



## **¿La locura está dessexualizada?**

Representaciones Sociales de los equipos tratantes: una aproximación sobre los derechos sexuales, reproductivos y de maternaje, de las mujeres y personas gestantes alojadas en los hospitales de salud mental, "Lic. Laura Bonaparte" y Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano, ubicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante los años 2017-2020.

---

**Tesis**

**Que para obtener el título de Maestría en  
Género, Sociedad y Políticas  
Correspondiente al Programa Regional de Formación en Género y Políticas  
Públicas  
(PRIGEPP)**

**Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)**

**Alumna: Macarena Amati**

**Directora: Ana Palazzesi**

**Capital Federal, Buenos Aires, Argentina. Julio, 2022.**

Soy racializada

Soy frontera

Soy migrante

Soy lesbiana,

Soy trans,

No binarie

Soy cada una de las compañeras asesinadas

Soy niñe, adolescente

Soy trabajadora precarizada

Soy latinoamericana

Soy travesti

Soy discapacitada

Soy la que no quiere ser madre

Soy la que perdió a sus hijos

Soy pisada

Soy mestruante

Soy gestante

Soy testiga de las lágrimas de mis hermanas.

Soy mujer

Soy la potencia que pretenden reducir a la nada

Las banderas de mi lucha siempre estarán levantadas

Soy une,

Soy todes,

**Soy la heredera de aquella bruja que se salvó de ser quemada.**

Manifiesto feminista (autoría colectiva)

## **Agradecimientos**

A lxs amigxs y a lxs afectos que siempre están presentes.

A todas las voces revolucionarias, feministas y descoloniales que me permitieron reflexionar, y que me ayudaron a construir herramientas para luchar contra lo opresivo.

*Se va a caer.*

## Contenido

	Página
Lista de siglas .....	5
<b>Introducción</b> .....	6
<u>Capítulo 1. Género y Salud Mental</u> .....	8
1. Propuesta de análisis y formulación del problema de investigación.....	8
2. Método y referente empírico.....	9
3. Objetivo general y Objetivos específicos.....	9
4. Anticipaciones hipotéticas o hipótesis.....	9
5. Consideraciones Metodológicas.....	10
5. a Entrevistas profundas .....	10
6. Justificación de la importancia del problema.....	11
7. Estado del arte.....	12
7. a Análisis del material seleccionado en pos del enriquecimiento de la presente tesis .....	14
8. Síntesis sobre la importancia de la perspectiva de género en SM.....	15
<u>Capítulo 2. Marco Teórico</u> .....	15
9. Historicidad de la salud mental en clave de género.....	16
9. a Relegadas por ser mujeres: la historia de la locura sobre el cuerpo feminizado.....	16
9. b Avatares de la salud mental en la Argentina y legislación vigente.....	19
10. Marco normativo: Derechos sexuales reproductivos y de maternaje.....	23
11. Teoría de las representaciones sociales.....	25
<u>Capítulo 3. Sexualidad, reproducción y maternaje</u> .....	27
12. Datos obtenidos.....	32
13. Análisis cualitativo.....	42
14. Estrategias institucionales y perspectiva de género.....	47
15. Violencia institucional y violencia obstétrica.....	49
<u>Capítulo 4. Abordajes posibles</u> .....	50
16. Conclusiones.....	50
Referencias bibliográficas.....	54
Apéndice 1.....	57
Apéndice 2.....	59
Apéndice 3.....	61

### **Lista de siglas:**

1º CNSM: Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental  
AASM: Asociación Argentina de Salud Mental  
CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
CEDAW: Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación hacia la mujer  
[por sus siglas en inglés]  
CELS: Centro de Estudios Legales y Sociales  
CENARESO: Centro Nacional de Reeducción Social  
CIDPC: Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad  
CLAM: Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos  
DNSM: Dirección Nacional de Salud Mental  
DSRyM: Derechos sexuales reproductivos y de maternaje  
ESI: educación sexual integral  
FLACSO: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales  
IVE: interrupción voluntaria del embarazo  
LGTBIQA+: Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales, Intersexuales, Asexuales y Queers (más).  
LNSM: Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2009)  
ONR: Órgano Nacional de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental  
ONU: Organización de Naciones Unidas.  
PNUD: Programa para el Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas.  
PRIGEPP: Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas  
SM: Salud Mental.  
UBA: Universidad de Buenos Aires  
UNLP: Universidad Nacional de La Plata

## Introducción

A finales del año 2020, comenzó el proceso de elaboración de la presente tesis, la cual se desarrolló durante todo el siguiente año, en el marco de la Maestría en Género, Sociedad y Políticas que ofrece la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) desde su Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP).

Cabe destacar que, la elección de la temática surgió a partir de dos recorridos personales: por un lado, la profesión de Licenciada en Psicología y la pasión por la práctica clínica; y por otro el ejercicio laboral en la Oficina de Violencia Doméstica y Géneros, organismo que depende del Centro de Justicia de la Mujer, de la Ciudad de Buenos Aires.

Desde el comienzo de la formación académica ambas cuestiones, es decir, la **salud mental** y los estudios de **género** se situaron como ejes de principal interés y dieron origen a la motivación creciente a la hora de vincular y transversalizar esas trayectorias en la siguiente investigación.

De esa manera fue como el devenir laboral ligado a la escucha de las numerosas violencias que atraviesan la vida de las mujeres y las identidades disidentes dieron surgimiento a la siguiente pregunta *¿cómo se profundizan esas diferentes formas de violencia en aquellas mujeres que tienen una discapacidad psicosocial o intelectual<sup>1</sup> y se encuentran alojadas en servicios de internación en hospitales monovalentes o instituciones psiquiátricas?*

En buena medida, ese análisis fue el que permitió situar cómo objeto de estudio la relación entre “locura” y “cuerpo feminizado”. La cual sin duda supone una vulneración de los recorridos vitales, en dos planos: primero en lo relativo a la condena social por no “encajar” en los convencionalismos del mundo capitalista y en segundo en cuánto al género, posicionando a aquellos cuerpos en una relación de dominación erigida por el patriarcado.

En esa dirección y luego de identificar el tema de investigación, se planteó la construcción del problema a partir del análisis de las políticas públicas con enfoque de género diseñadas en virtud de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas gestantes alojadas en contextos de internación en dos hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, uno de ellos de gestión nacional y el otro dependiente del gobierno de la Ciudad; durante el período 2017 - 2020.

Al respecto de este enunciado inicial surge que, buscar garantizar dichos derechos mediante la creación de políticas públicas activas tiene un potencial transformador muy grande,

---

<sup>1</sup> La expresión “discapacidad intelectual” o “discapacidad psicosocial” se utilizará de modo indistinto en el recorrido del presente trabajo.

pero no basta con esto. Es preciso que exista un soporte material y conceptual que permita que esa obligación legal adoptada por el Estado sea implementada como una igualdad sustantiva y no meramente formal.

Por tal motivo la tesis de este trabajo plantea que, el marco legal e institucional sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas gestantes, que realizan tratamientos de salud mental, está mediado por el soporte material propuesto por cada institución y sus equipos tratantes.

Esto surge de las siguientes premisas:

1. Los hospitales monovalentes, como organismos mediadores entre el Estado y lxs sujetxs, gestionan los derechos reproductivos y sexuales como mecanismos de exclusión o de inclusión. Esto supone que el espacio de soberanía de los efectores que componen el sistema de salud resulta tal que, los derechos de sus usuarixs se encuentran constantemente en estado de revisión.

2. Lxs profesionales de la salud reproducen en sus prácticas sus propias representaciones sociales sobre cómo conciben un abordaje en salud mental con perspectiva de género.

3. El sistema de salud en Argentina se estructuró sobre un esquema fragmentado, configurado por la convergencia de tres niveles gubernamentales (provincial, municipal y nacional), facilitando una gran disparidad en cuanto a los recursos y a los criterios establecidos a la hora de garantizar el derecho a una provisión pública en salud mental.

Por consiguiente, se buscará hacer hincapié en la necesidad de someter a revisión al “manicomio” como dispositivo socio político de respuesta a las problemáticas de salud mental. Comprendiendo que es fundamental trabajar en pos de visibilizar, por un lado, las condiciones a las que son sometidas las mujeres dentro de los dispositivos de internación, siendo víctimas de múltiples violencias, vulneración de derechos y transversalización de opresiones; y, por otro lado, evidenciar si existen prácticas profesionales y políticas públicas restitutivas, que tiendan a la promoción de la interdisciplinariedad, y a los abordajes integrales.

Por último, es importante señalar que, a partir del esquema inicial planteado, las técnicas metodológicas, el trabajo de campo y los tiempos cronológicos debieron ser revisados y modificados durante la realización de la investigación de la tesis, en función del contexto sanitario mundial por la Pandemia producto del Virus SARS - CoV-2 (COVID-19). Es por este motivo que la visita presencial a los hospitales monovalentes, como trabajo de campo, se vio impedida y será suplida con bibliografía y entrevistas en profundidad a profesionales de las instituciones elegidas.

## CAPÍTULO 1

### Género y Salud Mental

En el siguiente capítulo se expondrá la formulación del problema, el objetivo general y los objetivos específicos, el método empírico utilizado y las anticipaciones hipotéticas. De igual modo, se analizará las concepciones teóricas vinculadas a construir una perspectiva que aborde transversalmente las cuestiones de género y los padecimientos mentales, en clave de derechos; intentando construir seguidamente en el estado del arte un recorrido epistemológico que sitúe y contextualice los avances y retrocesos en el acceso a los DSRyM de las mujeres en contextos de internación psiquiátrica. Finalmente se presentará una síntesis de lo analizado, con el objetivo de enriquecer la discusión teórica propuesta en cuanto a las contribuciones de la perspectiva de género en el campo de la salud mental.

#### 1. Propuesta de análisis y formulación del problema de investigación

El interrogante principal es conocer ¿qué representaciones sociales tienen los equipos tratantes, de los hospitales con internación por razones de salud mental, en cuanto a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y disidencias allí alojadas? ¿Las mismas coinciden o discrepan de las políticas públicas vigentes? ¿En sus prácticas adoptan una perspectiva que aborda transversalmente las cuestiones de género y de discapacidad?

Para tal fin se eligieron dos hospitales ubicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Hospital Nacional en red "Lic. Laura Bonaparte" y el Hospital "Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano", y se definió como eje temporal el periodo 2017-2020. Se seleccionaron dichas instituciones por depender de distintas gestiones de gobierno, la primera de ellas correspondiente al gobierno de la ciudad y la segunda de carácter nacional. Situación que preliminarmente se consideró oportuna para contrastar y comparar sus prácticas y su gestión en materia de DSRyM. Se seleccionó dicho recorte espacial porque la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (junto con la Provincia de Buenos Aires) es el territorio con más hospitales "monovalentes" especializados en salud mental y por tanto el que cuenta con más pacientes en contextos de internación.

Por otro lado, se determinó el espacio temporal de 2017 - 2020 por tratarse de un período signado por varios acontecimientos significativos en la materia, entre los cuales se puede mencionar, la aprobación en el año 2019 de la Resolución N.º 3/2019, del Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental, dependiente del Ministerio Público de la Defensa sobre los "Derechos sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres y otras personas gestantes con discapacidad mental alojadas en establecimientos de salud mental" y el aniversario de los



10 años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657, 2009) en el año 2019.

## **2. Método y referente empírico**

La siguiente tesis se inscribe dentro de la disciplina de la Psicología, a partir de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N.º 26.657, 2009), en estrecha relación con el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos y su legislación, en el marco de los Estudios de Género y las políticas de acceso a la salud pública para las mujeres e identidades gestantes con padecimientos mentales o discapacidad intelectual, comprendida en el plano de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada el 13 de enero de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU - CIDPD, 2006).

Al respecto, se destacan como espacios y sujetos de análisis metodológicos, el “Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano” y el “Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones Lic. Laura Bonaparte”, instituciones que serán abordadas mediante entrevistas en profundidad a sus directivos y profesionales. En función de ello, se buscará analizar cómo comprenden y perciben los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres e identidades gestantes alojadas en contexto de internación.

## **3. Objetivo General y Objetivos Específicos**

### **Objetivo general**

-Describir y analizar las representaciones sociales de los profesionales de la salud mental, del “Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano” y el “Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones Lic. Laura Bonaparte” respecto del acceso en el sistema público de salud a los derechos sexuales, las decisiones reproductivas y el maternaje de las mujeres con discapacidad intelectual allí alojadas (período 2017-2020).

### **Objetivos específicos**

-Analizar las estrategias adoptadas a nivel institucional y de los equipos tratantes, para brindar un servicio de salud mental con perspectiva de género.

-Comparar críticamente la legislación sobre los derechos sexuales y reproductivos de las personas gestantes en contexto de internación y su implementación como política pública sanitaria en la Ciudad de Buenos Aires.

#### **4. Anticipaciones hipotéticas o hipótesis**

Los abordajes dentro del sistema público de salud mental están mediados por el soporte simbólico de los profesionales que integran los servicios, y resultan difusos y/o poco suficientes para garantizar el acceso pleno a los derechos sexuales de las mujeres y personas del colectivo LGTBIA+ que se encuentran institucionalizadas. Es decir, que el ejercicio de las decisiones sobre su sexualidad y su capacidad reproductiva continúa siendo objeto de prácticas asistenciales y no emancipadoras.

#### **5. Consideraciones metodológicas**

La Estrategia Teórica Metodológica, será la de una investigación cualitativa. Entendiendo que se trata de una “construcción más artesanal del conocimiento; en el plano de las técnicas, lo que facilita un acercamiento al universo de las representaciones y sentidos sociales” (Hipertexto PRIGEPP, TMyPdT 1.2.3). Igualmente, esta metodología permitirá establecer una relación multifactorial entre los procesos de legislación y la implementación, en tanto protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres e identidades gestantes alojadas en las instituciones monovalentes.

Las unidades de análisis serán los profesionales de salud y sus prácticas con las mujeres que viven en contextos de internación en los hospitales públicos delimitados. El instrumento elegido para tal fin será la entrevista en profundidad (APÉNDICE 2), la misma se realizará con el previo consentimiento informado (APÉNDICE 1), y permitirá indagar la experiencia subjetiva, objetiva, simbólica y los marcos normativos de los actores claves, encargados de implementar las políticas públicas de salud en materia reproductiva en dos hospitales públicos de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El material obtenido será el insumo para posteriormente delimitar temáticas, ajustar y ordenar la información y adaptar la estructura narrativa en función de criterios comparativos que permitan alcanzar las variables de sensibilidad, confiabilidad y validez de la investigación.

##### Diseño de la investigación:

**Metodología:** Cualitativa

**Tipo de estudio:** Exploratorio - Descriptivo

**Diseño:** Selectivo

**Población:** Profesionales de los equipos tratantes del “Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano” y “Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones Lic. Laura Bonaparte”

**Muestreo:** intencional, se seleccionaron intencionalmente los individuos de la población, con el objeto de que la muestra fuera lo más representativa posible a los efectos de la investigación.

**Criterios de selección:**

- La especificidad profesional en tanto efectores de salud
- El ejercicio laboral actual en los dos hospitales elegidos.

Cabe destacar que, el número de entrevistas se determinó en base al criterio de saturación teórica, el cual postula la necesidad de finalizar la muestra cuando la información recopilada no aporta nada nuevo al desarrollo de las propiedades, ni a las dimensiones de las categorías de análisis.

5. a Entrevistas profundas

Mediante un diseño exploratorio-descriptivo y cualitativo, se realizaron en el año 2021, diez entrevistas en profundidad a autoridades y profesionales de los equipos tratantes de los hospitales seleccionados para la investigación: “Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano” y “Hospital Nacional en red en Salud Mental y Adicciones Lic. Laura Bonaparte” (APÉNDICE 3). Con el objetivo de contrastar los avances o retrocesos en la implementación de las políticas públicas ya existentes y poder valorar la capacidad institucional para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres e identidades gestantes alojadas en hospitales monovalentes de la CABA, y las congruencias o no con los tratados y los corpus jurídicos que existen.

**6. Justificación de la importancia del problema**

Es importante considerar que, en Argentina, tanto desde el nivel nacional, como del gobierno porteño se está atravesando un período transicional, caracterizado por cambios en la accesibilidad a los derechos sexuales y reproductivos. No obstante, persisten obstáculos materiales y simbólicos que afectan predominantemente a las mujeres y disidencias en situación de vulnerabilidad por su condición de usuarias de los servicios de salud mental.

Es por tal razón, que desde una perspectiva de género resulta fundamental investigar acerca de la necesidad de establecer una significación histórica en cuanto a la invisibilización estructural que continúa aquejando a las mujeres y personas gestantes con discapacidad intelectual.

De la misma forma, la motivación de la presente investigación surge a partir del interés disciplinar en la temática y sus posibles contribuciones al desarrollo del campo de estudio de la Psicología y los estudios de género.

Por otro lado, existe un interés coyuntural promovido por el surgimiento de múltiples movimientos sociales de mujeres y LGTBIQA+ en Latinoamérica en el siglo XXI, que luchan por la adquisición de sus derechos sexuales y reproductivos, los cuales a su vez impulsan avances en materia legislativa y de políticas públicas. En esta línea, resulta interesante indagar si las medidas legislativas adoptadas y su implementación tienen los alcances necesarios para contemplar la realidad de las mujeres y personas gestantes que transitan procesos largos de internación en centros de salud mental, o bien persiste una falta de reconocimiento en el ejercicio de esos derechos fundamentales.

Entendiendo además que, como sujetos de derechos de ciudadanía son un grupo extremadamente vulnerado, ya que se las considera “rescindibles” y por tanto doblemente excluidas del sistema capitalista, en el ámbito de la “productividad” y en el plano de su capacidad de decisión “reproductiva y no reproductiva”.

## **7. Estado del Arte**

Los antecedentes académicos serán construidos a partir de una búsqueda bibliográfica de los siguientes ejes a partir de los cuales el problema de investigación ha sido construido (derechos sexuales y reproductivos; salud mental y género; abordajes profesionales e institucionales).

Para cada eje del estado del arte, la búsqueda será realizada por palabras clave (salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, salud mental y género), en bases de datos y repositorios locales e internacionales, en América Latina y Argentina en particular en el período del año 2000 al 2020, para conocer el devenir de la temática desde el comienzo del siglo XXI, hasta llegar al espacio temporal elegido para la presente investigación (2017 – 2020).

A partir de ese esquema inicial los antecedentes recopilados serán fichados -tal como se presenta a continuación- y luego presentados cronológicamente y puestos en diálogo en base a los ejes planteados:

**1. Título:** Investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina, 1990-2002.

**Autora:** Gogna, Mónica.

**Palabras clave:** Sexualidad; Argentina, Derechos Sexuales y Reproductivos

**Año:** 2005.

**Publicación:** CEDES, Buenos Aires CLAM.

**Resumen:** Investigación en sexualidad y derechos sexuales realizada en la Argentina entre 1990 y 2002. Con el propósito de contribuir a la construcción de una agenda de investigación. Presenta una síntesis del conocimiento acumulado, identifica los principales

vacíos en la producción local y sugiere líneas de trabajo a futuro. El estudio ofrece una mirada crítica acerca de los abordajes conceptuales y las estrategias metodológicas empleadas y destaca posibles implicancias de los hallazgos para intervenciones en este campo. Forma parte de una serie de estudios, impulsada con el objetivo de sistematizar el estado del conocimiento sobre sexualidad y derechos sexuales en cinco países de la región: Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Perú.

2. **Título:** Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de la CABA. Obstáculos y Resistencias.

**Autoras:** Zaldúa, Graciela, Pawlowicz, María Pía, Longo, Roxana y Moschella, Romina.

**Palabras clave:** derechos sexuales y reproductivos; género; ciudadanía; subjetividades.

**Año:** 2010

**Publicación:** Anuario de Investigaciones, Universidad de Buenos Aires Facultad de Psicología Secretaría de Investigaciones. Buenos Aires: Ed. Secretaría e Instituto de Investigaciones Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires.

**Resumen:** El presente trabajo tiene como objetivo explorar las diferentes barreras que obstaculizan el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, de las usuarias de dos establecimientos públicos de salud y su relación con el marco legal vigente y las prácticas institucionales.

3. **Título:** “Derechos de las mujeres y salud mental”. La intervención del Trabajo Social en los procesos de externación de mujeres del hospital psiquiátrico “Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca”.

**Autora:** María Eugenia Rodríguez.

**Palabras clave:** Mujeres – Géneros – Derechos – Salud Mental.

**Año:** 2015

**Publicación:** Tesis de Posgrado, Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

**Resumen:** Investigación acerca de las instituciones donde se moldea la subjetividad, admitiendo la permanencia mediante un diagnóstico cuyo resultado posible es la transformación de las mujeres como objetos depositados. A partir del desarrollo contextual e histórico de las relaciones de género basadas en las diferencias biológicas que han convertido a las mujeres en seres culturalmente inferiores.

4. **Título:** “Salud Mental, Derechos Humanos y Derechos Sexuales y Reproductivos en Uruguay”.

**Autora:** Katherin A. García Montejó Mederos

**Palabras clave:** – Género – Diversidad – Salud Mental – Salud – Discapacidad – Derechos Humanos.

**Año:** 2016

**Publicación:** Tesis de la Universidad de la República del Uruguay. Facultad de Psicología. Trabajo Final de Grado.

**Resumen:** Se desarrolla la historia de los Derechos Sexuales y Reproductivos a partir del siglo XX y se define “Salud Sexual y Reproductiva”. Se resaltan algunas consideraciones del enfoque de género y el nuevo modelo salud-enfermedad-atención, que compromete además la investigación de las políticas y cuidados de la discapacidad y los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos que Uruguay ha incorporado en su legislatura.

5. **Título:** “La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico, Dr. Alejandro Korn, Melchor Romero”.

**Autorxs:** Bellingeri, Georgina; Bellingeri, Lucía; Córdoba, Sol; Demo, María y Kees, Alexis.

**Palabras clave:** Salud mental, mujeres internadas y abordaje profesional

**Año:** 2017.

**Publicación:** Anuario de Investigaciones, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata (UNLP)

**Resumen:** El presente trabajo indaga las lógicas que entran en tensión al aplicar intervenciones enfocadas desde una perspectiva de derechos en el campo de la Salud Mental. Entre las cuales se explora el abordaje de la sexualidad en un contexto de encierro y las estrategias que prevalecen en el Hospital Dr. Alejandro Korn.

#### 7. a Análisis del material seleccionado en pos del enriquecimiento de la presente tesis

El recorrido de los antecedentes mencionados permite establecer un lineamiento teórico común que se mantiene imperturbable con el avance de los años, el hecho de que el manicomio representa un dispositivo socio político de respuesta a las problemáticas de salud mental que reproduce las opresiones del mundo capitalista y patriarcal.

Asimismo, se destaca la importancia de dichos estudios en cuanto a la producción socio histórica de la salud mental a partir de la perspectiva de género. Lo que permite recuperar las categorías de derechos sexuales y reproductivos, en interrelación con las mujeres y

disidencias, como sujetxs que sufren un proceso de degradación social y se convierten en objeto de prácticas manicomiales y médico-hegemónicas.

