían necesariamente gestionarse desde el sector salud. Para ello, se requiere la participación del desarrollo social, la seguridad social, las áreas de vivienda y trabajo. En esta línea, nos hemos encontrado con mujeres que estaban en condiciones de vivir autónomamente en la comunidad, pero no tenían un respaldo económico desde el cual hacerlo, en muchos casos como producto del prolongado tiempo de internación. El hecho de que un gran porcentaje de usuarias hayan pasado parte de su periodo más productivo (entre los 20 y los 40 años) en el hospital, supone un impedimento a la hora de reinsertarse socio-laboralmente, con las implicancias subjetivas que esto conlleva.

Atendemos mujeres con deseo de externarse y trabajar. En la mayoría de los casos, los trabajos previos a

la internación consistieron en la realización de tareas domésticas y de cuidado. Esto nos lleva a pensar en la construcción social de la mujer, respecto a las labores y profesiones que se espera que realicen. Es significativo este hecho en relación al promedio de edad de las usuarias (49 años), pertenecientes a generaciones donde, por un lado, muchas mujeres ingresaron masivamente a la educación formal, a la vez que siguen vigentes estas construcciones respecto a ser amas de casa, dedicadas al cuidado de su familia, hijos, y otros. Se trata de una población que tiene vulneración de derechos por la intersección de diversas condiciones que convergen en tener menos oportunidades: mujeres, locas, pobres. ¿Qué propone la sociedad para incluir a personas con estas características? Las violencias y los abusos sufridos por la condición de género atraviesan el relato de las historias de vida y causas de ingreso al hospital. En muchos casos, además, se trata de mujeres sin redes familiares y afectivas, cuyos únicos vínculos sociales son aquellos relacionados con la institución. Si bien, como equipo encaramos la tarea de la revinculación, estamos advertidas que en algunos casos no es posible. Trabajamos con mujeres que han sido madres en este contexto de soledad, pobreza y padecimiento, mujeres que cargan con el estigma de no haber respondido a lo esperado en su rol materno. ¿Cómo pedirles a estas mujeres tan vulneradas que se encarguen de cuidar a otras? Poder en esos casos, desde el equipo, incluir la dimensión del propio cuidado y la importancia del sostén con otras para ejercer este rol, ha llevado a aliviar culpas y a pensar en otros modos de reencontrarse con sus hijos.

Hasta aquí hemos intentado esbozar el modo en que encaramos los procesos de externación, con cursos más o menos obstaculizados por factores tanto institucionales, como intra e intersectoriales. Al inicio nos preguntamos cómo incluir a mujeres con padecimiento, atravesadas por cuestiones de género, con el estigma del manicomio, con recursos muy limitados, y si bien, la respuesta no es algo que tenemos cerrado, podemos concluir que el modo es trabajando con otras, aceptando la complejidad, la presencia de, como diría Carballada (2013) estas sujetas inesperadas, que rompen los protocolos establecidos, con lo que aprendimos, que nos desafían a pensar una intervención a medida. En algunos casos, la propuesta es pensar la continuidad de cuidados en las casas de convivencia que acompañan otras equipos del hospital, sostener revinculaciones familiares y crear dispositivos de acompañamiento a esas familias, un tercer grupo, nos enfrenta al desafío de diseñar nuevos dispositivos para que mujeres con poca autonomía logren poder ac-

ceder a vivir en la comunidad, aun requiriendo muchos apoyos para sostenerse. Este trabajo no puede reducirse a un equipo que atienda los síntomas y la rehabilitación, De Sousa Campos (2009) señala que la clínica se empobrece si no se tiene en cuenta a los sujetos en su contexto. Este autor plantea un abordaje de clínica ampliada, que incluya todos los aspectos de las personas, no sólo

la enfermedad, sino el proceso de invención de la salud, que es necesariamente en el lugar donde la persona se relaciona con otros. Esa invención de la salud no puede ser bajo la figura de la tutela: defender la vida, en última instancia de eso se trata trabajar en salud, es luchar por generar condiciones de autonomía y de recuperación en y con la comunidad.

Bibliografía

- Amarante, P. (2009), Superar el manicomio. Salud Mental y atención psicosocial. Topía Editorial.
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2020). Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: dominio y proceso. 4ta Edición.
- Carballeda, A. (2013) La intervención en lo social como proceso. Espacio Editorial.
- Cohen H., Natella, G. (2013). La Desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema del Salud Mental en Rio Negro. Lugar Editorial.
- De Sousa Campos, G. W. (2009) Gestión en salud: En defensa de la vida. Lugar.
- MDRI y CELS (2007). Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos en la Argentina. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina. Centro de Estudios Legales y Sociales. Recuperado de https://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf
- Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. (2020) Programa “Buenos Aires libre de manicomios”
- Morin, E. (1998) Introducción al pensamiento complejo. Gedisa.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). (1990) Conferencia regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. Declaración de Caracas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
- Organización de Naciones Unidas (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Nueva York: Naciones Unidas.
- Pasquale, E. (2000). Psiquiatría y salud mental. Asterios Editores.
- Pellegrini, J. L. (2009). El proceso de transformación institucional del Hospital Psiquiátrico de San Luis. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, XX, 432-439.
- República Argentina (2010) Ley 26.657 (B.O: 03/12/2010). Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Riva Roure, M. , Hartfiel, M. , Irachet, V. y Cáceres, C. (2019) *Logros y obstáculos en 20 años de trabajo del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del Hospital José A. Esteves* en *Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Recuperado de: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/haceres-colectivos-investigaciones-y-experiencias-en-salud-mental-y-adicciones-en-argentina>
- Saraceno, B. (2003) La liberación de los pacientes psiquiátricos. Pax.