Por último, se puede remarcar que la información aportada por los antecedentes señalados contribuye a plantear “un recorrido analítico espiralado y recursivo, con hitos y paradas estratégicas” (Bloj, 2010, p. 6) que es de gran valor teórico empírico en la construcción de la presente tesis, como así también en futuras investigaciones ligadas al campo.

## **8. Síntesis sobre la importancia de la perspectiva de género en salud mental**

La incorporación de la perspectiva de género permite repensar las prácticas y los abordajes dentro del área de la salud mental desde nuevas categorías. Lo que implica que, los procesos de salud – enfermedad comienzan a ser comprendidos como un fenómeno multidimensional y en función de las construcciones sociales que adjudican roles y funciones predeterminadas a los distintos géneros.

A su vez, los abordajes de género introdujeron por primera vez las categorías de identidad de género, orientación sexual y derechos sexuales, en el campo de la salud; impulsando de esa forma el acceso a la información para lxs usuarixs e introduciendo la necesidad de capacitaciones en la temática para lxs efectores de los servicios.

Entendiendo que las representaciones sociales de género y la manera en que se conciben condicionan la construcción de nuevas subjetividades, como también, esas nuevas maneras de nombrar y de sentir la sexualidad afectan a la construcción social del género y posibilitan la creación de espacios novedosos dentro del sistema de salud.

## **CAPÍTULO 2**

### **Marco Teórico**

El abordaje propuesto se compone de tres ejes conceptuales: los avances en la atención en salud mental en clave de género; la legislación nacional en materia derechos sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres y personas gestantes; y la teoría de las representaciones sociales (RS).

El primer eje abordará los distintos momentos históricos que caracterizaron cambios estructurales en el modo en el que se aborda la salud mental de las mujeres y disidencias. Asimismo, se planteará la necesidad de reflexionar acerca del desencadenamiento de los procesos sucedidos en la Argentina, que dieron lugar a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (2009).

En el segundo eje, se esbozará cuál es el escenario actual en materia de políticas públicas reglamentadas en el acceso a los Derechos sexuales, reproductivos y de maternaje, teniendo en cuenta la legislación local a cargo del Ministerio de Salud Nacional y de la Ciudad de Buenos Aires y del Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, dependiente del Ministerio Público de la Defensa.

Finalmente, y con fines metodológicos se consideró relevante conceptualizar la teoría de las representaciones sociales (RS), que servirá como herramienta para comprender, en los próximos capítulos, bajo qué premisas construyen sus prácticas los profesionales de los hospitales elegidos, y en base a qué supuestos lo hacen. Para posteriormente poder analizar y comparar críticamente sus percepciones en virtud de la legislación y los abordajes que adoptan las instituciones en las cuales ejercen su trabajo.

## **9. Historicidad de la salud mental en clave de género**

### **9. a Relegadas por ser mujeres: la historia de la locura sobre el cuerpo feminizado**

Si la mujer es naturaleza, su historia es la historia de su cuerpo, pero de un cuerpo del cual ella no es dueña porque solo existe como objetos para otros, o en función de otros, y en torno al cual se centra una vida que es la historia de una expropiación. El ser considerada cuerpo-para-otros, ya sea para entregarse al hombre o para procrear, es algo que ha impedido a la mujer ser considerada como sujeto histórico social, ya que su subjetividad ha sido reducida y aprisionada dentro de una sexualidad esencialmente para otros, con la función específica de la reproducción  
Basaglia, Franca (1983, p. 40)

Adentrarse en la historia de la salud mental de las mujeres en el mundo occidental y eurocéntrico supone necesariamente analizar “la relación entre la caza de brujas y el progresivo cercenamiento del cuerpo femenino a través de la expansión del control del Estado sobre la sexualidad y la capacidad reproductiva” (Federici, 2021, p. 8).

La persecución, la tortura y la caza de brujas, acontecida en Europa durante el siglo XV y hasta el siglo XVIII constituyó un hito en la historia de la salud mental de las mujeres, ya que se encuentra íntimamente ligada a los orígenes de la politización de la reproducción de los cuerpos femeninos. Es decir, la salud mental de las mujeres se construyó como un área de interés para la sociedad de la época, en virtud de la importancia de su aparato reproductor.

La matanza indiscriminada de mujeres acusadas de ser brujas contribuyó a sembrar miedo y terror sobre todas las prácticas femeninas que incluyeran apartarse de la norma social imperante, ligadas a la familia nuclear y la dedicación exclusiva de los cuidados del hogar.



Asimismo, permitió estructurar sobre la construcción social del género femenino un imaginario vinculado al oscurantismo, la locura y la rebelión.

Las acusaciones de brujería iban dirigidas a aquellas mujeres que no se cernían a los estereotipos culturales impuestos por el capitalismo naciente como, transgresiones sexuales, conductas catalogadas como promiscuidad, o bien mujeres viudas o solteras marginadas y empobrecidas, quienes debían responsabilizarse del cuidado de sus hijxs y eran excluidas por no contar con la protección de un hombre.

También algunas autoras, como Barbara Ehrenreich y Deirdre English (1973) postularon que en ocasiones las mujeres perseguidas eran curanderas, parteras o referentes de otras mujeres en lo relativo a los métodos anticonceptivos y/o abortivos.

Es por ello, que la desviación de la norma sexual reinante y cualquier comportamiento que en la actualidad sería comprendido como un sufrimiento o padecimiento mental era castigado y sancionado como modo de adoctrinamiento, y velaba de forma encubierta por la necesidad de controlar el cuerpo de la mujer en función de su capacidad gestante.

Es interesante preguntarse ¿por qué la caza de brujas estaba dirigida principalmente a las mujeres?, una primera aproximación supone que se debió a que fueron “quienes más se empobrecieron a causa de la capitalización de la vida económica y porque la regulación de la sexualidad y la capacidad reproductiva de las mujeres fue una condición para la construcción de formas de control social más rigurosas” (Federici, 2021, p. 8).

En ese contexto, también es oportuno reflexionar e historizar sobre la categoría de la sexualidad femenina. Desde el origen de la religión judeocristiana se instaló al cuerpo de la mujer como algo malo o diabólico, ya que éste se imponía como una amenaza social que debía ser controlada.

Como se desprende del análisis planteado surge que, con el objeto de mantener y consolidar el predominio del género masculino sobre el femenino, fue condición necesaria demonizar el cuerpo de las mujeres y así evitar que sea utilizado como un instrumento emancipador.

De acuerdo con lo expuesto es oportuno considerar también qué consecuencias tuvo para la sexualidad femenina y la salud mental de las mujeres la caza de brujas. Primeramente, el establecimiento de la inferioridad de las mujeres, y por consiguiente la propiedad de los hombres sobre ellas, hecho que facilitó la reclusión de la mujer dentro del hogar y la división sexual del trabajo en tareas productivas y reproductivas, que devino durante el auge del mundo capitalista.

Simultáneamente, permeó la desintegración de los vínculos entre las mujeres y promovió la erradicación del temor de los hombres a la construcción de poder del género femenino. A su vez, dinamitó las prácticas sociales que no se vinculaban con la disciplina del trabajo productivo capitalista. Y, por último, forzó “el reconocimiento de un rol legitimado y exclusivo para las mujeres en la comunidad, el de esposas y madres” (Federici, 2021, p. 49). Por fuera del matrimonio y la procreación, la sexualidad femenina representaba un peligro inminente para el capitalismo, ya que atentaba contra las jerarquías sociales y las relaciones de clase.

En este punto, es oportuno preguntarse ¿por qué resulta importante analizar el antecedente de la caza de brujas? Porque sin lugar a duda, permite entender la fragilidad y la vulnerabilidad sobre la cual se estructuró el sistema de salud en la creación de estructuras de atención de salud mental y salud sexual para las mujeres. Rastrear el origen de esa historia, posibilita comprender que las prácticas profesionales de ambas esferas (la salud mental y la salud sexual y reproductiva), están estrechamente vinculadas a abordajes que reproducen opresiones vinculadas a una tradición más antigua.

Ya que en el acontecer de este proceso y en pleno auge del capitalismo con la Revolución Industrial, la maternidad se convirtió en garante de la salud mental de las mujeres. El eje de ese periodo histórico se caracterizó por los denominados “trastornos del útero”, con la “histeria” como principal nosografía clínica. Es dable destacar que durante ese periodo “la medicina positivista se apropia del cuerpo de las mujeres, psiquiatrizando sus deseos y sentimientos y creando un sistema hegemónico de comprensión y tratamiento” (Burin, 1987, p. 317).

Recién a principios del siglo XXI, comienza a problematizarse la salud mental de las mujeres como una cuestión de salud integral y humanizada, y no meramente reproductiva; a partir del auge de los organismos internacionales de derechos humanos y los movimientos feministas. Sus reclamos permitieron instalar una agenda mediática y militante, que fue el puntapié inicial para que se legislaran en los países centrales políticas públicas de salud mental en clave de derechos.

Como, por ejemplo, aquellas destinadas a erradicar prácticas como las curatelas para personas con padecimientos mentales, las internaciones involuntarias sin el debido proceso jurídico, la obligación profesional de brindar un consentimiento informado al inicio de un tratamiento y el derecho de los pacientes a acceder en cualquier momento a su historia clínica.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, los movimientos feministas de la corriente central concentraron sus demandas principales en torno a la legalización del

aborto, el acceso a la anticoncepción y la planificación de la maternidad, la educación sexual, la erradicación de la esterilización femenina forzada o mutilación genital y la eliminación de la violencia obstétrica.

Sin embargo, las conquistas de esos feminismos eurocéntricos, no se replicaron en paralelo ni tuvieron las mismas características en Latinoamérica. Si bien el legado de los feminismos posmodernos permitió conceptualizar y visibilizar algunas desigualdades entre los géneros, no da cuenta de igual manera del proceso que transita en la temática este subcontinente.

Reflexionar acerca de la trayectoria de los feminismos en América Latina reviste un desafío distinto, el de nombrarnos desde la experiencia que nos construye. E implica establecer un verdadero marco interseccional desde los márgenes y no una sumatoria de opresiones descriptas en clave de raza/etnia, nacionalidad, edad, clase y género. Ese recorrido, que es aún más complejo y crítico es el que debe desandarse para comenzar a definir nuevas subjetividades transfeministas y latinoamericanas.

### **9.b Avatares de la salud mental en la Argentina y legislación vigente**

De todas maneras, para alcanzar el objetivo propuesto en esta tesis, se circunscribirá el análisis de los avances y retrocesos en materia de salud mental en clave de género, al territorio argentino luego de la última dictadura cívico-militar.

Se sitúa ese momento histórico por el impacto que ocasionó a nivel nacional la desaparición de 397 trabajadorxs y estudiantxs del campo de la salud mental en los centros clandestinos de detención, como también el exilio de muchxs otrxs en diferentes países (Trimboli et al., 2019). Y al mismo tiempo, la desmantelación de múltiples instituciones, el cierre de universidades y centros de formación, y el cese de múltiples investigaciones relativas a la temática por ser consideradas subversivas.

Con la vuelta de la democracia en el año 1983, se reabrieron las carreras de Psicología y se retomó el trabajo en la Dirección Nacional de Salud Mental (DNSM), no obstante, no se produjeron cambios sustanciales y el paradigma de atención se consolidó a partir de una hegemonía de la práctica psiquiátrica. La historia de las reformas fue muy paulatina en virtud de la existencia de varios factores que afianzaban una lógica manicomial:

- Las privatizaciones en el sector de la salud.
- La patologización de la existencia “normal” y el énfasis en el diagnóstico clínico a partir de manuales y compendios nosográficos.
- El auge de la industria farmacéutica y la sobre medicalización.
- El encierro y la exclusión social como único abordaje.

- La predominancia casi exclusiva de la práctica médica por sobre cualquier otra disciplina o terapéutica.

Una lucha que caracterizó este momento transicional fue la demanda de lxs psicólogxs por conseguir reconocimiento profesional dentro del sistema de salud y así poder ejercer de manera formal en el ámbito clínico. Ya que hasta ese momento la disciplina era considerada como un apoyo externo o auxiliar de las prácticas médicas y no era legitimada por ser considerada una ciencia sin fundamentos biologicistas.

En el año 1985, se logró la sanción de la Ley Nacional del Ejercicio Profesional del Psicólogo (Ley 23.277, 1985) la cual estableció entre otras cosas los campos de intervención, los derechos, las obligaciones y las prohibiciones en el desarrollo de la práctica.

En el país, uno de los primeros impulsores de las reformas del sistema manicomial fue Mauricio Goldenberg (médico psiquiatra y psicoanalista argentino), quien promovió un abordaje en salud mental ambulatorio, comunitario y respetuoso; e introdujo e impulsó los primeros equipos interdisciplinarios para el tratamiento de personas con padecimientos mentales.

Para Trimboli (2019) la introducción de Goldenberg de un enfoque interdisciplinario, comunitario y dinámico permitió el paso “de una tendencia de tratamientos psiquiátricos centrados en el hospicio hacia otra basada en los hospitales generales, sumando consultorios externos, interconsultas con otros servicios, Hospital de Día y atención comunitaria en los barrios, entre otras alternativas” (p. 28).

Durante la década comprendida entre 1990 y el 2000, no hubo grandes cambios en la terapéutica y la tendencia de la psiquiatría tradicional continuó facilitando las internaciones prolongadas y la pasividad y el encierro de lxs usuarixs de los servicios. Es recién a partir del año 2004 que comienza a gestarse la apertura gradual y paulatina hacia nuevas perspectivas en clave de derechos humanos, un suceso remarcable en esa línea fue la fundación de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM), que dio origen a la primera organización interdisciplinaria del país, nucleando a profesionales de todas las disciplinas de la salud mental.

En este contexto, y también en el año 2004 tiene lugar la reglamentación de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (Ley 448, 2000), que introduce como eje central el reconocimiento de “la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, y cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social” (art. 2., inciso b.). Asimismo, refiere “la salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-cultural y de la necesidad del logro

de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo” (art. 2., inciso b.).

Las afirmaciones y disposiciones vertidas en la nombrada ley postulan un claro intento por modificar el abordaje manicomial al conceptualizar que la salud mental de todas las personas es una parte inseparable de su salud total. Por lo tanto, esa premisa presupone que la atención en salud mental no puede ser escindida en ese único plano y debe abordarse en el marco de hospitales generales que integren el adecuado tratamiento del padecimiento mental; sin descuidar las variables sociales, culturales y físicas.

En los años posteriores, comienzan los debates parlamentarios en el Congreso Nacional con el objetivo de legislar una nueva ley de salud mental, de esta manera se promulga en el año 2010, la Ley Nacional de Salud Mental (26.657, 2009), que fue el avance más significativo y revolucionario, una ley cuyo espíritu pone de relieve lo comunitario, lo territorial, lo intersectorial y la interdisciplina.

El antecedente que adopta la ley para su formulación es la experiencia de Franco Basaglia, un médico clínico que se hace cargo de la dirección del Hospital Psiquiátrico de Gorizia, en el norte de Italia, e inicia en 1961 las transformaciones que años más tarde dieron origen a la denominada psiquiatría democrática. Sus reformas promulgaban la necesidad de un abordaje ambulatorio, comunitario y respetuoso de los derechos.

En sus teorizaciones Basaglia. F (2013) plantea que la historia de la psiquiatría es la historia de lxs psiquiatras y no la historia de lxs enfermxs, lo que en consecuencia ha fomentado una enorme distancia entre médicx y paciente, y ha facilitado una condición de dependencia y sumisión.

Para esta corriente, los hospitales psiquiátricos como históricamente fueron concebidos son una forma de control social, ya que la gestión de la salud y la enfermedad se encuentran en manos del médicx y es éstx quien tiene el poder. El objetivo de este modelo es por tanto desinstitucionalizar al paciente y eliminar las internaciones prolongadas, para sustituirlas por organizaciones más ágiles, como casas de medio camino o tratamientos ambulatorios, que permitan la reinserción en la vida social.

En consonancia con este modelo, la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657, 2009), establece: crear estructuras externas a los hospitales monovalentes; modificar la antigua denominación de “enfermedad mental” por “padecimiento mental” lo que obliga al Estado a garantizar la atención de nuevas situaciones como las adicciones o el consumo problemático de sustancias; incorporar la noción de que todas las personas que acuden a un servicio son sujetxs de derechos y no usarixs pasivos del sistema; y la creación del Órgano de Revisión de la Ley

Nacional de Salud Mental, un organismo autónomo e independiente que tiene como función controlar el cumplimiento efectivo de la ley y garantizar los derechos de lxs usuarixs.

El mayor desafío que reviste la ley es su implementación, ya que implica gestionar los recursos con el objeto de construir programas que dispongan de la habilidad estatal necesaria para que la deshospitalización ofrezca alternativas adecuadas y posibles. En caso contrario y con independencia de lo revolucionario de su abordaje, se corre el riesgo de generar nuevas falencias y complicaciones que redunden en sistemas expulsivos.

Para el desarrollo de estrategias en esta dirección, es esencial que el Estado en sus distintos niveles de gestión (nacional, provincial y municipal) exija el efectivo cumplimiento de lo dispuesto, disponiendo políticas públicas que garanticen el pasaje de la igualdad formal a la igualdad sustantiva, de no hacerlo muchas situaciones pueden agravarse y endurecer prácticas que pretendían erradicarse.

Un claro ejemplo de esta compleja situación es que la ley establece que las internaciones por motivo de salud mental serán en todos los casos voluntarias, con excepción de aquellas situaciones en las cuales la persona sea peligrosa para sí misma y/o para terceros. Lo que implicó un cambio radical respecto de la legislación anterior, la cual avalaba que las decisiones sobre el inicio o la continuidad de una internación fueran adoptadas por la figura del “curador” o “tutor”, la cual solía estar a cargo de un familiar o un agente estatal.

Esto trajo aparejado un debate muy grande respecto al rol de la justicia, quien en la actualidad debe velar por lxs derechos de lxs usuarixs y arbitrar los medios necesarios para establecer (con la intervención de un equipo interdisciplinario especializado) ese criterio de peligrosidad inminente.

En líneas generales, esto implica reordenar los roles entre el sistema de justicia y el sistema sanitario, estableciendo que los equipos de salud son los encargados de establecer si corresponde internar, en tanto corresponde a la justicia solo en aquellos casos en los que no resulte voluntario.

Independientemente de ello, esto pareciera no ser sencillo de implementarse en virtud de la burocracia inherente a la toma de decisiones de los distintos actores involucrados, quienes suelen eximirse de la responsabilidad, aparándose en la no vulneración de ningún derecho y la falta de dispositivos intermedios de atención. Lo que trae aparejado múltiples reclamos por parte del entorno de la persona, quienes reclaman que las personas que padecen son dadas de alta, pero la persistencia de su cuadro continúa.

En resumen, lo expuesto pone de manifiesto un claro conflicto entre el avance de la normativa y la dificultad para su cumplimiento efectivo, paradoja que volverá a ser abordada en los próximos capítulos.

## **10. Marco normativo: Derechos sexuales, reproductivos y de maternaje**

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos se encuentran comprendidos entre los derechos humanos básicos. De acuerdo con el contenido publicado en la página oficial del Ministerio de Salud de la Nación<sup>2</sup> (2021) los mismos se definen como:

**Derechos sexuales:** se refieren a poder decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, a vivir la sexualidad sin presiones ni violencia, a que se respete la orientación sexual y la identidad de género sin discriminación, a acceder a información sobre cómo cuidarse, y disfrutar del cuerpo y de la intimidad con otras personas.

**Derechos reproductivos:** derecho a decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no tener hijas/os, con quién, cuántos y cada cuánto tiempo. El derecho a recibir información sobre los diferentes métodos anticonceptivos y el acceso gratuito al método elegido. La atención de la salud respetuosa y de calidad durante el embarazo, el parto y el posparto, así como en situaciones de post aborto. Es también un derecho el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Según la información publicada en el mismo sitio el acceso a estos derechos contempla:

- Disfrutar una vida sexual saludable y placentera, sin presiones ni violencias.
- Acceder a información y atención, con respeto y confidencialidad.
- Recibir atención gratuita e integral de la salud sexual y la salud reproductiva.
- Acceder a la interrupción del embarazo (IVE/ILE)
- Vivir la identidad de género y la orientación sexual libremente.
- Elegir si tener o no hijas/os, con quién, cuántas/os y cuándo tenerlas/os.
- Elegir y recibir métodos anticonceptivos de manera gratuita en hospitales, centros de salud, obras sociales y prepagas.
- Acceder a tratamientos de reproducción médicamente asistida.
- Acceder a los tratamientos para modificación corporal de acuerdo con la ley de identidad de género.

El **marco legal y los compendios normativos** que protegen los derechos sexuales, reproductivos y de maternaje en Argentina son la Constitución Nacional y los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, entre ellos los más significativos son: la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU, 2006); la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém Do Pará, 1994) y la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1981).

---

<sup>2</sup> Ver: <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/derechos>

Como también las siguientes leyes nacionales de referencia: Ley de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25.673, 2002); Ley de Parto Humanizado (Ley 25.959, 2004); Ley de Anticoncepción Quirúrgica (Ley 26.130, 2006); Ley de Educación Sexual Integral (26.150, 2006); Ley de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (Ley 26.485, 2009); Ley de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (Ley 26.529, 2009); Ley del Derecho a la identidad de género de las personas (Ley 26.743, 2012); Ley de Reproducción Asistida (Ley 26.862, 2013) y la Ley de Interrupción Voluntaria del embarazo (Ley 27.610, 2021).

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las leyes relativas a la materia son: la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (Ley 418, 2000); la Ley Identidad de género (Ley 3.062, 2009) y la Ley de Atención Integral de la salud de personas intersexuales, travestis, transexuales, y transgénero (Ley 4.238, 2012).

Asimismo, existen resoluciones y recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación que establecen cómo deben actuar los hospitales, centros de salud, obras sociales y prepagas para respetar el acceso a estos derechos.

Por último, cabe destacar el documento titulado "Derechos sexuales y reproductivos. Derecho al maternaje de las mujeres y otras personas gestantes con discapacidad mental alojadas en establecimientos de salud mental" (Resolución N.º 3, 2019), producido por el Órgano de Revisión Nacional de la Ley de Salud Mental, dependiente del Ministerio Público de la Defensa. En este sentido, se destaca que esta recomendación fue adherida por la CABA bajo la firma de una adenda.

En resumen, la legislación existente respecto de la temática es prolifera y abundante, y preliminarmente da cuenta de las transformaciones sustantivas que se vienen gestando con el paso de los años en cuanto al desarrollo de la perspectiva de género en el país.

Es evidente también que, con diferentes ritmos, tanto la Nación, como la Ciudad de Buenos Aires han reglamentado normas legales con el objeto de proteger los DSRyM, no obstante, todavía se desconoce con precisión el grado de concreción de estas por medio de la implementación de políticas públicas transversales, integrales e interseccionales.

Por lo tanto, el objeto de esta investigación es ahondar en este interrogante, a partir de las representaciones sociales de lxs especialistas de los equipos tratantes del sistema sanitario de salud mental, cómo también describir si existe un enfoque armónico entre sus prácticas, la perspectiva institucional y el marco legal.



## 11. Teoría de las representaciones sociales (TRS)

La teoría de las representaciones sociales se inscribe en el marco de los postulados formulados por la denominada Psicología Social y fue desarrollada por Serge Moscovici (1961) quien las definirá como el conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales y podría asemejarse a lo que comúnmente se llama sentido común.

Las representaciones sociales por tanto se componen de pensamientos y/o sentimientos que se construye en sociedad, a partir del propio bagaje cultural, pero no parten estrictamente de un saber científico. A lo largo de la investigación serán comprendidas como las estructuras simbólicas que se originan tanto en la capacidad creativa del psiquismo humano como en las fronteras que impone la vida social (Jovchelovitch, 1995).

De acuerdo con Arruda (2002) la teoría de las representaciones sociales empieza a darle sentido al “desmantelamiento de viejas líneas divisorias tan conocidas por la psicológica: la frontera entre razón y sentido común, razón y emoción, sujeto y objeto. La realidad es socialmente construida y el saber es una construcción del sujeto, pero no disociada de su inscripción social” (p. 321).

Se consideró relevante retomar las teorizaciones de esta última autora ya que realiza su análisis desde una perspectiva de género y plantea que el feminismo y la teoría de las representaciones sociales son dos teorías con postulados y características comunes. Por lo que divide su estudio en tres planos de coincidencias: la dimensión de los **campos del saber**, la dimensión **conceptual** y la dimensión **epistemológica**.

En lo relativo a la dimensión del campo del saber, propone que una de sus semejanzas radica en que ambos planteamientos teóricos se originan como respuestas a paradigmas clásicos que comienzan a quedar obsoletos frente a las nuevas problemáticas sociales. Este fenómeno suele denominarse “transición paradigmática” y se vincula al surgimiento de nuevas corrientes, conocidas como teorías emergentes (Arruda, 2002).

Otra dimensión común que destaca Arruda es que, a diferencia de otras ciencias, no surgen desvinculadas de la realidad concreta, sino a causa de ella. Asimismo, sugiere que se instalan en conflicto con otras perspectivas y propician el debate de un saber preestablecido que no había sido disputado antes.

En lo que atañe a la dimensión conceptual, explica que las coincidencias se producen en el plano del objeto y el método de estudio. Por un lado, ambas teorías centran su interés en objetos subestimados o infravalorados por la ciencia clásica, el género y el sentido común;

adoptan su tema y su objeto de forma más dinámica y creativa; las metodologías adoptadas suelen ser más flexibles (Arruda, 2002)

En cuanto a las coincidencias en el plano de la dimensión epistemológica expresa que ambas teorías “tejen una crítica al modo binario que antepone naturaleza a cultura, razón a emoción, objetivo a subjetivo, pensamiento a acción, ciencia a sentido común” (Arruda, 2022, p. 323).

Simultáneamente opina que los dos abordajes son teorías relacionales, en las que no se puede investigar y construir postulados sin conocer la relación existente entre el objeto y su contexto; el género es una categoría relacional en tanto se construye a partir de la asimetría de poder propia del patriarcado, por su parte las representaciones sociales son categorías relaciones en virtud de que no escinden el saber en un plano científico y otro subjetivo, sino que abordan ambas cuestiones en función de un contexto determinado.

En este punto, vale la pena aclarar por qué en virtud de la presente investigación y desde el punto de vista metodológico, se pensó en abordar al fenómeno de los derechos sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres gestantes alojadas en instituciones públicas de salud mental desde la teoría de las representaciones sociales.

Esa elección se debió a la necesidad de analizar desde el punto de vista de lxs profesionales de la salud, el entrecruzamiento entre el modo en el que conciben la salud sexual y reproductiva de las personas y sus prácticas, sin perder de vista que la formación profesional jamás está desvinculada de la subjetividad. Más allá de la pretensión imperante en el mundo científico de reforzar una falsa disociación instrumental que deja por fuera múltiples pensares, sentires y experiencias.

Se consideró importante disponer de esta categoría teórica porque permitirá conocer cuáles son los juicios de valor, las creencias, las perspectivas y los condicionantes éticos y/o morales que tienen lxs profesionales de los equipos tratantes al momento de planear sus intervenciones.

Asimismo, profundizar en las representaciones sociales de los actores involucrados facilitará conocer si existen limitaciones o dificultades en materia de la implementación de las políticas públicas vigentes.

Por último, se estimó relevante ahondar en el modo en el cual los equipos de salud conciben la problemática con el objeto de que lo analizado sirva de material de consulta a la hora de diseñar un programa de acción en la temática transversal, interseccional, integral, con perspectiva de género y sensible a la temática.

## CAPÍTULO 3

### Sexualidad, reproducción y maternaje

#### Breve historia institucional del Hospital L. Bonaparte y sus dispositivos de atención:

El **Hospital Nacional en red “Lic. Laura Bonaparte”** se creó en el año 1889 y se llamó hasta el año 1940, Hospital Militar, en el año 1941 es renombrado y adopta el nombre Hospital Nacional Central de Enfermos de Tuberculosis. Entre los años 1968-1969 alberga la estructura administrativa de la Encuesta Nacional de Salud, entre los años 1969 y



1972 fue abandonado y desmantelado, mientras que un año después en el año 1973 fue rescatado de la demolición y se crea el CENARESO (Centro Nacional de Reeducción Social) en el ámbito del entonces Ministerio de Bienestar Social de la Nación, el cual tenía por objetivos brindar asistencia integral y desarrollar tareas de investigación y capacitación.

En noviembre del año 1974, se interna al primer grupo de pacientes. En 1980 se incorporan en la institución los dispositivos de clínica médica, el laboratorio de análisis clínicos, el servicio de odontología y farmacia. A partir de la sanción de la Ley de Tenencia y tráfico de estupefacientes” (Ley N°. 23.737, 1989) aparece la figura de “medida de seguridad curativa” que implica derivaciones compulsivas a tratamiento y aumenta el caudal de atención.

En la década de los años '90, comienza el auge de las comunidades terapéuticas y sus abordajes se incorporan en la institución. En 1992 se inaugura el dispositivo Centro de Día y en 1994 se reformula el modelo de atención en función de las necesidades particulares de cada persona. En el año 1996 comienza a depender del Ministerio de Salud de la Nación como un organismo descentralizado y en el año 2012 se ordena la intervención general en el marco de la reciente sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657, 2009). En el año 2013, se crea la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, se pone en funcionamiento la Casa de Medio Camino y se realiza la 1º Jornada de Salud Mental y Adicciones.

A mediados del año 2016 se modifica la denominación de la institución para pasar a llamarse: Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Licenciada Laura Bonaparte” (Ley 27.267, sancionada el 13/07/2016, promulgada el 19/08/2016 y publicada en el Boletín Oficial el 26/08/2016), en reconocimiento a la labor de la Licenciada Bonaparte como psicóloga y referente en la lucha de los derechos humanos, y en virtud de ser una de las fundadoras de la organización de Madres de Plaza de Mayo (información recuperada

del Canal oficial de YouTube: Hospital Bonaparte, 02 de mayo de 2018 [video] <https://www.youtube.com/watch?v=clFtXjbRXc8>).

En la actualidad, el Hospital está ubicado en la calle Combate de los Pozos 2133, en el barrio de Parque Patricios, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de gestión pública y dependiente del Poder Ejecutivo Nacional, la atención en sus servicios no es excluyente por motivos de género. La institución consta de cuatro departamentos que integran diferentes dispositivos. De acuerdo con el contenido publicado en la página oficial del Ministerio de Salud de la Nación<sup>3</sup> (2022) estos son:

1. **Salud Mental y Consumos problemáticos**, integrado por los servicios de Guardia Interdisciplinaria y de Atención a la Demanda Espontánea, abiertos a la comunidad, y con una perspectiva integral, desde el monitoreo de la evolución hasta la derivación asistida al dispositivo clínico más adecuado.

2. **Salud integral**, brinda atención sanitaria tanto a personas internadas o en tratamiento ambulatorio, como sus familias e integrantes de su entorno y de la comunidad en general. El departamento se encuentra integrado por un equipo profesional interdisciplinario “que busca acompañar a la persona de manera integral y personalizada, teniendo en cuenta su entorno social y sanitario, para que pueda asumir un rol activo en el cuidado del propio proceso salud-enfermedad” (Ministerio de Salud de la Nación, 2022). Se compone de un Laboratorio, un servicio de Diagnóstico por imágenes, un servicio de Odontología, un servicio de Nutrición y las Consejerías en Salud Sexual y en Salud Reproductiva. Conforme lo reflejado en el sitio web oficial éstas consisten en:

Un espacio de encuentro y escucha en el cual se brinda información adecuada, oportuna y científicamente validada en relación a los cuidados en Salud Sexual, Salud Reproductiva y no Reproductiva. Se facilita el acceso a prácticas y cuidados dentro del sistema de salud, se acompaña con estrategias de educación para la salud, en la construcción de autonomía y en la concientización sobre el ejercicio de los propios derechos sexuales y derechos reproductivos y no reproductivos. También, este dispositivo cuenta con un Espacio de Atención Integral LGTBIQ+ para el asesoramiento a todes les usuaries del Hospital, donde se realizan encuentros grupales y acompañamientos en hormonización y procesos de modificación corporal, para aquellos que así lo necesiten (Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

3. **Atención de Niñas, Niños y Adolescentes**, el cual ofrece tratamientos especializados en salud mental y consumo problemático para niñas, niños y adolescentes hasta 18 años.

4. **Formación**, integrado por el departamento de:

---

<sup>3</sup> Ver: <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalbonaparte>

Docencia: Gestiona y planifica la formación integral para trabajadores del hospital, para instituciones y equipos provinciales. Investigación: Fomenta el desarrollo de la investigación en el ámbito sanitario, entre profesionales del hospital y efectores de la red. Residencias: Gestiona y desarrolla la formación de posgrado en Medicina General y en Salud Mental. Y recibe residentes de otros efectores de salud. Capacitación: Coordina técnicamente la capacitación en el Organismo y la relación de ésta con la carrera administrativa de los agentes (Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

A su vez ofrece dentro de los departamentos cuatro modalidades de atención, el Hospital de Día, los Consultorios externos, el Dispositivo de Niñez y Adolescencia y el Servicio de Internación y Cuidados en la Urgencia; éste último “propone un plan terapéutico adecuado a aquellos pacientes que requieran un umbral máximo de exigencia en su tratamiento” (Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

En virtud del género de las autoridades del hospital surge que (de acuerdo a información publicada en la página oficial y actualizada al año 2022<sup>4</sup>), la Subsecretaría de Gestión de Servicios está a cargo de una mujer; mientras que la Dirección Nacional de Gestión de Servicios Asistenciales está coordinada por un varón; en el rol de Interventora General, en la Dirección de Asistencia de Salud Mental y Adicciones y en la Dirección de Administración las personas que se encuentran al frente son mujeres. No se obtuvo información oficial respecto a las jefaturas de los distintos departamentos (Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

Los últimos datos estadísticos oficiales obtenidos respecto de la cantidad de personas en contexto de internación prolongada, surgen del Informe Epistemológico N.º 3 “Internación de Agudos”<sup>5</sup>, elaborado por el Departamento de Estadística del Hospital Bonaparte, corresponden al año 2017, el cual arroja que fueron relevadas 77 personas (grupo que componía el total de la población alojada en ese servicio). A su vez, el análisis diferencial por género determinó que el 61% eran varones, mientras que el 39% restantes eran mujeres; lo que permitió concluir que hubo un incremento del 9% de mujeres en ese servicio, comparado con otros dispositivos del hospital.

#### Breve historia institucional del Hospital Moyano y sus dispositivos de atención:

Por otro lado, el **Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Braulio Moyano**, remonta sus orígenes al año 1854, momento en el cual el gobierno nacional dispone la fundación, en el territorio de la actual Ciudad de Buenos Aires, del primer hospital



<sup>4</sup> Ver: <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalbonaparte/institucional/autoridades>

<sup>5</sup> Ver: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe-epidemiologico-internacion-de-agudos.pdf>

psiquiátrico del país. Ese año, se inauguró el denominado Patio de los Dementes (en forma provisoria hasta que se concretará la construcción de un edificio) el mismo consistía en un espacio cercado en donde eran abandonadas todas aquellas personas que no contaban con recursos económicos y presentaban conductas que eran consideradas “anormales” para los estándares sociales de la época.

En el año 1860 la Sociedad de Beneficencia se ocupó del cuidado de lxs pacientes internadxs allí y se estableció que la atención estaría dedicada exclusivamente a personas de sexo femenino. A finales del siglo se finalizó la construcción de los pabellones que hoy componen la edificación del hospital. En 1880 pasó a depender del Gobierno Nacional y en el año 1992 se realizó la transferencia de gestión al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

El hospital recibió su nombre en honor al Dr. Braulio A. Moyano (1903-1959), quien fue un reconocido neuroanatomista y neuropatólogo argentino, que trabajó en la institución. Respecto al abordaje clínico brindado por la institución, la página oficial del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires<sup>6</sup> (2016) postula que “la atención del paciente psiquiátrico en el aspecto médico, psicológico y social, está a la altura de los conocimientos a nivel mundial”. Como también expresa que:

El hospital en su lucha por asistir, proteger y rehabilitar a las personas con trastornos mentales ha logrado superar en los últimos años con la actuación dinámica y constante de los equipos interdisciplinarios, las externaciones a las internaciones. Al disminuir las internaciones se han incrementado las consultas externas logrando mantener al paciente inserto en la familia y en la sociedad (Gobierno de Buenos Aires, 2016).

En la actualidad el hospital se encuentra ubicado en la calle, Brandsen 2570, en el barrio porteño de Barracas, y su gestión se encuentra bajo la órbita del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Asimismo, es dable destacar que los servicios de internación solo albergan a personas de sexo femenino, mientras que no se obtuvo información oficial concluyente respecto de personas travestis, trans, transgénero o no binarias. Se subraya que no se hallaron datos estadísticos oficiales actualizados al periodo de la presente investigación 2017-2020, respecto de la cantidad de personas en contexto de internación, como tampoco en función de su género.

Respecto de la composición del hospital surge que el mismo consta de once departamentos, ellos son: Servicio de Agudos, ambulatorios, área programática y corto plazo; Alimentación; Clínico quirúrgico; Docencia e Investigación; Guardia; Mediano y largo tratamiento; Enfermería; Psicología; Rehabilitación; Servicio social y Técnico. No obstante, en el sitio web oficial no se detalla ni se describe el modelo de abordaje de cada dispositivo.

---

<sup>6</sup> Ver: <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/hospital-moyano2/historia-del-hospital-moyano>

Un dato relevante que se pudo conocer a través de los canales formales de la institución consiste en la composición de la nómina jerárquica del hospital en función del género de quienes las integran. Lo que arrojó que, el Servicio de Agudos, ambulatorios y área programática está integrado exclusivamente por profesionales hombres; el servicio de Alimentación lo dirige una mujer, el Clínico quirúrgico se subdivide en dieciocho especialidades, 9 de las cuales coordinan mujeres y las 9 restantes varones; la jefa del departamento de Docencia es una mujer; los Servicio de Guardia y Mediano y largo Tratamiento están dirigidos por hombres; mientras que los Servicios de Enfermería; Psicología; Rehabilitación; Servicio social y Técnico están coordinados por jefas de departamento de género femenino.

Si ampliamos la categoría de análisis a la participación de hombres y mujeres en el sector salud en Argentina se refleja que es un ámbito altamente feminizado ya que el 59,3% está representado por mujeres. No obstante, y a pesar del alto índice de feminización, sólo el 32% de los puestos jerárquicos están ocupados por mujeres, lo que indica una brecha de género de casi 40 puntos entre el nivel de participación y el nivel de acceso a puestos de decisión. Asimismo, la información consultada muestra que existen especialidades sanitarias con mayor incidencia de mujeres, y éstas son aquellas que revisten atributos estereotipadamente “femeninos” como la escucha, la enseñanza y el cuidado infanto-materno; por otro lado, en las especialidades con mayor exigencia horaria, altos niveles de estrés y manejo de la urgencia se encuentra una mayor participación de varones (PNUD, 2018)<sup>7</sup>.

Esta tendencia parece replicarse en la composición de la Dirección del Hospital Moyano, al respecto la entrevistada “L” comentó “en los cargos jerárquicos de dirección sí te diría que son todos hombres, recién ahora hay una jefa de departamento, una de Psicología y una de Docencia, pero siempre fueron cargos ocupados por varones y desde que se jubiló la única directora mujer que había son todos hombres”<sup>8</sup> (Médica psiquiatra, jefa de un servicio de internación, 42 años). Asimismo, al ser consultada en virtud de los roles jerárquicos al interior de los servicios expresó “es más frecuente que esos puestos los ocupen los varones, pero de mi camada sí tengo un par de amigas que ya son jefas de servicio y otras jefas de sección, pero también es probable que no haya habido tantos llamados a concursos para ocupar esos cargos en estos años. Fueron todos juntos los concursos, nos presentamos todos los que éramos de la misma generación y hasta que no nos jubilemos esos cargos no van a estar disponibles”.

---

<sup>7</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD (2018). Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. 1ed. Buenos Aires.

<sup>8</sup> Los fragmentos de las entrevistas se transcribieron textualmente. Los nombres de lxs entrevistadxs fueron reemplazados por una letra, a fin de preservar el anonimato, sin embargo, su género, edad, trayectoria laboral y profesión son reproducidos con exactitud.

Por lo que la respuesta al interrogante acerca de la participación de las mujeres en los puestos de conducción no solo refleja la naturalización de este fenómeno al interior del crecimiento profesional, sino que además problematiza una nueva variable de análisis vinculada a la escasa movilidad institucional del sistema público-sanitario. A través del testimonio elegido se observa que las barreras que se construyen en torno al ascenso jerárquico imponen al menos dos peligros, uno inherente al género y otro en función de la edad, este entrecruzamiento interseccional visibiliza la inexistencia de mecanismo institucionales reguladores que faciliten y/o promuevan la presencia de mujeres y disidencias jóvenes en los espacios de liderazgo.

Cuadro 1: Caracterización de la población seleccionada:

<b>Sigla de identificación</b>	<b>Institución</b>	<b>Profesión y formación</b>	<b>Función que desempeña</b>	<b>Género auto percibido</b>	<b>Edad</b>
1. M	H. Moyano	Lic. En Trabajo Social Residencia clínica	Profesional consultorios externos	Mujer cis	45 años
2. D	H. Moyano	Lic. En Trabajo Social Salud pública	Profesional hospital de día	Mujer cis	39 años
3. G	H. Moyano	Lic. en Psicología Psicología Cognitiva- Conductual y sexología	Profesional servicio de internación	Mujer cis	37 años
4. L	H. Moyano	Médica psiquiatra Medicina legal	Jefa de un servicio de internación	Mujer cis	42 años
5. S	H. Moyano	Lic. en Psicología Psicología dialéctica conductual	Estudiante de la residencia	Mujer cis	28 años
6. E	H. Bonaparte	Lic. en Psicología Patologías del consumo y salud pública	Dirección del hospital	Mujer cis	60 años
7. A	H. Bonaparte	Lic. en Psicología Psicoanálisis	Profesional del servicio de internación	Hombre cis	38 años
8. T	H. Bonaparte	Lic. En Trabajo Social Salud comunitaria	Profesional del servicio de internación	Hombre cis	41 años
9. N	H. Bonaparte	Médica generalista Clínica de familia	Profesional del Departamento de Salud Integral	Mujer cis	33 años
10. J	H. Bonaparte	Lic. En Trabajo Social Residencia en salud mental	Profesional del servicio de guardia	Hombre cis	34 años



Nota: El cuadro precedente contiene información respecto del perfil de las personas entrevistadas, cinco de las cuales desarrollan sus funciones en el Hospital Neuropsiquiátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Dr. Braulio Moyano y la otra mitad se desempeña en el Hospital Nacional en Red. Lic. Laura Bonaparte.

## **12. Datos obtenidos**

A- La **primera variable** analizada consistió en valorar el nivel de conocimiento de los profesionales sobre el marco normativo existen en Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires, en particular, para proteger los derechos de las personas con discapacidad intelectual o padecimientos mentales que se atienden en el sistema de salud. Asimismo, se indagó sobre el modo en que la legislación es implementada en la institución en la que trabajan y por último se preguntó acerca de cuál es su opinión profesional respecto de la Ley Nacional de Salud Mental (26.657, 2009).

### **Resultados Hospital Bonaparte**

Lxs cinco profesionales entrevistadxs mencionaron la Ley Nacional de Salud Mental (26.657, 2009) y a la Ley de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (Ley 26.529, 2009), mientras que solo una persona mencionó la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006). A su vez ningún profesional incluyó en su respuesta información acerca de la normativa de la CABA.

El total de lxs entrevistadxs manifestó que la Ley Nacional de Salud Mental es implementada de forma diaria en las prácticas institucionales y reafirmaron que valoran de forma positiva su legislación; a pesar de ello expresaron preocupación en relación con las dificultades que registran para su implementación en el plano social/comunitario debido a los escasos recursos económicos que se destinan para ello.

En esta línea la Lic. en Trabajo Social “T” comentó “lo que sí me parece es que (la ley) se queda corta con algunas cuestiones en relación con lo comunitario, hay un laburo más allá de la norma que se trata de poder bajar la ley al sentido común. De poder laburar en el territorio con la ley, adaptarla a donde viven los pacientes, romper con los antiguos preceptos, no sólo con respecto a los profesionales sino también con respecto a la sociedad en general”. Este testimonio fue compartido por el Lic. en Psicología “A” quien recalcó “la ley es muy sólida en su teorización, pero después hay que llevarla a la práctica desde lo cotidiano; y eso tiene sus dificultades por la falta de dispositivos y casas de medio camino”.

Por su parte, la entrevistada “E”, quien ocupa un cargo directivo en la institución manifestó que considera que la mayor parte de lxs profesionales que trabajan allí adhieren a la

ley ya que según su opinión “son minorías los que están en contra, y eso se da porque esas minorías responden más a cuestiones de mercado, que a cuestiones de la práctica misma, pensemos que quienes discuten con la Ley de Salud Mental son quienes tienen intereses económicos en cuestión, fundamentalmente quienes apuestan a la medicalización, y a las intervenciones tutelares, manicomiales y asistenciales”.

Y agregó que, adoptar esa modalidad de intervención “repercute en dos cosas: en el hecho de que las prácticas privadas son mucho más redituables, ya que en una clínica privada tener gente internada es un lucro constante y es cara esa internación; y en el hecho de que para muchos actores tener personas internadas surge como una solución de control social. Entonces, esos son los que denostan de alguna forma la Ley Nacional de Salud Mental porque están buscando volver a esas prácticas de instituciones totales de encierro que no tienen nada que ver con la salud integral”.

### **Resultados Hospital Moyano**

Se destaca que el total de lxs profesionales consultados hicieron mención a la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657, 2009) y cuatro de ellxs a la Ley de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (Ley 26.529, 2009); dos personas señalaron la importancia de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006); otrxs dos entrevistadxs nombraron la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (Ley 448, 2000); a su vez otras dos personas hicieron hincapié en la Ley Nacional del Ejercicio Profesional del Psicólogo (Ley 23.277, 1985) y el Código de ética profesional; otra profesional resaltó las modificaciones sobre la atención en salud realizadas en el Código Civil de la Nación en el año 2015 y por último una persona subrayó la importancia de las recomendaciones promulgadas por el Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental.

Preliminarmente, estas respuestas brindaron mayor cantidad de referencias normativas, ya que algunxs profesionales pudieron dar cuenta de la legislación propia de la Capital Federal, lo que cobra sentido al considerar que, a diferencia del H. Bonaparte, la gestión de la institución depende del gobierno porteño y, por ende, sus prácticas están reguladas por éste.

Otro aspecto dable para destacar es que todxs manifestaron su adhesión a los preceptos comprendidos en la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657, 2009), no obstante, fueron muy enfáticos a la hora de considerar las barreras reales que encuentran en su puesta en funcionamiento. Es el caso de la Lic. en Trabajo Social “M”, quien argumentó “nosotros al trabajar con la ley vemos muchas falencias en cuanto a las posibilidades materiales de llevarla adelante; por ejemplo, hace mención a la cuestión habitacional de las usuarias, y en la práctica

cuando tenemos que darles de alta no tenemos dónde mandarlas, ósea la paciente está en condiciones de externarse, no está ni para un neuropsiquiátrico, ni para un asilo, y no tiene dónde ir a vivir, tenés lugares de medio camino, pero ¿de medio camino hacia dónde?, si después no tenés con qué. Normalmente terminan en la calle, o vuelven al Moyano”.

“S”, residente de psicología del hospital argumentó que comparte las generalidades de la ley, sin embargo problematizó un aspecto que no había sido señalado por otros de sus colegas al decir que “la ley llevó a que se termine demonizando a lo que es el hospital monovalente, y creo que la lógica ésta más de ‘manicomio’, no es solo del hospital, yo creo que tiene que ver también con una lógica que a su vez impera en hospitales generales; y que se termina culpabilizando mucho al hospital monovalente cuando en realidad es un lugar que labura muy bien y que a veces termina funcionando lamentablemente como “depósito de pacientes” pero no por una decisión del hospital sino porque todo el resto del sistema de salud expulsa a los pacientes más complejos, y el único lugar que los recibe es en el hospital monovalente”.

Esta opinión cristaliza un enfoque ambivalente respecto a dos cuestiones centrales, por un lado, el sentido de pertenencia de la profesional en relación con la institución, al expresar que no desea que sea juzgada o en sus palabras “demonizada” y por otro, los niveles de responsabilidad de los diferentes actores que componen el entramado que debe dar respuesta a la problemática. Si la falta de vivienda es el principal factor de prolongación de las internaciones está claro que el sistema en su conjunto debe atender con urgencia esta situación, ya que cubrir esta falencia de forma pasiva operando como “depositarios” de lo “indeseado” refuerza justamente lo contrario e invisibiliza la reclusión que se intenta combatir.

B- La **segunda variable** analizada consistió en conocer cuáles son las representaciones sociales de los profesionales, en torno a la permanencia en la institución y las internaciones prolongadas, para luego relevar su perspectiva respecto de ese fenómeno en las mujeres, personas gestantes y/o disidencias.

### **Resultados Hospital Bonaparte**

Se observó un alto nivel de coincidencia respecto a la tasa bajísima de personas internadas involuntariamente, haciendo mención todos ellos a que, en el año 2020 solo una persona permaneció en la institución por criterio judicial y en contra de su voluntad. No obstante, enfatizaron que esta situación no era así en años anteriores y adjudicaron el cambio a la puesta en marcha de una nueva dirección en el año 2019, la cual según señalaron redujo notoriamente la perpetuación de tratamientos en el servicio de internación sin fundamentos clínicos.

Al ser consultados por su opinión acerca de los motivos que prolongan las internaciones se lo atribuyeron a prácticas institucionales fragmentadas, falta de conducción de la dirección o errores en las estrategias de tratamiento diseñadas por el equipo tratante.

Por ejemplo, el Lic. en Psicología “A” argumentó “más allá de que las internaciones se prolongan por un montón de cuestiones habitacionales, a veces sucede cuando se pierde la perspectiva y la estrategia de trabajo. Tal vez ahora no, pero hasta el año pasado sí ha habido muchas internaciones que se prolongaron en el tiempo, sucedió en el contexto en el que estábamos, de vaciamiento del hospital, de pérdida de sentido y de horizonte hacia dónde ir. Y bueno, en consonancia con lo que estaba pasando afuera, porque el hospital se volvió un lugar alienado, había servicios aislados, personas separadas, toda esa fragmentación genera que no haya mucho movimiento”.

Su colega “J”, profesional del Trabajo Social relató que el hecho de que las internaciones se prolonguen se debe a que “ya sea por errores nuestros o situaciones más coyunturales, no siempre estamos en condiciones de ofrecerle en ese momento un dispositivo de mayor complejidad”.

Otro aspecto destacado en torno a esta situación está vinculado a la perspectiva de la Lic. en Trabajo Social “T” que sostiene que, independientemente de los esfuerzos profesionales invertidos siempre se van a presentar limitaciones al momento de lograr una externación aparatada en clave de derechos, ya que no basta con esto, también es necesario contar con una estrategia de gestión y una voluntad política clara de concretarlo.

Esta idea la formuló al proponer que “a partir de la nueva gestión se comenzó a marcar un punto de inflexión en lo que es el acceso al Programa Incluir Salud, que antes directamente no existía. No había forma de encontrar respuesta porque te encontrabas con un montón de obstáculos a la hora de buscar dispositivos para externar a un paciente” y a su vez planteó “en la anterior gestión ya al plantear una internación no estaban pensando en la problemática del paciente, ni en el tipo de tratamiento más conveniente, sino todo lo contrario, planteaban cuánto iba a durar la adaptación, en cuanto iba a poder ir a la casa a ver a su familia, qué medicinas darle, es decir, algo estandarizado para todos; tuviera familia no tuviera familia, como que el laburo pasaba por lo que pasaba dentro del hospital y no por lo que podría llegar a armar la persona afuera. Se pensaba en temporalidades más que en el padecimiento subjetivo”.

Por último, en esta línea se estimó oportuno incluir la mirada sobre esta situación de “E”, integrante de la dirección del hospital, quien relató “tenemos una sola persona en contexto de internación prolongado. Cuando yo me fui del hospital, en mi anterior gestión, habíamos trabajado con casas de medio camino, con un programa que tenía pasantías para estudios y

laborales, para trabajar como andamiaje para lograr que quienes han tenido muchas internaciones o internaciones prolongadas, pudieran ir logrando autonomía. Yo terminé mi gestión en el año 2015, y no teníamos a nadie internado por más de 60 días, eran internaciones realmente cortas o medias, y en esto tenemos un problema los profesionales porque la internación tiene que ser una terapéutica 24 horas para que tenga sentido, porque si no es un mero control, está adentro para que no esté afuera, y me parece que estas cuestiones son indispensables para pensar”.

Asimismo, agregó “ahora cuando volví en marzo del 2020, encontré muchos pacientes que hacía 3 años y medios que estaban internados, ósea que apenas me fui internaron y los dejaron internados. Eran más o menos 10 personas, en esas condiciones. Y una persona más, que es quien todavía está, con la cual tenemos toda una situación particular, porque la gestión del hospital a la cual yo reemplacé judicializó a ese paciente, hizo una solicitud ante el juez adjudicando que era peligroso. Se hizo intervenir a un juez, para que le pongan policía como custodia”.

Finalmente, “E” planteó los desafíos y las limitaciones que se presentan a la hora de lograr una externación una vez que se judicializó la intervención, al respecto explicó “pedimos la ayuda del Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental, ayuda de todos lados para poder externarlo, les hemos escrito una vez por semana al juzgado diciendo que la internación ya es iatrogénica a esta altura. Pero tenemos ese problema que el juez se expidió por ‘no innovar’, y si nosotros lo externáramos por nuestra cuenta, para que inicie el tratamiento ambulatorio, estaríamos infringiendo una decisión judicial”.

Este testimonio permite apreciar con mayor precisión el territorio en disputa y las tensiones existentes entre las instituciones especializadas en salud mental y el sistema de justicia. Entendiendo que existen intereses contrapuestos y lógicas de intervención distintas entre ambos y sin embargo (de acuerdo con lo establecido en la legislación) tienen el deber de articular sus recursos de forma conjunta e integral como efectores del Estado (en su calidad de garante de los derechos de todas las personas).

### **Resultados Hospital Moyano**

Lxs profesionales de la institución plantearon otro análisis de la coyuntura de las internaciones cronificadas, y dieron cuenta de una tasa mucho mayor de personas en contexto de internación. De todas maneras, no puede perderse de vista que el Hospital Moyano es una institución que triplica la cantidad de profesionales del Hospital Bonaparte y está conformado por un predio de 17 hectáreas, en el cual funcionan 17 departamentos y servicios (Gobierno de

la Ciudad de Buenos Aires, 2016)<sup>9</sup>. Asimismo, fue fundado 35 años antes que la otra institución elegida; y de la historia de sus orígenes se desprende una tradición manicomial muy arraigada, la cual se fue consolidando con el paso de los años.

En función de las respuestas recopiladas se obtuvo números diversos respecto de la cantidad de mujeres y disidencias alojadas en los servicios de internación, la referencia más alentadora indicó que existen 350 personas en esa situación, mientras que las cuatro profesionales restantes manifestaron que se tratarían de entre 500 y 800 personas.

Esta situación es atribuida por los equipos tratantes entrevistadxs a diferentes aspectos, entre ellos, la marginalización y la pobreza, íntimamente ligado a la falta de alternativas habitacionales y laborales, al estigma social sobre las personas con padecimientos mentales, la imposibilidad de acceder de otra forma a la medicación de forma gratuita y la ruptura de los lazos familiares o la escasa red de contención.

La Lic. en Trabajo Social “D” desarrolló algunas de estas variables al decir “para sacar a una persona de un hospital, entre otras cosas se necesita capacidad económica, crear un espacio de resocialización, gestionar lo habitacional, y además tener en cuenta qué pasa con esas personas que han vivido en el hospital 10, 20, 30, 40 o 50 años. Esas personas te nombran el hospital como ‘casa’, yo he tenido la oportunidad de colaborar en las últimas elecciones electorales [...] Ese día de la elección hubo una combi con la que íbamos y veníamos; y me acuerdo que una usuaria me preguntó ‘¿ahora volvemos a casa?’, ¿dónde es casa? Pensé yo... Yo pensando que me estaba hablando de su casa cuando vivía fuera del hospital, y ella me contestó: ‘bueno... al Moyano’, fue muy fuerte eso”.

Por su parte “L”, médica psiquiatra y jefa de un servicio planteó “son alrededor de 500 o 600, no te sabría decir el número exacto. Cuando yo entré en el año 2004 llegaban a casi 2.000 las pacientes y ahora estamos entre 500 y 600. Yo diría que el 60% o 70% está en contexto de internación prolongado y son menos las que tienen posibilidad de externación o de insertarse en otros dispositivos. Yo te diría que sucede qué, cuando entra una paciente mayor, pero que no aplica para un dispositivo geriátrico queda internada por muchos años porque no suele tener familia, no tiene otros vínculos, entonces cuánto más grande la persona peor es”.

Bajo la misma línea de reflexión, “S” residente de psicología en el hospital destacó “pasa un montón que la paciente que se atiende en el Moyano, tiene como una ‘mancha’, queda con una etiqueta, y muchas veces los hospitales generales ni la quieren evaluar, piensan de ante mano ‘es super complejo esto, que se encarguen ellos’, pasa un montón eso; y pasa en las

---

<sup>9</sup> Ver: <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/hospital-moyano2/historia-del-hospital-moyano>

guardias, en todos los servicios de salud mental te encontrás con este tipo de situaciones, que a veces uno termina activando líneas más informales, empezás a buscar gente que vos puedas contactar para generarle derivaciones territoriales, porque si no en general cuando los profesionales se enteran que pasó por una internación, o que de alguna manera está conectada con el H. Moyano es como que se niegan a recibirlas”

De acuerdo con lo establecido en la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657, 2009) los hospitales psiquiátricos monovalentes deben ser sustituidos en su totalidad en el año 2020 y reemplazados por dispositivos generales centrados en el abordaje comunitario. No obstante, los testimonios recogidos por lxs profesionales del H. Moyano durante las entrevistas reflejan que la externación en clave de derechos, de todas las personas recluidas en estos centros de salud, está lejos de concretarse.

Otra situación que sin duda dificulta la implementación efectiva de la Ley 26.657 (2009) es la falta de información estandarizada y datos certeros sobre la población internada de forma prolongada en los centros de salud mental, cómo también sobre las condiciones de vida dentro de la institución. La fuente más confiable hasta la fecha proviene del Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (CNSM - Dirección de Salud Mental y Adicciones, 2019), no obstante, en las jurisdicciones esto es aún una deuda pendiente.

De acuerdo con los datos aportados por el CNSM, surge que dentro del territorio argentino la mitad de las personas internadas está en instituciones públicas mientras que la mitad restante está en instituciones privadas. Otra variable interesante para ser considera es el promedio de edad que fue de 50 años, y el rango entre 37-63 años. A su vez la distribución por género arrojó que el 49% de las personas se autoperciben varones y el 45% como mujeres, en un porcentaje de 4,7% no se obtuvieron datos, mientras que el 0,1% indicó que se identifica como trans femenino y otro 0,1% como personas trans masculinas.

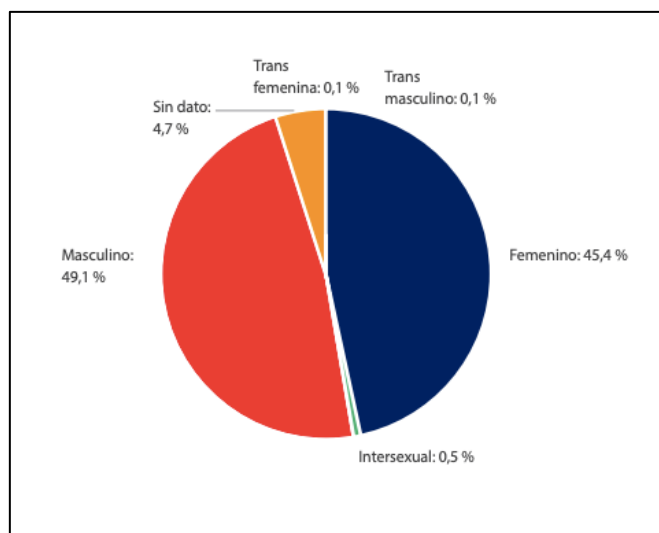


Figura 3: Frecuencia de la identidad de género referida por las personas internadas. CNSM.

Fuente: 1° Censo Nacional de Salud Mental (2019)

Asimismo, se censó la situación económica de las personas y al respecto se destacó que el 68,8% manifestó tener ingresos; no obstante, el 72% de estas refirió no administrarlos. Por otro lado, el 58% de las personas manifestaron tener vivienda, sin embargo, de estas, el 74% refirió no poder disponer de la misma. Finalmente, se destacó que el promedio de internación en el sector público es de 12,5 años y a su vez se indicó que el 30% de la población estuvo internada 8 años o más.

Tal estado de situación parece ajustarse con bastante exactitud al relato de lxs profesionales del H. Moyano, quienes describieron sus prácticas acordes a un modelo clínico-asistencial, en el cual no suelen identificarse plazos precisos para definir una “internación prolongada”, sino que los abordajes se plantean en términos de pacientes “agudos” y pacientes “crónicos”, lo que da cuenta de una metodología de trabajo enfocada en la temporalidad y no en la recuperación. Este modelo de atención suele conspirar con la puesta en marcha de mecanismos tutelares, en los cuales con independencia de que la persona internada posea algún ingreso propio (por ejemplo: pensiones, jubilaciones u otros beneficios sociales) no se articulan las gestiones necesarias para que puedan disponer de ellos; de la misma manera ocurre como reflejan los datos del censo con la variable vivienda.

Esta modalidad produce un proceso paulatino de desafiliación con la sociedad, de regresión o deterioro de las capacidades y dependencia con la institución. Esto último, ampliamente ejemplificado en el relato de la Licenciada “D” al referir que una usuaria del servicio le indicó que al regresar al H. Moyano estaba volviendo a “casa”. Si bien, la significación “casa” podría hacer referencia a un “lugar que aloja”, es claro que la inscripción simbólica de un hogar es tal cuando éste es elegido con libertad y permite el desenvolvimiento de las personas en un contexto de integración social y comunitario; situación que no acontece en un proceso de institucionalización cronificado.

C- La **tercera variable** se delineó en virtud de construir un análisis de los procesos de internación en función de la perspectiva de género. Para ello se consideró necesario profundizar sobre cómo entienden los procesos de internación los profesionales de la salud mental, en las mujeres cis, travesti, trans o transgénero. E indagar si consideran que ven afectado el acceso a la salud integral, entendiendo que existen vulneraciones adicionales que las atraviesan en función de su identidad de género. Partiendo del supuesto que el sistema sanitario opera como



un mecanismo más en la construcción de las identidades de género y por tanto tiene una injerencia directa en el modo en que las personas que transitan estas instituciones perciben sus elecciones sexuales, sus cuerpos, sus deseos y sus decisiones reproductivas o no reproductivas.

### **Resultados Hospital Bonaparte**

El enfoque de género en salud mental suele presentar el reto de aprender a deconstruir las intervenciones unívocas y hegemónicas, como así también romper con las formas de control arraigadas por los modelos psiquiatrizantes y patriarcales. En las categorías discursivas de lxs profesionales de la institución se expresó la adhesión a la creación de esta clase de nuevas prácticas de atención y dispositivos con enfoque de género, que trascienden el binarismo sexo-genérico, varón/mujer. Simultáneamente, de lo enunciado se desprende que esto les impone un desafío y los compele a repensar las conceptualizaciones ya vigentes en la atención por razones de salud mental, al incluir otros ejes transversales como el género. Asimismo, se destacó que el total de lxs entrevistadxs reconoció que existen dificultades y barreras en el acceso a la salud mental en el caso de las mujeres travestis, trans y transgénero, porque aún abundan instituciones que niegan sus derechos y reproducen distintas modalidades de violencia.

En función de esta situación la Lic. en Trabajo Social “T” comentó “existen personas que se auto perciben mujer y que acuden al servicio. En mis años en el hospital atendí algunas pacientes trans. Yo creo que las personas trans acceden al servicio de salud mental, pero con mayor dificultad. De todas maneras, yo trabajo en un hospital que tiene una gran apertura a la atención, que diría que en ese sentido el hospital es como una panacea; nunca hubo una negación a la atención. De hecho, en este momento en el hospital está funcionando una conserjería para para población LGTBQA+, que brinda acompañamiento en el proceso de hormonización y asesoramiento”.

Por su parte “E”, miembro de la dirección, comentó “personas que se autoperciben con otras identidades tenemos bastantes, porque trabajamos con esa población con una Asociación, que es una cooperativa de acompañamiento de personas que consumían paco y el Hogar de Cristo, y trabajamos en el territorio en la Villa 21/24 y en los alrededores del hospital, y trabajamos también con una casa que se llama ‘Nini’ [...] en esta casa hay varias chicas trans, se hacen grupos los jueves y va una psicóloga del hospital, que va a trabajar ahí en territorio. Es una casa con la cual firmamos un convenio, y hacemos mucho trabajo en conjunto. Además dentro de lo que es la adecuación del hospital monovalente, presentamos dentro del Programa de Salud Integral el inicio de los tratamientos de hormonización, y hay un grupo que trabaja con el colectivo LGTBIQA+ en la orientación sobre el cambio corporal, se hace con un equipo interdisciplinario que está formado por una médica generalista, una psicóloga, una trabajadora

social y la idea es ir acompañando en estos cambios que se producen corporalmente con el tratamiento de hormonización [...] Igual refuerzo la idea que ésta es una de las cuestiones en las cuales ponemos mucho énfasis y trabajamos especialmente”.

### **Resultados Hospital Moyano**

En lxs profesionales de este hospital la inclusión de una mirada con perspectiva de género parece un camino con muchos más obstáculos, porque no cuentan con una política institucional destinada a su abordaje, como tampoco se implementan capacitaciones regulares en la temática. El análisis de las entrevistas de los efectores del H. Moyano desprendió un alto nivel de naturalización respecto de las violencias simbólicas a las que son sometidas las personas travesti, trans y transgénero, lo que no es problematizado en clave de acceso a derechos, sino en términos de falta de formación por parte del equipo tratante. No obstante, esta lógica predispone que los abordajes en lugar de ser integrales sean “autogestivos”, y que aquellxs profesionales con mayor conocimiento sobre el tema de forma “voluntariosa” colaboran con aquellxs que no.

Un ejemplo de ello es la experiencia de la Lic. en Trabajo Social “D” quien refirió “en el verano me pasó de tener una colega que labura hace 36 años, tiene una jefatura y me pidió por favor que la ayude a trabajar una situación de ‘autopercepción’ porque no estaba muy segura de cómo abordarla. Una situación igual súper compleja, en relación con la identidad en general, una persona que robó identidades, que ha caído muchas veces presa, bueno con muchas dificultades... Entre otras, le expresó a mi colega en una entrevista individual que se identificaba como varón, entonces mi compañera me pidió que lo laburemos juntas porque no se sentía tan cómoda, y además lo comentó en su equipo e hicieron agua, yo le dije bueno dale, lo laburamos juntas. Yo le dije ‘Yo puedo hablar con él’, bueno y la verdad es que se está haciendo muy interesante lo que es acompañar esas situaciones, vos vas aprendiendo sobre la marcha con la persona”. Y agregó la percepción que yo me llevé es que claramente como profesionales a la gran parte nos falta formación. No hay desinterés, eso no”.

### **13. Análisis cualitativo**

Con el objeto de lograr una primera aproximación en el análisis de la información recopilada respecto de las representaciones sociales de los equipos tratantes acerca de la sexualidad de las personas usuarias de los servicios, se eligieron los siguientes ejes:

- 1) La forma en qué se concibe su cuerpo
- 2) La manera en que se lxs nombra

Para este punto, se delimitaron algunas categorías, que operan como factores de riesgo e incrementan la vulnerabilidad de las mujeres y disidencias (de acuerdo con cómo son abordadas por el equipo tratante): su edad, su género autopercebido, su diagnóstico y otros posibles indicadores: como la situación socio-económica, las redes de contención o el hecho de haber sido víctima de violencia intrafamiliar y/o por razones de género.

### **Análisis del 1º eje: manera en que se nombra y la forma en qué se concibe el cuerpo**

Para introducir este interrogante es oportuno conocer cuáles son las representaciones sociales de lxs profesionales sobre el cuerpo de las mujeres alojadas en los servicios de salud mental.

*¿Éstos son tratados cómo “algo”?* es decir, *¿cómo objetos de la práctica sanitaria?* Este cuestionamiento surge en virtud de que todo el desarrollo de la vida de las mujeres y disidencias que están alojadas allí está atravesado por la reclusión en ese dispositivo.

De acuerdo con algunos testimonios recogidos (que serán expuestos a continuación) el cuerpo de las mujeres con padecimientos mentales en ocasiones parece ser “hablado” por lxs profesionales que lo “atienden” y en otros casos que lo “manipulan”. Por tanto, doblemente subyugado por dos discursos totalizante, en función de su capacidad reproductiva en estrecha relación con la dominación patriarcal y simultáneamente por el sistema médico psiquiatrizante. Esta dialéctica de la opresión se entrelaza y se condensa en la captura de ese cuerpo como una forma de violencia (Zambrana, 2020).

En esta línea se destaca una situación descripta por la Lic. en Trabajo Social “M” quien relató “nos ha pasado a principios de año que ingresa una chica trans, es la segunda vez que sucede un caso así, que yo me entere al menos. Ingresó por guardia una chica trans, en el primer caso fue terrible lo que pasó porque la mandaron al Hospital Borda, no la quisieron recibir, le dijeron este es un hospital de mujeres, vos sos un varón, la chica con nombre mujer en el DNI y todo; aparte nos enteramos de que en el Borda sufrió un montón, le pegaron, la abusaron. La segunda vez, ya habían aprendido algo entonces le abrieron la historia clínica como si fuera una mujer, otro problema más porque no es una chica, pensando que va a ir a ducharse a las mismas duchas que el resto de las mujeres internadas; vos tené en cuenta que, en el Hospital Moyano, al igual que en otros hospitales neuropsiquiátricos se bañan todas juntas, es baño colectivo, habitaciones colectivas, bueno cuando la ingresan a internación se dan cuenta que la chica era varón”.

Seguidamente comentó “cuando una persona ingresa al hospital por la guardia hay un clínico médico que tiene que hacer una revisión general que implica desnudarse y revisar que la paciente no esté lastimada, que no esté mordida por un perro, imagínate que vienen muchas

veces de la calle, bueno parece que la revisaron como ‘mírame y no me toques’, y tampoco la revisaron las enfermeras del servicio porque si lo hubieran hecho se hubieran dado cuenta que tiene genitales masculinos. Y que esa genitalidad significa algo para las personas que están internadas, por eso se dio una situación de mucho conflicto, dónde la violentaron, se pegaron mutuamente; sucedió que la chica estaba un poco descompensada y aparentemente se estaba masturbando delante de las demás, y no se masturbaba la vagina, sino que se masturbaba el pene, es una cuestión que tiene una implicancia muy grande con pacientes que han sido abusadas por sus familias, o golpeadas por sus parejas. Por eso el pene es un elemento de violencia para ellas”.

Este testimonio permite reflexionar acerca de la manera en la cual lxs profesionales configuran sus intervenciones cuando las personas no “encajan” y no responden a lo “socialmente respetable y aceptable”, es decir, no son “cis, hetero, psicológicamente estables y económicamente sustentables”. La tradición médica clásica desacredita la exclusión de los “géneros”, negando su existencia, apostando a reconducir sus sentires hacia caminos hetero y cis normados, que no se figuren en contra de los avatares de la “normalidad”. Conjuguar “locura” y “géneros fluidos” conlleva en algunos casos (como el descripto) a apelar a argumentaciones patriarcales que niegan la diferencia y afirman que la genitalidad define la identidad, como expresa “M” al decir “se dan cuenta que la chica era varón”.

A su vez, es llamativo el no cuestionamiento a la falta de privacidad e intimidad, pareciera natural que no existan espacios para resguardar los cuerpos, no se problematiza que la vida se configure a partir de un sinfín de espacios comunes, lo que por el contrario debería ser admitido como una práctica violenta. No es abordado como un malestar la carencia de acciones institucionales afirmativas que dispongan por ejemplo de duchas y baños privados ¿Dónde se ubica entonces la dignidad y la autonomía? ¿Cómo reconocerse en un cuerpo que es propiedad de una institución, de un conjunto de prácticas que lo someten? ¿Cómo forjar una identidad cuando los derechos esenciales básicos todavía no están garantizados?

Por lo que apropiarse del cuerpo en un contexto de encierro, sin espejos, sin la mirada socializante de los otros, parece una tarea imposible. Este fenómeno de subyugación, de un cuerpo/objeto no fue esbozado por los equipos tratantes de ninguna de las dos instituciones. En tal sentido, se destaca el escaso nivel de análisis de lxs profesionales acerca del lugar que ocupa para ellxs el deseo de lxs usuarixs, su orientación sexual, el derecho a decidir sí tener o no relaciones sexuales, cuándo y con quién. ¿Acaso son significantes sin relevancia? ¿Tal vez en virtud de que la persona en su totalidad es pensada en relación a su salud mental?

En el H. Moyano una incipiente comienzo en esta línea de trabajo son los talleres de la Lic. en Psicología “G”, especialista en sexología, quien introdujo la necesidad de asesorar y brindar información sobre sexualidad y anticoncepción, al respecto contó “como te decía no son programas, sino talleres que yo realizo, pero a mí haberlos hechos me reconfirma la importancia de la educación sexual integral (ESI), porque hay muchas creencias que tienen estas mujeres que veo que son nociones erradas y cosas cliché, de una mujer que no tiene demasiada información respecto de la sexualidad, como por ejemplo hablamos del consentimiento y muchas no tienen ni idea de lo que es. Tienen la idea de que el hombre manda, piensan que el hombre está mucho más en contacto con su sexualidad y por eso es infiel, que una tiene que cuidarlo, que una no puede elegir porque eso sería ser promiscua, que haber tenido sexo con más de una persona en la vida es ser promiscua, no tienen información sobre cómo cuidarse de las enfermedades de transmisión sexual, tienen la idea errónea que los métodos anticonceptivos de barrera solo previenen el embarazo. Una idea generalizada es que al hombre usar preservativo no le gusta, entonces si una le exige se va con otra... Son cosas que estamos trabajando. Más allá de la sexualidad en todos los talleres o grupos que hicimos también intentamos hacer hincapié en el empoderamiento femenino, porque creo yo que, por la marginalidad, es decir, son mujeres usualmente pobres y que tienen un problema psiquiátrico, no suelen ser oídas y son invisibilizadas. Intentamos hablar de que ellas son valiosas, que sus creencias y sus valores son importantes, que su deseo es importante. También tratamos de abordarlo desde el taller de literatura, del taller de arte. Porque creo que se autoperciben con muy poco poder ellas”.

A pesar del valor que esta intervención pueda tener, este tipo de talleres no se enmarca en protocolos o dispositivos sistematizados, sostenidos y obligatorios, no necesariamente cuentan con material oficial ni son expresados de forma comprensible y sencilla; por el contrario, se desarrollan solo en aquellos servicios en los cuales lxs profesionales promuevan gestionarlos y trabajarlos, sin incentivos salariales, ni tiempos destinados a planificarlos y/o dictarlos.

En cuanto al acceso a la educación sexual y a los métodos anticonceptivos en el H. Bonaparte, el Lic. en Psicología “A” relató “lo que sí hacemos nosotros es dejar preservativos en las habitaciones, particularmente en las mesas de luz, y muchos nos lo cuestionan. Me acuerdo de un enfermero que me dijo ‘ustedes están repartiendo preservativos, promoviendo que cojan’. Y te diría que es todo lo contrario, nosotros lo que estamos proponiendo es que si tienen relaciones se puedan cuidar”. Este fragmento es útil para describir que algunxs efectores de salud todavía adoptan conductas tutelares relativas a la presunción de incapacidad de las

personas a elegir libremente sobre su sexualidad, lo que en lugar de protegerlxs lxs ubica en una posición de desconocimiento mucho más riesgosa.

Por otro lado, en relación con el otro eje propuesto acerca de la manera de nombrar a las personas que acuden al servicio de salud mental, también surgieron múltiples diferencias, algunxs profesionales manifestaron que prefieren utilizar sus nombres, otrxs contaron que se dirigen a ellxs como “usuarias”, “consultantes” o bien “pacientes”.

Ante esta pregunta, la Lic. en Trabajo Social “D”, del H. Moyano, manifestó “cuando recién la conozco en la primera entrevista, pensando en la perspectiva de género, le digo ‘hola, ¿cómo estás?’ y le pregunto ‘¿cómo te gusta que te digan?’ y ‘¿con qué pronombre te identificas?’, eso es algo que incorporé hace varios años, no lo hice desde siempre, lo hice en los últimos años y la verdad es que noto que no solo tiene que ver con lo que asociaríamos con la identidad de género sino que también a uno le puede gustar que lo llamen por su segundo nombre. Es algo tan sencillo, o bueno tan complejo el tema de la identidad que va mucho más allá de lo que creemos”.

En virtud de la edad como factor de riesgo, se destaca que los equipos tratantes coincidieron en que la edad promedio es cercana a los 40/50 años aproximadamente, lo que según pudieron precisar tiene como correlato que se trata de un momento en el desarrollo vital de las mujeres en el que se les dificulta realizar tareas de cuidado o trabajos remunerados, encontrar empleo y/o una vivienda y por tanto en lugar de recibir el alta y ser externadas permanecen en el hospital.

En relación con el género autopercebido se concluyó (en base a las entrevistas) que la mayoría de las personas que se encuentran internadas en los servicios se autoperciben mujeres cis, no obstante, y pese a la dificultad en el acceso al sistema de salud, hay testimonios que esbozan el trabajo de los equipos tratantes con mujeres trans, sobre todo en el dispositivo de “Salud Integral” gestionado por el H. Bonaparte.

A su vez, comentaron que los diagnósticos más comunes son cuadros psicóticos, como la esquizofrenia “desorganizada o paranoide”, o bien trastornos bipolares y trastornos de la personalidad. Algunxs agregaron que también hay personas que presentan situaciones de consumo y todxs resaltaron que en un grupo minoritario tiene discapacidad intelectual. Particularmente en el H. Bonaparte hicieron mención de que optan por no abordar diagnósticos sino cuadros de personas con “padecimientos mentales” o “sufrimiento psíquico en un plano más integral”. En esta línea indicaron que suelen atender “neurosis muy graves, que tienen que ver con el profundo arrasamiento subjetivo por situaciones de vulnerabilidad y desamparo social”.

Por ejemplo, el Lic. en Psicología “A” relató al respecto “el tema del diagnóstico bien entendido no debería ser considerado un ‘estigma’, sí se comprende así es porque tiene una connotación de ‘control’, y esto te lo digo porque no es lo mismo decir ‘esquizofrenia’ que decir ‘diabetes’, uno nunca dice el ‘diabético’ pero sí dice el ‘esquizofrénico’. La salud mental es como un campo tan aparte, como algo del ‘alma’, algo tan ‘impalpable’, por eso es que intentamos que se diga ‘padece esquizofrenia’ o ‘los efectos de la esquizofrenia’, porque decir es un ‘esquizofrénico’ da una identidad”.

Otro indicador de riesgo, que transversaliza los diferentes relatos es la vulnerabilidad económica/social, que es definida por lxs profesionales como “marginalidad, dificultades socioeconómicas, pobreza o desamparo social”. Además, destacaron que ellxs observan que las mujeres suelen presentar una escasa red vincular, historias signadas por abusos o “vínculos no sanos”; mientras que otros testimonios indicaron “son personas que padecieron mucho daño psíquico y físico”, también agregaron que se trata de “personas en situación de calle o que han pasado por múltiples instituciones”.

#### **14. Estrategias institucionales y perspectiva de género**

Para abordar esta cuestión se relevó la existencia o no de dispositivos que protejan los DSRyM y se indagó si fueron diseñados en base a una perspectiva de género.

En el **Hospital Moyano**, de acuerdo con lo valorado por sus profesionales, no se implementan dispositivos específicos, sino que en base a cada situación (individual) el equipo tratante decide cómo intervenir. En las situaciones donde una persona del servicio transita un embarazo suelen abordarlo en conjunto con el equipo de ginecología del hospital y el día que acontece el parto la usuaria es trasladada a un hospital que tenga servicio de maternidad. Lo que denota la ausencia de políticas públicas integrales que promuevan la articulación entre el equipo tratante de internación y el servicio de obstetricia del hospital general.

En términos de dispositivos de prevención y asesoramiento sobre educación sexual integral, cómo se mencionó anteriormente, no cuentan con un programa destinado a tales fines; por lo que (en algunos servicios) se dictan talleres autogestionados por lxs profesionales.

La salud sexual y reproductiva en los servicios de internación es abordada solo en aquellos casos en los que la persona se encuentre en edad reproductiva, a través de controles ginecológicos, en los cuales se impone un método anticonceptivo, normalmente un implante subcutáneo. No estando muy claro el nivel de decisión de la persona en este proceso, ni si existen espacios para asesorarse sobre la mejor alternativa de forma libre y segura, como

dispone la recomendación Resolución N.º 3/2019, realizada por el Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental N.º 26.657 (2009).

Esta metodología del quehacer institucional es descripta por “L”, médica psiquiatra y jefa de un servicio de internación, de esta manera: “cuando nosotros tenemos alguna paciente en edad fértil la mandamos directo al servicio de ginecología, y son ellos quienes dan toda la información sobre los métodos anticonceptivos. La verdad es que se están manejando mucho con el tema de los chips, salvo que hubiera alguna contra indicación puntual, que por lo general no, porque en las personas jóvenes no hay mayores problemas, es muy seguro. Cuando una paciente ingresa al servicio nosotros abrimos enseguida el abanico de interconsultas, para todas las cuestiones clínicas y ginecológicas, que son todas las especialidades que nosotros no tenemos en el servicio, pueden ser: nutrición, gineco, y todos los estudios clínicos de rutina”.

Por último, se aprecia un alto grado de arraigamiento al esquema farmacológico, lo que aparece para los profesionales como un eje central del tratamiento, sin problematizar la incidencia en el cuerpo de las mujeres en función de los posibles efectos secundarios, tales como: disminución de la libido sexual, posibles infertilidades, desajustes hormonales y/o menstruales; alteraciones en el goce y/o disfunciones.

De lo recopilado se observa un dispositivo falto de integralidad en la materia, sumado a la inadecuación a la legislación sancionada en este sentido, al no aplicar mediante programas específicos los criterios de protección de derechos sexuales y reproductivos establecidos en los considerandos de la Ley Nacional de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25.673, 2002) que expresan que “es necesario ofrecer a toda la población el acceso a: la información y consejería en materia de sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el HIV/SIDA y patología genital y mamaria; así como también la prevención del aborto”.

Respecto al **Hospital Bonaparte** surge que el cambio de gestión del equipo directivo en el año 2019 permitió el desarrollo de una nueva planificación institucional que promovió el compromiso de los equipos tratantes respecto de la necesidad de gestar cambios que integren y promuevan la perspectiva de género en la atención, lo que dio lugar a la creación del departamento de Salud Integral.

Este dispositivo no tiene por único objeto la atención en materia sexual, reproductiva y no reproductiva sino que la aborda de manera transversal, esto fue planteado por “J”, Lic. en Psicología, al decir “lo que tiene de bueno el Departamento de Salud Integral versus un departamento exclusivo de salud reproductiva es que no atiende solo esa problemática, y si



hubiera o si hubiese una situación que uno puede considerar susceptible de captura por un dispositivo clínico automáticamente la articula. Si no lo que se vuelve objeto de ciencia y de intervención es demasiado sofisticado para lo que la persona trae. Es decir, sino hasta que la persona no está alucinando no la mandas al psiquiatra, o hasta que la persona no tiene un atraso no la mandas al ginecólogo. Hay algo de lo especular, en relación con la imagen del objeto de análisis que acusa una fragmentación, la idea es que haya un abordaje que aborde más sutilmente estos fenómenos, para irlos trabajando”.

Por su parte “N” médica generalista del departamento comentó “surgió como una propuesta de la directora actual del Hospital, y el servicio forma parte del plan estratégico que ella tiene y es una de las patas para que la institución deje de ser un hospital monovalente. Por eso llamó a mi actual jefe como para que diagraphe todo el departamento. Es más, cada vez más cosas dependen del departamento de salud integral y el objetivo del trabajo es poder garantizar un acceso a la salud de manera integral (valga la redundancia). Porque también creo que lo que sucede mucho es que los pacientes que están en tratamiento de salud mental, con algún psiquiatra, con algún psicólogo, no conseguían turno para atenderse por cuestiones generales en otro hospital. Y quizás es porque tienen otras dificultades, estas personas a veces tienen presentaciones clínicas como delirios y alucinaciones y pedirles que vayan encima a sacar un turno al hospital por su cuenta, sabemos que cuesta. Entonces el objetivo un poco era ese, poder aceptar eso, y tener un recurso propio. Yo creo que existe un estigma frente a las personas que fueron o son usuarios de un servicio de salud mental, de hecho, cuando acceden a las guardias no son igual tratados que los demás pacientes. Por un lado, siento que los profesionales se relajan en el sentido de que algo malo suceda, y piensan ‘este no me va a demandar a mí sí está loco’, y por el otro lado piensan ‘está re loco, démosle toda la medicación’ y bueno chau los despachan, incluso a veces llaman a la policía”.

### **15. Violencia institucional y violencia obstétrica**

En la recomendación Resolución N° 3/2019, realizada por el Órgano Nacional de Revisión de la Ley de Salud Mental N° 26.657 (2009) del Ministerio Público de la Defensa, se plantea la necesidad de “erradicar el rótulo y las prácticas hacia la mujer y la persona gestante como un estigma de imposibilidad para el ejercicio de la responsabilidad parental y el cuidado personal de lxs hijxs”. Asimismo, expresa que “existen barreras de todo tipo y las personas no pueden contar con la accesibilidad de los recursos ni con las estrategias para hacerlos efectivos. Se parte de una incapacidad manifiesta en razón del padecimiento mental” (Resolución N° 3/2019, ONR).

Siguiendo este precepto cabe analizar cómo es posible planificar el embarazo y la maternidad en un contexto de encierro y arrasamiento de la capacidad de autonomía como lo es una internación extendida por años y años. En función de los testimonios recogidos surge que todavía acontecen esterilizaciones forzadas, situaciones de abuso sexual dentro del hospital, abortos no consentidos o la imposición del uso obligatorio de una modalidad no elegida de anticoncepción (desconociendo sus alcances); como tampoco se considera a nivel profesional necesario arbitrar los medios para que las mujeres tengan derecho a un parto respetado y luego cuenten con los apoyos necesarios para materner a sus hijxs.

Otra situación que se observa es que, el mandato social y los argumentos utilizados respecto de continuar con los embarazos que se exponen para impedir el derecho al aborto (por ejemplo: que lxs niñxs sean criadxs de manera conjunta con familiares o instituciones) son esgrimidos de manera contraria cuando se trata de mujeres con padecimientos mentales. Es decir, el aborto se impone como única alternativa, mientras que considerar otras opciones y continuar con el embarazo no suele ser una posibilidad. Al respecto “L”, médica psiquiatra y jefa de un servicio de internación del H. Moyano, relató “con respecto al acceso a la IVE hasta te diría que es más fácil si vos sos paciente del hospital, de decir ‘yo quiero practicarme un aborto’ y que eso sea escuchado, porque hay un servicio ginecología siempre disponible. Si vamos al derecho de criar a sus hijos, ahí ya es diferente. Porque en ese caso no estamos hablando de una persona y una única decisión, sino de dos personas y de una justicia que tiene que velar por el derecho de las dos. Y si yo te doy mi opinión, si alguien tiene que velar por los derechos de uno por sobre otro, tendría que ser por los del niño, antes que por los de los adultos. Entonces cuando hay un niño judicializado, es porque no fue algo ‘chiquito’ lo que sucedió fue algo grave”.

También se observó a partir de las entrevistas que se sigue imponiendo el estereotipo de “loca” o “paciente psiquiátrica” como mala madre; un ejemplo de ello fue vertido por “N”, médica generalista, del H. Bonaparte al decir “Cuando una paciente con algún padecimiento mental quiere buscar un hijo, muchos profesionales dicen ‘no me digas que ésta quiere ser madre’, se escucha mucho ese comentario”.

## **CAPÍTULO 4**

### **Abordajes posibles**

#### **16. Conclusiones**

De acuerdo con los testimonios de lxs profesionales entrevistadxs, el hallazgo general recogido en la presente investigación consiste en comprobar que los derechos de las mujeres y

disidencias recluidxs en internaciones prolongadas continúan siendo vulnerados, y en ninguna de las dimensiones analizadas (sexual, reproductiva o relativa al ejercicio del maternaje) existe un goce pleno, lo que permitió en cierto sentido corroborar las anticipaciones hipotéticas. Las cuales estipulaban que los abordajes dentro del sistema público de salud mental están mediados por el soporte simbólico de los profesionales que integran los servicios, y resultan difusos y/o poco suficientes para garantizar el acceso pleno a los derechos sexuales de las mujeres y personas del colectivo LGTBIQA+ que se encuentran institucionalizadas.

En función de las representaciones sociales de los equipos tratantes, se apreció otro descubrimiento llamativo, el hecho de que lxs entrevistadxs del H. Moyano; y el H. Bonaparte (en su ejercicio profesional hasta el cambio de gestión institucional en 2019) consideran que los logros en materia de protección de los DSRYM no están vinculados estrictamente a la idoneidad de la legislación vigente o a políticas públicas sólidas e integrales en la materia, sino más bien a articulaciones trabajosas que ellxs mismxs realizan en función de, los escasos recursos disponibles y de las redes formales e informales que construyeron en su recorrido profesional.

En síntesis, y adoptando la teoría de las representaciones sociales, en el plano de simplificar las percepciones al sentido común, esto implicaría que la defensa de los derechos de las personas usuarias del servicio de salud mental en la institución estaría gestionada casi exclusivamente por la “buena voluntad” y el “compromiso profesional” de quienes integran los equipos tratantes.

Lo que facilita una mayor disparidad en el acceso a la salud integral para las mujeres e identidades feminizadas, ya que sus derechos se ven sometidos a un abanico de posibilidades de acuerdo con la perspectiva en salud de la institución y sus profesionales. En este sentido, se observaron factores de riesgo que inciden en esta desigualdad, como la no adecuación a la normativa respecto de las internaciones prevista en el Art. 15 de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657, 2009)

La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

Esta situación pareciera acentuarse en el Hospital Braulio Moyano, lo que en términos de igualdad sustantiva reviste una gravedad mayor, considerando que suma otra variable de sometimiento a las mujeres alojadas en los servicios públicos de salud mental, ya que no solo

es circunstancial recibir una atención respetuosa en salud sexual y reproductiva en virtud del equipo tratante, sino que esa contingencia dependerá además de la voluntad política del gobierno de cada jurisdicción en función de dar cumplimiento o no a la legislación.

De acuerdo con Rodríguez (2015) en la CABA el 80% del presupuesto destinado a los abordajes de la salud mental continúa siendo dirigido a financiar los cuatros hospitales monovalentes que existen, lo que sin duda imposibilita la creación de servicios descentralizados y comunitarios y casas de medio camino. En este sentido postula que:

El presupuesto que gasta la Ciudad de Buenos Aires en camas de internación apunta a un sistema manicomial de gran escala, contrario a las normas vigentes. Además, dicha inversión de recursos no tiene correlación con la cobertura de las necesidades básicas de las personas internadas, pues su misma estadía en los monovalentes está signada por la precariedad tanto en el acceso a la salud como al resto de los derechos. (Rodríguez, 2015, p.107).

En cuanto al Hospital Moyano, plantea una situación aún más alarmante en la asignación de los recursos destinados a combatir la institucionalización de las mujeres e identidades gestantes:

El Hospital Moyano refleja el costo mensual por cama más bajo, en comparación con los otros. En 2012 y 2013 el costo por cama por persona al mes fue de 3 mil pesos y para 2014 ese monto ascendió a 7 mil, tres veces por debajo de los valores del Alvear y casi 3 mil pesos menos que el Borda. La situación del Moyano indica la particular situación en la que se encuentran las mujeres con padecimiento mental y su estatuto como sujetas de derecho en el contexto de la respuesta estatal. La situación de abandono de las mujeres requiere esfuerzos adicionales en los términos que imponen los ajustes razonables para eliminar políticas que han estado históricamente sesgadas por el estigma y la discriminación (Rodríguez, 2015, p.107).

Por su parte, en el H. Bonaparte se observa la construcción de un abordaje más acorde a los preceptos de la Ley Nacional de Salud Mental (26.657, 2009) en torno al acceso a la salud desde una perspectiva de derechos humanos, también se distingue un momento transicional de incorporación de políticas de cuidado con enfoque de género, y un incipiente recorrido que intenta consolidar prácticas con una perspectiva transversal, interseccional e integral en materia de derechos sexuales, reproductivos y de maternaje.

En función de las entrevistas, surge que una mejora del esquema del quehacer institucional sucedió a consecuencia del cambio de gestión institucional lo que permitió que asumieran nuevas autoridades con mayor formación en la temática. Esa incorporación, en el año 2019 habilitó un reposicionamiento de los niveles de decisión, facilitando la creación del dispositivo de Salud Integral, con criterios especializados y destinado a la atención de personas LGTBIQA+.

En el camino de lograr la apertura a la comunidad, pretendida por ambos hospitales se visualiza un objetivo pendiente relativo a la integralidad de la perspectiva de género al interior de todos los servicios de internación y por tanto a todos sus profesionales. En este sentido, se plantea la necesidad de construir espacios institucionales comunes, sistematizados y obligatorios (mediante reuniones, actividades de sensibilización y capacitaciones) entre todos los equipos y efectores de salud que integran la institución, con el objetivo de generar canales de comunicación tendientes a garantizar un acceso a la salud de forma sensible y humanizada a todas las mujeres y disidencias que acudan.

A modo de cierre, es oportuno mencionar que el proceso de análisis de los mecanismos específicos de gestión interna y los procesos de análisis de esos fenómenos a partir de las representaciones de los profesionales permitió plantear que a nivel de la atención en salud mental en la CABA todavía se está muy lejos de cumplir con las recomendaciones y legislaciones en materia de derechos sexuales, reproductivos y de maternaje, en parte quizás debido a las brechas existentes entre lo legislado, el modo en que aquello es implementado o no en el quehacer institucional y los mecanismos de regulación y control de las políticas públicas vigentes.

Finalmente, se destaca que el objetivo último de este trabajo será brindar herramientas para el diseño de programas específicos con perspectiva de género, para erradicar las prácticas patriarcales, psiquiatrizantes y tutelares, que fueron descriptas y que aún no fueron modificadas. Quedará pendiente como agenda de futuras investigaciones el tipo de abordaje, la construcción y planificación del modelo y el modo en que este será monitoreado para su efectivo cumplimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arruda, A. (2002) Teoría de las representaciones sociales y género. Artículo en Cuadernos de Pesquisa. Noviembre 2002, núm. 117. Traducido al español y recuperado de: [https://ru.ceiich.unam.mx/bitstream/123456789/3378/1/Investigacion\\_Feminista\\_Cap14\\_Teoria\\_de\\_las\\_representaciones\\_sociales.pdf](https://ru.ceiich.unam.mx/bitstream/123456789/3378/1/Investigacion_Feminista_Cap14_Teoria_de_las_representaciones_sociales.pdf)
- Basaglia, F. (1983) *Mujer, locura y sociedad*. Universidad Autónoma de Puebla. 1era ed.- Colección la mitad del mundo. México.
- Basaglia, F. (2013) *La condena de ser loco y pobre*. Alternativas al Manicomio. 2da ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial: Topía. Colección Fichas para el Siglo XXI.
- Bellingeri, G., Bellingeri, L., Córdoba, S., Demo, S., y Kees, A. (2017) La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico “Dr. Alejandro Korn”. Facultad de Trabajo Social. Anuario de Investigaciones, Universidad Nacional de La Plata (UNLP).
- Bloj, C. (2010) Impresiones teórico – metodológicas alrededor de la investigación en Ciencias Sociales. Documento de Trabajo. PRIGEPP-FLACSO, Buenos Aires.
- Burin, M. (1987) *Estudios sobre la subjetividad femenina: mujeres y salud mental*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.
- Canal oficial de YouTube: Hospital Bonaparte, 02 de mayo de 2018 [video]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=clFtXjbRXc8>
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención de Belém Do Pará, 1994. Recuperado de:
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU, 2006). Ratificada por el Estado argentino en mayo de 2008.
- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, 18 de diciembre, 1979. Recuperado de:
- Derechos sexuales y reproductivos. Derecho al maternaje de las mujeres y otras personas gestantes con discapacidad mental alojadas en establecimientos de salud mental. Resolución N° 3/2019, del Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental N° 26.657 (2009) del Ministerio Público de la Defensa, 11 de octubre de 2019.
- Ehrenreich, B. y English, D. (1973) *Brujas, parteras y enfermeras*. Editorial El Rebozo. México.
- Federici, S. (2021) *Brujas, caza de brujas y mujeres*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Tinta y Limón.
- García Montejó Mederos, K. A. (2016) *Salud mental, derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos en Uruguay* [tesis de grado] Facultad de Psicología. Universidad de la República del Uruguay.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2016) *Historia del Hospital Dr. Braulio Moyano*. Recuperado de: <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/hospital-moyano2/historia-del-hospital-moyano>
- Gogna, M. (2005). *Investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina, 1990-2002*. Repositorio CEDES. Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM).
- Hipertexto PRIGEPP TMyPdT, 2020.  
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
- Informe Epistemológico N° 3 “Servicio de Internación de Agudos”, elaborado por el Departamento de Estadística del Hospital Bonaparte, Periodo de Agosto/ Septiembre / Octubre 2017. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe-epidemiologico-internacion-de-agudos.pdf>

- Jovchelovitch, S. (1995). *Viviendo la vida con nosotros: intersubjetividades, espacio público y representaciones sociales*. Editorial Guareschi, P. & Jovchelovitch, S. (eds), *Textos en representaciones sociales*. San Pablo.
- Ley 23.277. Ley Nacional del Ejercicio Profesional del Psicólogo. 1985. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23277-20059>
- Ley 23.737. Ley Nacional de Tenencia y tráfico de estupefacientes. 1989. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/138/texact.htm>
- Ley 25.673. Ley Nacional de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. 2002. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley\\_25673\\_decretos\\_declaracion\\_de\\_r\\_epudio.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25673_decretos_declaracion_de_r_epudio.pdf)
- Ley 25.959. Ley Nacional de Parto Humanizado. 2004. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
- Ley 26.130. Ley Nacional de Anticoncepción Quirúrgica. 2006. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/115000-119999/119260/norma.htm>
- Ley 26.150. Ley Nacional de Educación Sexual Integral. 2006. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm>
- Ley 26.485. Ley Nacional de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. 2009.
- Ley 26.529. Ley Nacional de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. 2009. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm#:~:text=El%20paciente%2C%20prioritariamente%20los%20ni%C3%B1os,sexual%20o%20cualquier%20otra%20condici%C3%B3n.>
- Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. 2009. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley 26.743. Ley Nacional del Derecho a la identidad de género de las personas. 2012. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>
- Ley 26.862. Ley Nacional de Reproducción Asistida. 2013. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm>
- Ley 27.610. Ley Nacional de Interrupción Voluntaria del embarazo. 2021. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=346231>
- Ley 3.062. Ley de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Ley Identidad de género. 2009. Recuperado de: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley3062.html>
- Ley 4.238. Ley de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Atención Integral de la salud de personas intersexuales, travestis, transexuales, y transgénero. 2012. Recuperado de: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley4238.html>
- Ley 418. Ley de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Salud Reproductiva y Procreación Responsable. 2000. Recuperado de: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley418.html>
- Ley 448. Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. 2000. Recuperado de: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley448.html>
- Ministerio de Salud de la Nación (2021). *Derechos sexuales y reproductivos*. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/derechos>

- Ministerio de Salud de la Nación (2022) Historia del Hospital Bonaparte. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalbonaparte>
- Moscovici, S. (1961). El psicoanálisis, su imagen y su público Buenos Aires. Editorial Huemul.
- Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (2019). Dirección de Salud Mental y Adicciones. Recuperado de: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-2019.pdf>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD (2018). Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. 1ed. Buenos Aires.
- Rodríguez, M. E. (2015) Derechos de las mujeres y salud mental. La intervención del Trabajo Social en los procesos de externación de mujeres del hospital psiquiátrico “Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca” [tesis de posgrado] Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional de Cuyo.
- Rodríguez, V. M. (2015). En Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio. Centro de Estudios Legales y Sociales CELS. Buenos Aires.
- Stagnaro, J. C. (2007). *Perspectiva crítica de las nosografías psiquiátricas contemporáneas. En Psiquiatría y psicoanálisis. Diagnóstico, institución y psicofármaco en la clínica actual.* Grama Ediciones. Buenos Aires. pp. 55-63.
- Trimboli, A. [et al.]. (2019) El fin del manicomio: construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos. 1º ed. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Zaldúa, G., Pawlowicz, M. P., Longo, R. y Moschella, R. (2010) Derechos sexuales y reproductivos de la CABA. Obstáculos y Resistencias. Facultad de Psicología. Anuario de Investigaciones, Universidad de Buenos Aires.
- Zambrano, R. (2020). *Cuerpo feminizado, violencia que le sujeta.* ESFRA: ¿Crisis pa’ quién? Buenos Aires. pp 1-21. Colectiva Feminista en Construcción.



## APÉNDICE 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Investigadora:** Macarena Amati, Licenciada en Psicología

**Correo electrónico:** macarena.amati@usal.edu.ar

**Número de contacto:** 1153369918.

#### **Declaración de la investigadora**

Le estamos pidiendo a usted que participe voluntariamente en un estudio de investigación social, el cual consiste en conocer y describir en profundidad las intervenciones existentes y las políticas públicas que se llevan a cabo en materia de derechos sexuales, reproductivos y de maternaje, de las personas gestantes alojadas en centros de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el mismo cuenta con el aval de la directora de Tesis, Ana Palazzesi y se realiza en el marco de la Maestría en Género, Sociedad y Políticas, correspondiente al Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP) de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).

Lea por favor este documento cuidadosamente. Siéntase cómodo de hacer cualquier pregunta acerca de los posibles riesgos y beneficios, sobre sus derechos como voluntaria/o, o acerca de cualquier aspecto sobre la investigación que no esté claro. Cuando todas sus preguntas hayan sido contestadas, usted puede decidir si desea participar en el estudio o no. A este proceso se le llama "consentimiento informado".

#### **Propósitos y beneficios**

El propósito de este estudio es conocer y describir en profundidad los modelos de protección de derechos reproductivos, sexuales y de maternaje dentro del ámbito de la Salud Mental, con el objeto de dar cuenta de los diferentes procesos que se han ido llevando a cabo en los últimos años, respecto de las transformaciones de las instituciones psiquiátricas, y los hospitales monovalentes en Argentina, y específicamente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Potencialmente podría ser beneficioso para visibilizar las prácticas existentes y potenciar la formulación de políticas públicas reconstitutivas, que tiendan a la promoción de la interdisciplinariedad, la formación profesional con perspectiva de género y los abordajes integrales.

### **Procedimientos**

Si usted decide participar, le haremos una entrevista. Usted decide qué preguntas contestar, puede no responder si lo considera necesario.

La misma se llevará a cabo de manera virtual, en día y horario a pactar. Será de aproximadamente una hora, y si surgiera alguna consulta extra por parte de la investigadora, posiblemente nos volvamos a poner en contacto con usted.

### **Confidencialidad**

Tanto su nombre, como la institución en la que usted se desempeña serán reservados y protegidos mediante el anonimato, sustituyendo esa información por letras para referirnos a los nombres de las y los profesionales (A, B, C, D).

La información obtenida durante este estudio podría aparecer en revistas científicas o presentarse en conferencias, pero sin su nombre, o sin información que permita identificarlo/a.

### **Retiro del estudio**

Usted puede negarse a responder cualquier pregunta o retirarse del estudio en cualquier momento. Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio, puede llamar a la investigadora.

### **Declaración de la/el participante**

El estudio descrito me ha sido explicado, y yo voluntariamente doy mi consentimiento para participar en esta actividad. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y entiendo que, si tengo preguntas futuras acerca de la investigación o sobre mis derechos como participante, éstas serán contestadas por la investigadora.

Yo recibiré una copia de este consentimiento.

Yo doy permiso para que la entrevista sea grabada para su posterior análisis, siendo notificado/o que no será difundida ni publicada, solo se utilizará a los fines prácticos de contar con material para la confección de la presente Tesis.

Nombre del Participante	Firma del Participante	Matrícula	Fecha
.....	.....	.....	.....

Nombre del Investigador	Firma del Investigador	Matrícula	Fecha
.....	.....	.....	.....

## APÉNDICE 2

### CUESTIONARIO PARA LA ENTREVISTA

#### Datos del entrevistado/a (Perfil sociodemográfico)

1. Nombre - Edad
2. Hospital
3. ¿Cuál es su título de grado? ¿Hace cuantos años finalizó sus estudios?
4. ¿Tiene alguna especialización? ¿En qué?
5. ¿Cuál es su función en el Institución en la que trabaja?  
¿Hace cuántos años que trabaja allí? ¿Usted eligió ocupar este lugar? ¿Por qué?

#### Preguntas en relación con los derechos de las personas alojadas en Hospitales Monovalentes, en base a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657:

6. ¿Qué marcos normativos/legislativos implementan en el hospital, para proteger los derechos de las usuarias, ya sea nacionales o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires? ¿Y de qué forma se implementan en la institución en la que trabaja? ¿Qué opinión tiene sobre la Ley Nacional de Salud Mental?

7. ¿En la institución hay personas en contexto de internación prolongado? ¿Conoce qué cantidad o porcentaje de la población del Hospital está internada hace largo tiempo y qué otra cantidad o porcentaje realiza tratamientos ambulatorios?

8. ¿La población del hospital está conformada exclusivamente por mujeres? ¿Existen personas que se autoperciben con otras identidades? ¿Cuáles?

#### Preguntas en relación con las representaciones sociales del/la profesional entrevistado/a

9. ¿Cómo describirías a las mujeres que se atienden en el Hospital, que características tienen? ¿Cómo se suelen referir a ellas? ¿Qué edad tienen mayormente? ¿Cuáles son los diagnósticos que más más frecuentes atienden? ¿Con qué tipo de terapias trabajan? ¿Trabajan de forma interdisciplinaria? ¿Qué perspectiva tiene el hospital o sus profesionales sobre los tratamientos farmacológicos?

10. ¿Te impacta trabajar en un Hospital de Salud Mental, en tu vida personal, de qué manera?

Preguntas en relación con los derechos a los derechos sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres con discapacidad intelectual alojadas en dichos hospitales:

11. ¿Existen dentro de la institución programas específicos para mujeres o identidades gestantes?

¿Si o No?

Si la respuesta es Si:

11.A ¿Cuáles son y cómo se implementan? ¿Se construyeron en base a una perspectiva de género? ¿Existen protocolos de atención para mujeres gestantes dentro del hospital?

11.B ¿Dichos programas contemplan variables de protección de derechos sexuales, reproductivos y/o de maternaje? ¿De qué manera lo hacen? ¿Talleres, conserjerías? ¿Acceso a métodos anticonceptivos? ¿Pueden verse con sus parejas? ¿De qué forma, dónde, son encuentros supervisados?

11.C ¿Existe un grupo especializado en el hospital que aborde el maternaje y/o lo derechos sexuales?

---

SOLO SI EXISTE:

12. ¿Cuándo, cómo y por qué surgió? ¿Cómo trabaja, que abordaje brinda?

---

13. ¿Derivan a otras instituciones cuando alguna paciente está cursando un embarazo o luego de éste? ¿A cuáles? ¿Qué pasa con sus hijxs una vez que nacen?

14. ¿Conoces si existen convenios firmados con otros Organismos en relación con la protección de sus sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres?

15. ¿Cómo describirías la relación existente entre la legislación vigente en la materia y su implementación en términos de acceso real a la información y a la libertad sexual, reproductiva y de maternaje?

16. ¿Cómo institución, tienen algún tipo de vínculo con las asociaciones civiles de familiares de personas internadas por padecimientos mentales? ¿Los cuidados de los derechos sexuales y reproductivos la trabajan de forma conjunta?

17. ¿Cómo pensás que sería la mejor manera de intervenir para abordar la problemática de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres alojadas en los hospitales monovalentes?

18. Ya estamos terminando la entrevista, ¿hay algún dato o comentario que le parece importante y que quisiera agregar?

19. ¿Conoce a alguien que considere que sería valioso entrevistar en relación con este tema? ¿Podría ponerme en contacto con esa persona?

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

CUESTIONARIO PARA LA ENTREVISTA

Datos del entrevistado/a (Perfil sociodemográfico)

1. **Nombre y edad:** A- 38 años
2. **Hospital:** Hospital Nacional en Red, Lic. Laura Bonaparte
3. **Título de grado:** Lic. en Psicología (finalizó en el año 2008)
4. **Especialización:** Posgrado en Psicoanálisis
5. **Función en el Institución:** Psicólogo a cargo de uno de los servicios de internación
6. **Años en el Hospital:** Desde el año 2009.

7. **¿Elegió ocupar este lugar?:** Sí. No es un cargo concursado, al estar intervenido el hospital, la interventora me ofreció el cargo en marzo del 2020 de la jefatura del servicio. Acepté porque me convocó E, porque si me hubiera convocado quizás otra persona, con otra ideología quizás no hubiera aceptado. Yo creo que uno tiene que estar un poco en acuerdo y en sintonía con el perfil institucional. Yo tengo una designación transitoria, que corresponde a un cargo que sí se concursaba, pero que aún no se abrieron los concursos.

Preguntas en relación a los derechos de las personas alojadas en Hospitales Monovalentes, en base a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657:

6. ¿Qué marcos normativos existen en la Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires en particular, para proteger los derechos de las personas con discapacidad intelectual alojadas en los hospitales monovalentes? ¿Y de qué forma se implementan en la institución en la que trabajas? ¿Qué opinión tenés sobre la Ley Nacional de Salud Mental?

**Respuesta:** La Ley Nacional de Salud Mental, N° 26.657, básicamente y la Ley de Derechos del paciente, Consentimiento Informado e Historia Clínica, N° 16.529/1964, con todo un trabajo que implica eso, ¿no? Porque la ley es un argumento, y en los últimos 4 años del gobierno nacional anterior te diría que de la ley solo quedó el espíritu. Es una ley que ya tiene 10 años, hay que permanentemente acompañarla, repensarla y promoverla, porque te diría que hoy en día siguen existiendo muchos profesionales que trabajan por fuera de la ley o cómo sino existiera.

Respecto a mi opinión, pienso que la ley es una propuesta innovadora en materia de Derechos Humanos, al proponer pensar la salud mental dentro de esa perspectiva; que propone romper con una lógica asilar, manicomial. La ley es muy sólida en su teorización pero después

hay que llevarla a la práctica, desde lo cotidiano; y eso tiene sus dificultades por la falta de dispositivos y casas de medio camino.

7. ¿En tu institución hay personas en contexto de internación prolongado? ¿Conoces qué cantidad o porcentaje de la población del Hospital esta internada hace largo tiempo y que otra cantidad o porcentaje realiza tratamientos ambulatorios?

**Respuesta:** Sí, existe una persona que está internada hace cierta cantidad de tiempo que podría llamarse una internación prolongada. Esta persona, es un paciente que esta internado hace 3 meses de forma involuntaria.

Más allá de que las internaciones se prolongan por un montón de cuestiones habitacionales, a veces sucede cuando se pierde la perspectiva y la estrategia de trabajo. Tal vez ahora no, pero hasta el año pasado sí ha habido muchas internaciones que se prolongaron en el tiempo, sucedió en el contexto en el que estábamos de vaciamiento del hospital, de pérdida de sentido y de horizonte hacia dónde ir. Y bueno, en consonancia con lo que estaba pasando afuera, porque el hospital se volvió un lugar alienado, había servicios aislados, personas separadas, toda esa fragmentación genera que no haya mucho movimiento.

No sé qué cantidad de personas se atienden mensualmente por fuera del hospital, porque yo trabajo en internación. Pero sé que el dispositivo de consultorios externos en los servicios ambulatorios, debe atender 400 pacientes mensuales. Después hay un servicio, que es el de “atención a la demanda espontánea” que entiendo que está atendiendo 60/70 pacientes diarios. Después está el dispositivo hospital de día, que también debe haber alrededor de 60/70 pacientes por día (que son siempre las mismas personas). Y después están las internaciones, que ahora son muchas menos. En nuestro servicio tenemos 5 personas internadas, y en los otros servicios habrá 6/7. También hay otros dispositivos de tratamiento en territorio, y está además el dispositivo de “salud integral” que empezó a operar ahora, que también atiende pacientes que se vienen a atender por otras cuestiones, no solo por salud mental y se acercan por otras cuestiones, por ejemplo: IVE, o género; en ese dispositivo no sé qué cantidad se está atendiendo.

8. ¿La población del hospital está conformada exclusivamente por mujeres? ¿Existen personas que se autoperciban con otras identidades?

**Respuesta:** No, nosotros recibimos tanto hombres, como mujeres, como personas de cualquier género o identidad.

En mi servicio actualmente tenemos una sola paciente mujer, y que se autopercibe mujer. Y nosotros el último tiempo no hemos tenido muchas internaciones de mujeres, de personas trans tampoco, pero porque tampoco el hospital está teniendo una política de ingresar

nuevas internaciones. Sí es importante pensar que, hasta el 2020, que vuelve a intervenir el Hospital, “E”, lo que era uno de los servicios de internación, se convirtió en el “servicio de internación de mujeres”. Lo cual era bastante complejo, porque no tenía en cuenta ninguna perspectiva de género. Porque sí había alguna paciente trans, iba a otra habitación. Es decir, no solo se había pensado en una lógica binaria, sino también “re-educativa”, como que no estén personas de diferentes sexos conviviendo en una misma sala de internación, porque tienen podrían tener sexo. Como en el colegio primario “los nenes con los nenes y las nenas con las nenas”. Eso pasó en esos 4 años que “E” no estuvo, también respondía a una perspectiva muy médica, mi servicio pasó a llamarse “servicio de internación de agudos”, lo que daba cuenta de que sí hay “pacientes agudos” hay “pacientes crónicos”, y en este momento el dispositivo cambió, cambió su nombre y ahora se llama “cuidados en la urgencia”, que tiene una perspectiva más tendiente a enfocarnos como el nombre lo indica en los “cuidados” y después en la urgencia, que aborda más las presentaciones y no tanto en la psicopatología como lo “agudo”.

Preguntas en relación a las representaciones sociales del/la profesional entrevistado/a

9. ¿Cómo describirías a las mujeres que se atienden en el Hospital, que características tienen? ¿Cómo se suelen referir a ellas? ¿Qué edad tienen mayormente? ¿Cuáles son los diagnósticos que más más frecuentes atienden? ¿Con qué tipo de terapias trabajan? ¿Trabajan de forma interdisciplinaria? ¿Qué perspectiva tiene el hospital o sus profesionales sobre los tratamientos farmacológicos?

**Respuesta:** El hospital al haber surgido como un lugar de atención a lo que se llamó “el consumo problemático”, tenía pacientes más ligadas al estereotipo de lo que sería la persona que consume; hoy no está tan presente eso, pero sino nos encontramos con situación de personas que quizás tienen un padecimiento mental, una descompensación psicótica pero por sobre todo mucha fragilidad y fragmentación en los vínculos familiares, sociales, años de desempleo, son muy pocas las personas que pudieron terminar el colegio secundario, ni hablar de una carrera universitaria, ósea pensando en esas cuestiones que creo que también hacen a lo social hay cómo cierta homogeneidad; pero a la vez cada una tiene su singularidad. Sí es cierto que son personas que ingresan al sistema de salud por la vía de lo público, a veces han estado en guardias de internación del H. Posadas o en el H. de Pacheco; entonces observó como un rasgo común esa vulnerabilidad. Y mucho desborde familiar y falta de respuesta de los efectores de salud que han intervenido, o tratamientos que fracasan y que se vuelven a repetir. Yo creo que existe una mirada muy sesgada sobre la persona adicta, porque si uno lo aísla encuentra problemáticas legales, detenciones... Por eso creo que es mejor concentrarse en las subjetividades.

Para referirme a las personas que se atienden en el servicio uso el nombre directamente, me gusta llamarlas por su nombre y no por el apellido. También trato de usar el lenguaje inclusivo con el equipo, es decir, estoy tratando de incorporarlo, es una práctica de todos los días. Pero lo veo muchísimo más en el “hospi” a full, está buenísimo eso. Sobre todo cuando hay residentes, personas más jóvenes está re presente. Y después yo digo pacientes, “les pacientes”, no soy de decir “usuarios”, pero también me parece que está bueno decir las “persona internadas” porque me parece que está bueno pensar como una persona que tiene un problema, que asiste a un hospital y que se le da una respuesta; y que en todo caso puede devenir “paciente” de un tratamiento, no paciente de quien “padece nuestras prácticas”.

Usuario también está buena, no la uso yo tanto porque me suena al usuario de redes sociales y esas cosas. Una persona puede ser usuaria del sistema de salud y está bueno porque lo coloca en un lugar más activo, cómo que hace uso de eso; pero a veces puede ser un “lugar dónde no se instala nada”, usuario puede ser una persona que va a un dispositivo con un umbral mínimo de exigencia, que no hay ningún tipo de demanda de tratamiento, va está un rato y listo. En definitiva a mí me gusta decir las personas, y sí digo paciente no lo digo de tal forma que resuene como “el paciente tiene que hacer lo que yo le digo”.

Respecto de las edad, varían mucho, pero te diría que en líneas generales entre 18 y 65 años, y en promedio en el servicio más bien atendemos personas de entre 30 a 45 años.

El tema del diagnóstico bien entendido no debería ser considerado un “estigma”, sí se comprende así es porque tiene una connotación de “control”, y esto te lo digo porque no es lo mismo decir “esquizofrenia” que decir “diabetes”, uno nunca dice el “diabético” pero sí dice el “esquizofrénico”. La salud mental es como un campo tan aparte, como algo del “alma”, algo tan “impalpable”, por eso es que intentamos que se diga “padece esquizofrenia” o “los efectos de la esquizofrenia”, porque decir es un “esquizofrénico” da una identidad, ningún médico diría “hoy no vino el diabético” diría “no vino el paciente con diabetes y otras cosas más”.

Por lo general, en la internación lo que más se ve son estructuras más del orden de la psicosis, de la descompensación psicótica, del orden de la paranoia, de la esquizofrenia; y después hay un montón de otros diagnósticos que usan los psiquiatras como “trastornos de la personalidad”.

La modalidad de trabajo en el servicio, es un trabajo interdisciplinario, pero al igual que la Ley Nacional de Salud Mental, la interdisciplina es un espíritu, uno tiene la intención pero después va a depender de la cabeza interdisciplinaria que tenga cada uno. La interdisciplina me parece más un punto de llegada que de partida, que haya 4 disciplinas trabajando juntas no quiere decir que haya interdisciplina. La interdisciplina es una forma de trabajo, no quiere decir



sumatorias de prácticas, o disciplinas que trabajan juntas, que se “quieren y trabajan bien”. La interdisciplina es pensar que algo de lo que vos sabes le puede aportar al otro, y no es buscar el “complemento” sino saber hacer con la falta.

Del tratamiento farmacológico puedo decirte algunas cosas, pero yo soy psicólogo no tengo formación de médico. Tengo psiquiatras amigos, que tienen perspectivas que me copan... Sobre la medicación pienso que la pata farmacológica termina siendo después la base de todo el tratamiento, que es la medicalización, en tanto medicalización de la vida. Es muy loco cuando por ejemplo alguien llega a una internación con 6 fármacos y le agregan un par de fármacos más; algo estaba pasando que no funcionaba. Yo me peleé bastante, no con la psiquiatría, sino con los psiquiatras que ejercen esta posición de poder en el otro, entiendo que no alivia padecimientos sino que deja estigmas, deja estigmas sobre el cuerpo, es la intervención sobre el cuerpo del otro.

Te cuento un ejemplo, hoy vino la mamá de un paciente y su médica psiquiatra le dijo que debía tomar la medicación para toda la vida, eso es cómo garantizarle que va a poder seguir así mientras viva en piloto automático; es muy triste, pero es algo que está muy instituido en la salud mental. La medicalización lo que genera es mucha distancia, mucha ruptura de cosas que son mucho más enriquecedoras. Cuando los pacientes vienen al hospital solamente a buscar medicación es porque ahí, no hay tratamiento.

10. ¿Te impacta trabajar en un Hospital de Salud Mental, en tu vida personal, de qué manera?

**Respuesta:** Seguramente sí. Yo en este momento estoy ocupando un rol de coordinación, con lo cual tengo mucha más exigencia, y estoy un poco más alejado de la clínica en el sentido de atender directamente yo, por ahí estoy más abocado a coordinar equipos, conformarlos, pensar nuestras prácticas, eso afecta. El cansancio y el desgaste tiene que ver a veces con trabajar con personas en equipos cuando falta la motivación o cuando uno siente que esta medio en soledad, como cuando no ves los efectos.

Pero pensando en el trabajo con pacientes eso depende mucho, hay momentos en que yo siento que el trabajo se volvía un poco desgastante porque hay algo de mucha impronta afectiva y del cuerpo que se ve comprometido, situaciones que no son las del consultorio; por otro lado el consultorio también tiene ese “adormecimiento” que una práctica hospitalaria en un servicio de internación no la va a tener. Si la tiene es porque la persona está internada en una internación prolongada y no está pasando nada.

Tengo la idea de que lo que más desgasta es algo del trabajo con equipos, mucho más con los colegas que con los pacientes.

Preguntas en relación a los derechos a los derechos sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres con discapacidad intelectual alojadas en dichos hospitales:

11. ¿Existen dentro de la institución programas específicos para mujeres o identidades gestantes?

**Respuesta:** Sí, se creó el año pasado. Lo que era clínica médica, dejó de llamarse así y pasó a llamarse salud integral. Y me parece que ahí se amplió la mirada, se sumaron al equipo un montón de médicos generalistas. El servicio de clínica médica se transformó en un mini hospital dentro del hospital, hoy en día están viendo al hospital personas para consultar por la interrupción voluntaria del embarazo, y no vienen necesariamente por problema de consumo de sustancias o por intentos de suicidio. En este momento el hospital está teniendo esa perspectiva de trabajo centrada en los tratamientos de armonización por ejemplo. De todas formas, yo no estoy mucho en el tema pero si me doy cuenta que se están haciendo muchas cosas muy innovadoras, no innovadoras a nivel social porque a nivel social ya están pasando, pero dentro del hospital puede que sí sea bastante novedoso. Es bastante diferente a que el paciente sólo venga a buscar su medicación.

¿Si o No?

Si la respuesta es Si:

11.A ¿Cuáles son y cómo se implementan? ¿Se construyeron en base a una perspectiva de género? ¿Existen protocolos de atención para mujeres gestantes dentro del Hospital?

**Respuesta:** Cuando se creó específicamente el Departamento de Salud integral no sé. Creo que fue el año pasado, pero no sé en qué momento exacto.

Sí se que una colega nuestra que trabaja en internación con una orientación un poco más psicoanalista, pidió pasar unas horas, de las 30 horas que cumple en el hospital en el dispositivo de salud integral; para conformar un equipo de IVE. Y me parece que eso también hace a poder pensar las prácticas en salud de forma un poco más amplia. Porque la salud, en definitiva, es producir procesos de salud.

En cuanto a la perspectiva de género, me parece que todo el hospital está trabajando con esa perspectiva, como a nivel institucional te diría. Utilizando el lenguaje inclusivo o mediante el cupo laboral trans, creo que fuimos uno de los primeros organismos en adoptar el cupo trans, eso está buenísimo.

11.B ¿Dichos programas contemplan variables de protección de sus derechos sexuales, reproductivos y/o de maternaje? ¿De qué manera lo hacen? ¿Talleres, conserjerías? ¿Acceso a

métodos anticonceptivos? ¿Pueden verse con sus parejas? ¿De que forma, dónde, son encuentros supervisados?

**Respuesta:** Mira, este año y el año pasado no hicimos talleres acerca de salud reproductiva, un poco debido a la pandemia y otro poco porque la nueva perspectiva del hospital es pensar que es agrupable y que no. Por ejemplo en nuestro servicio, tenemos pacientes que pueden interactuar muy poco entre ellos. Nos dimos cuenta que hay algo de lo agrupable, que no es viable. Pero sí, en otra intervención hicimos talleres en relación al tema. Pero justamente los hacía está colega, que ahora está trabajando en el Departamento de Salud integral, y creo que tiene mucho más sentido. Ese trabajo, no se hace con las personas de internación. Lo que sí hacemos nosotros, es dejar preservativos en las habitaciones, particularmente en las mesas de luz, y muchos nos lo cuestionan. Me acuerdo de un enfermero que me dijo “ustedes están repartiendo preservativos, promoviendo que cojan”. Y te diría que es todo lo contrario, nosotros lo que estamos proponiendo es que si tienen relaciones se puedan cuidar.

Hay una idea de los profesionales de la salud mental bastante conservadora sobre la sexualidad de los pacientes. Si bien nosotros atendemos psicosis, también hay muchas otras presentaciones como pueden ser el consumo problemático y los trastornos border de la personalidad, y ahí si la sexualidad y el cuerpo está mucho más presente, desde otro lugar.

Cuando un paciente nuevo se interna y tiene sexo con otro, enseguida empiezan a aparecer las miradas sancionatorias de parte de sus profesionales. Esto no pasa tanto ahora, porque cambiaron un poco las presentaciones y los cuadros clínicos.

Nos ha pasado en otros años, que había en el servicio 4 o 5 pacientes mujeres y 5 o 6 pacientes varones, y enseguida se armaban parejas. Y ahí yo también veo la cuestión de lo trans, lo trans no está tan habilitado dentro del hospital. Si los pacientes te cuentan que afuera del hospital es muy común que un paciente varón este con una chica trans, o a la inversa. Eso también me parece muy interesante para pensar cómo entendemos el género.

11.C ¿Existe un grupo especializado en el hospital que aborde el maternaje o lo derechos sexuales?

**Respuesta:** Sí.

---

SOLO SI EXISTE:

12. ¿Cuándo, cómo y por qué surgió? ¿Cómo trabaja, que abordaje brinda?

**Respuesta:** (Ya fue respondido)

---

13. ¿Derivan a otras instituciones cuando alguna paciente está cursando un embarazo o luego de éste? ¿A cuáles? ¿Qué pasa con sus hijxs una vez que nacen?

**Respuesta:** En nuestro servicio no. Sí recuerdo una paciente que a nuestro servicio decidió practicarse un aborto, dentro del hospital, con un equipo de atención que estaba fragmentado entre profesionales de pañuelos celestes y pañuelos verdes. Imagínate cómo salió esta intervención.

Lo de la maternidad, esto es un tema. Porque no pueden entrar niños dentro de la internación, y es muy frecuente que entren personas que afuera tienen hijos. En esos casos, lo que se intenta es que tengan contacto, pero no siempre se puede; sobre todo pensando en el contexto de pandemia que estamos viviendo. El tema de la maternidad en pacientes mujeres es algo que siempre está presente, y además de la cuestión clínica y de salud mental se le suma que suele haber juzgados interviniendo y otras complicaciones que hacen más a la niñez.

Sí existe esto que te digo, mujeres que tienen hijos y se inicia todo un proceso judicial. Me acuerdo de un caso, de una paciente que consumía bastante pasta base y estaba embarazada; en algún momento el equipo tratante la termina voluntarizando, para que no se vaya de la internación porque estaba embarazada. Hace dos años también pasó, dueña paciente que estaba embarazada y cuando fue a parir intervino el servicio social del hospital y un juzgado y ella perdió contacto con su hijo, sin siquiera verlo. En este caso, recuerdo que no pasó nada pero en contraposición sí hubo otro caso, hace algunos años, en el que la paciente estaba internada y después de parir sus hijos quedaron en el Hospital Penna, y ella iba a verlo. Pero la realidad es que siento, que hay algo en ese proceso que no sé si está tan bien; si bien hoy en día en nuestra internación no está pasando, me parece que no es algo que está tan trabajado el tema de la maternidad y la salud mental. Tal vez sea algo que haya que ponerse a pensar.

En esas situaciones, me parece que lo mejor es ver el caso a caso con la persona. Me acuerdo de una paciente, María, ella estaba embarazada y primero manifestó que no quería abortar, después una vez transcurrido el embarazo decidió que quería abortarlo pero ya no podía, finalmente decidió dar al bebé en adopción.

14. ¿Conoces si existen convenios firmados con otros Organismos en relación a la protección de sus sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres?

**Respuesta:** Hasta dónde yo tengo entendido no.

15. ¿Cómo describirías la relación existente entre la legislación vigente en la materia y su implementación en términos de acceso real a la información y a la libertad sexual, reproductiva y de maternaje?

**Respuesta:** Te diría que siempre que uno entra a una institución, estaba un poco a merced de un poder disciplinario que opera de forma muy sutil y uno empieza a perder algunos derechos. Ya sea porque es paciente, ya sea porque es alumno, ya sea porque es empleado. Entonces me parece que seguramente los derechos que tiene alguien que está descompensado se limitan a que un equipo decida qué le va a costar en una cama y lo va a pinchar. Si bien tiene un montón de derechos me parece que hay algo de la autonomía y de la libertad que está obturado. Como así no es lo mismo vivir en este mundo y ser hombre que ser mujer, o ser trans o ser niño, niña o niñe, o viejo. Bueno tampoco ser loco, hay algo que opera dentro de lo que se piensa como normalidad que hace que no se tengan los mismos derechos.

16. ¿Cómo institución tienen algún tipo de vínculo con las asociaciones civiles de familiares de personas internadas por padecimientos mentales? ¿Esta temática de derechos sexuales y reproductivos la trabajan de forma conjunta?

**Respuesta:** No, que yo sepa.

17. ¿Cómo pensás que sería la mejor manera de intervenir para abordar la problemática de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres alojadas en los hospitales monovalentes?

**Respuesta:** Me parece que principalmente se trata de que haya mayor información y formación, que debiera ser casi obligatoria. Porque si uno trabaja en un hospital de salud mental y sí trabaja en un hospital que no es de salud mental de también, mínimamente hay que conocer la Ley Nacional de Salud Mental, la Ley de Derechos del Paciente e Historia Clínica; y lo mismo sobre la perspectiva que debemos tener sobre el tema género y sexualidad que debe ser un poco más amplia; para que se pueda incorporar. Es decir, tener más información y formación, eso me parece clave. Por ejemplo, yo me siento re carente en ese sentido. Porque trabajo con colegas que lo manejan muy bien, y para aprender me parece que uno tiene que mostrarse cada vez más disponible. Porque si no las prácticas se vuelven como a lo de oídas, cosas que se dicen y se hacen porque se piensa que quedan bien, porque hay que hacerlas, pero para tener conocimientos reales sobre el tema me parece que hay que hacer otro trabajo, más profundo.

18. Ya estamos terminando la entrevista, ¿hay algún dato o comentario que le parece importante y que quisiera agregar?

**Respuesta:** Me quedé pensando en la cuestión de cómo pensar lo que me estás preguntando, desde una perspectiva de derechos, de descomanicomialización, de ruptura de las estructuras jerárquicas, de todo lo que oprime. Pero siempre teniendo en cuenta que hay que desconfiar un poco del humanismo, de esta idea de las buenas intenciones, siempre hay que pensar qué discurso hay detrás. Qué discurso de poder está operando. Está buenísima la

descomanicomiolización, está bárbara; pero hace unos años querían cerrar el Hospital Bordá, y esta repleto de pacientes que además de tener padecimientos mentales viven en situación de calle, de no estar el hospital... Entonces a lo que yo aspiro es a repensar todo el tiempo desde donde se hace. A mí eso siempre se me hace pregunta. Esta bien, porque estamos en otro orden social, porque hoy las instituciones disciplinarias están en crisis, como la escuela, la familia, el manicomio, el hospital, todas esas están en crisis y están ahí como agonizando y subsistiendo y siguen operando. Pero hay que pensarlas, en su contexto, en algún momento respondieron a algo y hoy en día lo que me parece que vemos es que ya quedaron arcaicas. Yo apoyo la descomanicomiolización, porque para mí ya es pensar que alguien que está internado pueda recibir la medicación vía oral trabajando de forma conjunta, y no que 3 enfermeros pasen durante la noche y lo pinchen sin que se dé cuenta. La descomanicomiolización es que el otro sea sujeto, y no objeto de nuestra práctica; que el cuerpo no se vuelva un campo de batalla de intervenciones médicas. Detrás de todo eso que hace la práctica de todos los días, esta cosa de pensar hacia dónde vamos con lo que tenemos, con un neoliberalismo tan fuerte como orden mundial que afecta la manera de vivir.

La Ley Nacional de Salud Mental está buenísima, porque permite que la persona está internada el menor tiempo posible porque lo indica un juez o porque la familia no lo quiere en la casa durante 5 años, eso está buenísimo. Después eso hay que pensarlo a la luz, de las prácticas expulsivas que toman algunos profesionales haciéndose eco de la ley.

19. ¿Conoces a alguien que consideras que sería valioso entrevistar en relación a este tema? ¿Podrías ponerme en contacto con esa persona?

**Respuesta:** Sí, te pasó el celular de una colega que es Trabajadora Social, en mi mismo servicio.

Muchísimas gracias por su disponibilidad y tu amabilidad, si me surgiera alguna duda o consulta en base a la entrevista, me contactaré nuevamente con usted para aclararla.

## CUESTIONARIO PARA LA ENTREVISTA

### Datos del entrevistado/a (Perfil sociodemográfico)

- 1. Nombre y edad:** E – 60 años
- 2. Hospital:** Hospital Nacional en Red, Lic. Laura Bonaparte
- 3. Título de grado:** Lic. en Psicología (finalizó en marzo del año 1987)
- 4. Especialización:** Especialista en clínica de patologías de consumo, salud pública y en educación, pedagogía social y salud.
- 5. Función en el Institución:** Directora e Interventora

**6. Años en el Hospital:** Desde marzo del año 2020 hasta la actualidad, y otra gestión anterior entre noviembre del año 2012 a diciembre del año 2015.

**7. ¿Elegió ocupar este lugar?:** Sí, en ambas oportunidades fue convocada por el Ministerio de Salud Nacional.

Preguntas en relación a los derechos de las personas alojadas en Hospitales Monovalentes, en base a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657:

6. ¿Qué marcos normativos existen en la Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires en particular, para proteger los derechos de las personas con discapacidad intelectual alojadas en los hospitales monovalentes? ¿Y de qué forma se implementan en la institución en la que trabajas? ¿Qué opinión tenés sobre la Ley Nacional de Salud Mental? ¿Qué opinión crees que tienen los profesionales de tu institución sobre esta ley?

**Respuesta:** La Ley Nacional de Salud Mental, la Convención de las personas con discapacidad y la Ley de Consentimiento Informado, entre otras. Todas de carácter nacional porque nuestro hospital depende de la Nación.

Todas las que te nombré las implementamos todos los días en el hospital y son parte de nuestro ejercicio profesional.

Me parece que la Ley Nacional de Salud Mental, es una ley que recoge las buenas prácticas de muchos trabajadores de salud mental, muchos que han perdido la vida en la última dictadura cívico militar, como por ejemplo la presidenta de la asociación de psicólogos de Buenos Aires, que fue detenida y desaparecida, hasta Laura Bonaparte, por quien nombramos el hospital, ha sido una psicóloga que también en sus prácticas sostenía, como muchos otros profesionales de la salud mental, esa necesidad de mejorar el campo de trabajo. Particularmente es una ley que defiende, que la llevo como bandera, que me parece sumamente relevante que exista, porque no es un dato menor que se legislen las buenas prácticas profesionales, y que se haya creado una ley nacional para respaldarlas. Además, creo que es una ley que restituye derechos a quienes nunca los tendrían que haber perdido, por eso estoy muy agradecida a la gestión que llevó adelante Leonardo Gorbacz, al presentar esta ley.

Respecto de la última pregunta, te diría que mayoritariamente están a favor de la ley, yo creo que son minorías los que están en contra, y eso se da porque esas minorías responden más a cuestiones de mercado, más que a cuestiones de la práctica misma, pensemos que quienes discuten con la Ley de Salud Mental son quienes tienen intereses económicos en cuestión, fundamentalmente quienes apuestan a la medicalización, y a intervenciones tutelares, manicomiales y asistenciales, porque en líneas generales esas decisiones repercuten en dos cosas: en el hecho de que las prácticas privadas son mucho más redituables, ya que en una

clínica privada tener gente internada es un lucro constante y es cara esa internación; y en el hecho de que para muchos actores tener personas internadas surge como una solución de control social. Entonces, esos son los que denostan de alguna forma la Ley Nacional de Salud Mental porque están buscando volver a esas prácticas de instituciones totales de encierro que no tienen nada que ver con la salud integral.

7. ¿En tu institución hay personas en contexto de internación prolongado? ¿Conoces qué cantidad o porcentaje de la población del Hospital esta internada hace largo tiempo y que otra cantidad o porcentaje realiza tratamientos ambulatorios?

**Respuesta:** Tenemos una sola persona en contexto de internación prolongado. Cuando yo me fui del hospital, en mi anterior gestión, habíamos trabajado con casas de medio camino, con un programa que tenía pasantías para estudios y laborales, para trabajar como andamiaje para lograr que quienes han tenido muchas internaciones o internaciones prolongadas, pudieran ir logrando autonomía. Yo terminé mi gestión en el año 2015, y no teníamos a nadie internado por más de 60 días, eran internaciones realmente cortas o medias, y en esto tenemos un problema los profesionales porque la internación tiene que ser una terapéutica 24 hs para que tenga sentido, porque sino es un mero control, está adentro para que no esté afuera, y me parece que estas cuestiones son indispensables para pensar.

Ahora cuando volví en marzo del 2020, encontré muchos pacientes que hacía 3 años y medios que estaban internados, ósea que apenas me fui internaron y los dejaron internados. Eran más o menos 10 personas, en esas condiciones. Y una persona más, que es quien todavía está, con la cual tenemos toda una situación particular, porque la gestión del hospital a la cual yo reemplacé judicializó a ese paciente, hizo una solicitud ante el juez adjudicando que era peligroso. Se hizo intervenir a un juez, para que le pongan policía como custodia. Entonces no solamente me encontré a un paciente internado hacía mucho tiempo sino que además le habían puesto custodia policial, ahora ya no tiene custodia policial, pero como el juez se expide con una resolución de “no innovar”, hasta tanto no se consiga un hogar e “Incluir Salud”, que es el programa que nos tiene que dar el cupo, y todavía no nos ha dado, por COVID, o por lo que fuera, no lo hemos logrado. Igualmente pedimos la ayuda del Órgano de Revisión de la Ley, ayuda de todos lados para poder externarlo, les hemos escrito una vez por semana al juzgado diciendo que “la internación ya es iatrogénica a esta altura”. Pero tenemos ese problema que el juez se expidió por “no innovar”, y si nosotros lo externáramos por nuestra cuenta para que inicie el tratamiento ambulatorio estaríamos infringiendo una decisión judicial. Así que ese es el único caso, todos los otros casos están externados y siguen con tratamiento ambulatorio.



8. ¿La población del hospital está conformada exclusivamente por mujeres? ¿Existen personas que se autoperciban con otras identidades?

**Respuesta:** No. Tenemos usuarias mujeres y también hombres. Tenemos 600 pacientes ambulatorios, que se atienden en lo que se llama consultorios externos y en lo que es hospital de día tendremos 50 pacientes. Después tenemos un grupo de mujeres liberadas de prisión, que son más o menos 20. Además estamos trabajando en territorio, en el barrio Zabaleta, que tenemos una casa de medio camino, otro dispositivo en Isla Maciel, en Puerta de Hierro, en San Petersburgo, en Villa Palito, en la Carcova, entonces tenemos un número bastante grande de pacientes que participan de otros dispositivos y no directamente en las instalaciones del hospital. El número más pequeño es el de pacientes internados, con cortos o medianos tratamientos, porque lo que buscamos es que tenga un sentido y no sean prolongados, porque cuando se prolongan las internaciones se producen padecimientos subjetivos y situaciones que serían absolutamente evitables con un tratamiento ambulatorio. De todas maneras tenemos más usuarias mujeres, no tengo el porcentaje exacto.

Personas que se autoperciben con otras identidades tenemos bastantes, porque trabajamos con esa población con una Asociación, que es una cooperativa de acompañamiento de personas que consumían paco y el Hogar de Cristo, y trabajamos en el territorio en la Villa 21/24 y en los alrededores del hospital, y trabajamos también con una casa que se llama “Nini”, que es una casa de chicas trans. Nosotros además en el hospital, antes de que saliera el decreto del cupo laboral trans en el Estado, ya habíamos contratado (ósea en mi gestión anterior) chicas y chicos trans. Trabajadores del hospital que se autoperciban mujeres tenemos 5 (una está en sistemas, una que es estudiante de Trabajo Social y trabaja en redes en el territorio, otra que está como administrativa, otra en formación de trabajo en territorio y una enfermera), porque los otros 8 se autoperciben varones.

También como te decía, trabajamos con población trans como pacientes con esta casa “NINI” sobre todo, en esta casa hay varias chicas trans, y se hacen grupos los jueves y va una psicóloga del hospital, que va a trabajar ahí en territorio. Es una casa con la cual firmamos un convenio, y hacemos mucho trabajo en conjunto. Además dentro de lo que es la adecuación del hospital monovalente, presentamos dentro del Programa de Salud Integral el inicio de los tratamientos de hormonización, y hay un grupo que trabaja con el colectivo LGTBIQ+ en la orientación sobre el cambio corporal, se hace con un equipo interdisciplinario que está formado por una médica generalista, una psicóloga, una trabajadora social y la idea es ir acompañando en estos cambios que se producen corporalmente con el tratamiento de hormonización, todo esto nosotros lo hacemos dentro del hospital. En números no tengo la precisión ahora exacta de

cuantas personas participan de este programa pero puedo llegar a conseguírtelo. Igual refuerzo la idea que ésta es una de las cuestiones en las cuales ponen mucho énfasis y trabajamos especialmente.

Preguntas en relación a las representaciones sociales del/la profesional entrevistado/a

9. ¿Cómo describirías a las mujeres que se atienden en el Hospital, que características tienen? ¿Cómo se suelen referir a ellas? ¿Qué edad tienen mayormente? ¿Cuáles son los diagnósticos que más más frecuentes atienden? ¿Con qué tipo de terapias trabajan? ¿Trabajan de forma interdisciplinaria? ¿Qué perspectiva tiene el hospital o sus profesionales sobre los tratamientos farmacológicos?

**Respuesta:** Hay un porcentaje común entre las usuarias que viene de poblaciones que históricamente han tenido los derechos vulnerados, que han pasado por múltiples instituciones, internaciones, en el Moyano, o en el caso de los varones en el Borda; personas que han asistido muchos años a comunidades terapéuticas, y que en muchos casos están en situación de calle; hay todo un sector de la población que atendemos que tiene ese perfil. Y después, yo digo, atendemos “soledades”, donde la importancia radica en trabajar el lazo social, porque más allá de qué consigamos un subsidio habitacional y pueda salir a la calle y estar en un hotel, está viviendo en un hotel sola y eso es muy difícil, entonces en ese sentido, es una situación que resuelve pero a la vez no resuelve. En esos casos el ejercicio de crear lazo es fundamental. Y después hay una tercera población, en consultorios externos que estudia, que trabaja, y que vienen por referencias de familiares a tratarse en el hospital. Pero sí, existe una característica común en la población mayoritaria del hospital que tiene sus derechos básicos vulnerados.

Cómo nos referimos a ellas, usamos la palabra pacientes o sino usuarias.

Mayormente tienen alrededor de 40 a 65 años de edad, aunque tenemos pacientes más jóvenes y algunas de mayor edad, pero ese sería el rango promedio.

Respecto de los diagnósticos, uno trata de salirse de eso, como dice Marcelo Persia uno intenta abandonar esas fragmentaciones, pero sí yo diría que atendemos un porcentaje elevado de psicosis, si lo quisiéramos decir en términos diagnósticos; y sino son psicosis son neurosis muy graves, en algunos casos se observan esas “locuras” de las que hablaba Malevich que son muy “de borde”, que son demasiado graves pero son neurosis, y que tienen que ver con el profundo arrasamiento subjetivo por situaciones de vulnerabilidad y desamparo social. Porque vivir en situación de calle, o en pasillo en la villa, es arrasador, ósea que yo te diría que son presentaciones clínicas muy complejas.

Respecto del tratamiento farmacológico es todo un tema, porque cuando yo volví al hospital lo que yo descubrí es que había un proceso de medicalización de los pacientes, me

encontré pacientes muy medicados, pero muy medicados, pacientes con indicación de tomar 5 psicotrópicos de los cuales 4 eran antipsicóticos, a ese nivel. Durante todo este año hemos trabajado sobre cómo la farmacia es un espacio clínico dentro del hospital, y hacer supervisiones como para encontrar el sentido del medicamento dentro de un tratamiento. Ósea revertir esta cuestión que termina siendo un chaleco químico, para que sea un recurso posibilitador de la palabra, para que sea posibilitador de un tratamiento.

10. ¿Te impacta trabajar en un Hospital de Salud Mental, en tu vida personal, de qué manera?

**Respuesta:** Yo creo que siempre afecta, por eso el análisis propio es fundamental para trabajar esas cuestiones. Y además hay algo que uno aprende con la profesión que consiste en la disociación instrumental, más allá del análisis está la diferencia entre la gestión y la práctica clínica, porque en esto yo no estoy atendiendo pacientes en el hospital sino que estoy gestionando un proyecto, un plan estratégico. Entonces mi posición es distinta, igual te digo que con el tema del COVID y la pandemia, todo lo que hay que tener en cuenta en este contexto es bastante estresante.

Preguntas en relación a los derechos a los derechos sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres con discapacidad intelectual alojadas en dichos hospitales:

11. ¿Existen dentro de la institución programas específicos para mujeres o identidades gestantes?

**Respuesta:** Sí, tenemos desde salud integral, hasta todo lo que es orientación sexual y reproductiva. Ahora lanzamos el programa de IVE (interrupción voluntaria del embarazo), el cual se implementa desde el departamento de salud integral con médicos generalistas que pueden hacerlo con misoprostol obviamente, si tuviéramos que hacerlo de forma quirúrgica no podríamos, en ese caso tenemos que derivar al H. Posadas u otro tipo de institución, pero hasta los 3 meses lo hacemos con misoprostol y los médicos generalistas, que son además los que brindan el espacio de orientación y de colación de métodos anticonceptivos.

¿Si o No?

Si la respuesta es Si:

11.A ¿Cuáles son y cómo se implementan? ¿Se construyeron en base a una perspectiva de género? ¿Existen protocolos de atención para mujeres gestantes dentro del Hospital?

**Respuesta:** Todos los programas se implementan desde el departamento de salud integral, también trabajamos con todo lo relativo a lo que es la detección temprana de enfermedades de transmisión sexual, HPV, HIV, hacer PAP, COLPO, todo una serie de análisis generales, mamografías aún no porque no tenemos porque que tener ese tipo de aparatología,

si pensamos comprar un ecógrafo para el año que próximo, pero no un mamógrafo porque es mucho más específico. Si nos gustaría poder hacer ecografías para diagnósticos preliminares y en todo caso contar con convenios con otras instituciones para poder hacer otro tipo de análisis. Este año que pasó, 2020, reformamos todo el laboratorio, antes el bioquímico seguía haciendo de forma manual el conteo de algunos análisis y ahora lo hace una máquina; el bioquímico dice que está en Disney jaja. También compramos máquinas para el tema de hormonización, en definitiva necesitábamos modernizar todo el laboratorio, y en síntesis son estrategias de salud integral.

Respecto a la perspectiva de género no te podría decir que es un tema que manejan todos los profesionales al 100%, no está cubierta esa formación aún, pero estamos trabajando en la capacitación de la Ley Micaela, tenemos un conversatorio de género, tenemos un comité de género dentro del hospital, asimismo venimos trabajando en tener un hospital sin violencia de género porque hay cuestiones que muchos trabajadores no registran, por ejemplo los chistes que hacen... Pero no es el 100%, yo siento que tenemos que ser como la gota que orada la piedra, estar detrás de esto, insistir todo el tiempo con un hospital sin violencia, tenemos una campaña en redes sociales también y una exposición en la entrada del hall del edificio. Se me ocurre un ejemplo de una psicóloga que le habla a una paciente, una chica trans en masculino, diciéndole él, y estas son cosas graves que siguen pasando pero bueno... venimos trabajándolas. Por eso te repito, no te puedo decir que el 100% está formado, quizás está el 90% del personal, pero insistimos con las capacitaciones; incluso a las jornadas anuales del hospital les pusimos de nombre las “Violencias”, y dentro de las violencias obviamente tenemos la violencia de género y la violencia institucional por razones de género.

Sí, existen protocolos para la atención de las mujeres gestantes dentro del hospital, en lo que respecta al tratamiento, a la terapéutica y a la medicación, igualmente nosotros sí o sí debemos trabajar en conjunto y en red con otras instituciones porque no tenemos el equipamiento necesario por ejemplo para llevar adelante un parto.

11.B ¿Dichos programas contemplan variables de protección de sus derechos sexuales, reproductivos y/o de maternaje? ¿De qué manera lo hacen? ¿Talleres, conserjerías? ¿Acceso a métodos anticonceptivos? ¿Pueden verse con sus parejas? ¿De que forma, dónde, son encuentros supervisados?

**Respuesta:** (No se consultó las cuatro primeras cuestiones porque se fueron respondiendo en las preguntas anteriores, y al no haber pacientes internados en contextos prolongados las dos últimas preguntas no aplicaban)

11.C ¿Existe un grupo especializado en el hospital que aborde el maternaje o los derechos sexuales?

**Respuesta:** Sí, todo el departamento de salud integral, conformado por médicos generalistas y equipos interdisciplinarios de trabajadoras sociales, psicólogas y médicas psiquiatras.

SOLO SI EXISTE:

12. ¿Cuándo, cómo y por qué surgió? ¿Cómo trabaja, que abordaje brinda?

**Respuesta:** Surgió en el año 2015 a raíz de la necesidad de hacer respetar toda la normativa que se iba legislando en relación a esos temas, como la Ley de Identidad de Género, la IVE, la Ley Micaela y las luchas de los movimientos feministas. El abordaje obviamente intenta ser desde una perspectiva de género, de salud integral e interdisciplinaria.

13. ¿Derivan a otras instituciones cuando alguna paciente está cursando un embarazo o luego de éste? ¿A cuáles? ¿Qué pasa con sus hijxs una vez que nacen?

**Respuesta:** Sí, trabajamos con la Maternidad Sardá y con el Hospital Pena, la Sardá es una maternidad que está a pocas cuadras de nuestro hospital y el Pena es el hospital general dentro del área programática. Es más amigable para chicas embarazadas que vienen con una situación de consumo el Pena que la Sardá. Para nosotros como hospital es muy difícil todo lo que tiene que ver con el armado de una red institucional porque nuestro hospital es nacional, dentro del hospital dependemos de la jurisdicción de la Nación, salís de la vereda y estás en la jurisdicción de la Ciudad de Buenos Aires, lo cierto es que la Ciudad no ha querido hacer redes con nosotros, entonces todas las redes que tenemos son informales, a través de colegas, de amigos que están trabajando, y en ese sentido el equipo del Pena que atiende maternidad y obstetricia es excelente entonces podemos trabajar mejor ahí, también hay un equipo de Trabajo Social con el que podemos trabajar bien, pero después hay otros servicios donde no. Muchas instituciones a veces nos rechazan, si nosotros lleváramos una paciente porque requiere una intervención de un hospital general a un hospital de CABA nos podrían muchos obstáculos, a veces terminamos yendo al H. Posadas que nos queda recontra lejos pero es un hospital nacional donde podemos trabajar bien en red porque dependemos de la misma dirección. De hecho trabajamos muchas cosas en red con ellos, incluso lo que hace a “segundas opiniones”, porque en nuestro plantel de médicos generalistas hay alguna cuestión neurológica o de alguna especialidad trabajamos con el espacio de segunda opinión del Posadas. Pero cuando necesitamos que reciban a una paciente se nos complica a veces, tanto con el H. Pena como con la Sardá.

Con los hijos de las pacientes nosotros propiciamos que ellas los críen y puedan maternarlos mientras continúan con el tratamiento ambulatorio, sí es verdad que hay decisiones judiciales en las cuales es frecuente que les quiten a sus hijos, sobre todo cuando hay problemáticas de consumo.

14. ¿Conoces si existen convenios firmados con otros Organismos en relación a la protección de sus sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres?

**Respuesta:** Nosotros no tenemos ningún convenio firmado al respecto.

15. ¿Cómo describirías la relación existente entre la legislación vigente en la materia y su implementación en términos de acceso real a la información y a la libertad sexual, reproductiva y de maternaje?

**Respuesta:** Siento que hay mucho camino por trabajar, en realidad todavía hay posturas muy retrogradadas y lamentablemente hay mucha casuística sobre lo que te decía, de quitarle los chicos a las pacientes, por lo menos tengo varios casos dónde después de que tienen a su bebé, interviene a veces la Defensoría, en muchos casos son mujeres juezas las que toman estas decisiones, yo he escuchado a una jueza que ha dicho “esta drogadicta no se puede hacer cargo de un hijo”, por ejemplo; y entonces lo destinó a un hogar. Este caso que te cuento fue en mi anterior gestión en el año 2015. Después me enteré que cuando yo no estuve en el hospital que se planteó que una mujer con un padecimiento mental que estaba cursando un embarazo era mejor que aborte, que los profesionales dijeron “¿cómo va a tener el bebé?”, ella quiso tenerlo, S. Bleichmar escribió sobre esto y decía que las mujeres con padecimientos subjetivos y extrema vulnerabilidad social quieren tener a sus hijos, porque es casi lo único que pueden “tener”, se refiere al vínculo de afecto con alguien. En este caso que te estaba contando, la paciente lo tuvo y lo que pasó fue que en el H. Pena, luego del parto fue que la obligaron casi a darlo en adopción, ósea con teorías de que no lo iba a poder cuidar, que al niño le iba a pasar como le pasó a ella que terminó desde que era niña con medidas excepcionales de abrigo, y la verdad es que son intervenciones que producen demasiado padecimiento, y lo grave es que de ese sufrimiento a veces no se puede volver. Por eso creo que estamos muy atrasados, muy atrasados en garantizar derechos desde las instituciones en general, desde la justicia cuando interviene, la Defensoría que parece que no tiene en cuenta los derechos que tiene esa mujer y hace de cuenta que no existen, porque supuestamente el derechos del niño es vivir con otros familiares o en un contexto que le permita vivir una vida plena libre de violencias, y después terminan viviendo toda la infancia en hogares, ósea que tampoco le resuelve en nada a ese niño, sino que todo lo contrario lo separan de la mamá y el daño que se va estableciendo desde la infancia es grave. Yo repito creo que estamos muy atrasados.

Respecto a la colocación de métodos anticonceptivos o de ligamiento de trompas sin el consentimiento de las pacientes te puedo decir que ahora en el hospital no sucede, y cuando yo estuve en la otra gestión tampoco, sin embargo en ese momento (2015) había una médica ginecóloga que planteaba eso, que a las mujeres que asisten al hospital hay que ligarle las trompas y ya, y lo decía convencidísima, nunca ocurrió porque además nosotros no tenemos esa posibilidad quirúrgica pero tampoco permitimos que se le coloque un método anticonceptivo si la paciente no manifiesta su voluntad, ósea sino quiere. Eso no pasó antes, ni tampoco va a pasar ahora porque el equipo que está trabajando ahora tiene otra mirada y otra posición en relación a la temática. Una cuestión es ofrecer que el otro tenga la información necesaria para poder decidir, (a eso apuntamos) y que tenga el acceso a esas decisiones que tome y otra cuestión es imponérselo.

Incluso pasó en estos años que no estuve en el hospital que esta muchacha a la que le dieron al bebé en adopción me comentó luego muy angustiada que la habían querido obligar a abortar y que después de tener a su hijo la convencieron a que diera en adopción diciéndole que ella no iba a poder hacerse cargo de ese bebé, entonces lo cierto es que han pasado estas cosas y que generan muchísimo padecimiento subjetivo, muchísimo.

16. ¿Cómo institución tienen algún tipo de vínculo con las asociaciones civiles de familiares de personas internadas por padecimientos mentales? ¿Esta temática de derechos sexuales y reproductivos la trabajan de forma conjunta?

**Respuesta:** Sí, trabajamos sobre todo con muchas asociaciones y organizaciones sociales con quienes tratamos de armar un trabajo en red, con una asociación por ejemplo que protege los derechos de las mujeres que se llama “Frida”, tienen una sede que está a dos cuadras del hospital pero además tienen otras casas que alojan chicas con padecimientos subjetivos, también trabajamos con un refugio, que es una casa para chicas con situaciones de consumo que vivieron situaciones de violencia de género. Lo que hacemos es que cuando ellos necesitan la intervención de algún especialista, nosotros les enviamos un equipo interdisciplinario que va a la casa a dar la atención. Nuestra premisa es salir mucho del hospital, particularmente yo creo que hay que pensar no es el hospital hacia dentro sino el hospital hacia afuera, otra cosa que no sean las internaciones, otras intervenciones.

17. ¿Cómo pensás que sería la mejor manera de intervenir para abordar la problemática de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres alojadas en los hospitales monovalentes?

**Respuesta:** Yo creo que sería interesante abandonar aquello que pensamos como “problemáticas de salud mental”, y me parece que la Ley de Salud Mental cuando habla de una

definición, habla de los determinantes de la salud, de la salud mental pero también de la salud en general, desde un lugar de salud integral, porque habla de los abordajes que contemplan las cuestiones culturales, históricas, sociales, biológicas, psicológicas; entonces de lo que se trata para mí es de abordar en la complejidad por eso yo a modo de intervención abono a quitar estigmas, me gusta pensarlo más desde el lado que alguien tiene un padecimiento subjetivo a que “tiene una problemática de salud mental”. Lo mismo les digo cuando dicen esa pacientes es “psiquiátrica”, porque fortalece los estigmas y porque además el padecimiento subjetivo con tratamiento y con abordajes no solamente interdisciplinarios sino intersectoriales se pueden aliviar, por lo tanto ese es el objetivo que nosotros tenemos en el hospital.

18. Ya estamos terminando la entrevista, ¿hay algún dato o comentario que le parece importante y que quisiera agregar?

**Respuesta:** Quizás decirte que siento que deberíamos despegarnos de la idea que las personas tienen un problema de salud mental sino enfocarnos que tienen un padecimiento subjetivo y desde ahí poder abordarlo como cualquier mujer, que tiene derechos y que nosotros desde el hospital como efector de estatal tenemos que garantizar eso, y el derecho a la salud integral, que alguien pueda ejercer su derechos a acceder a los tratamientos, la información, los métodos anticonceptivos, la IVE, o poder maternar a sus hijos. Y que acceda a todas las prestaciones como cualquier ciudadano.

19. ¿Conoces a alguien que consideras que sería valioso entrevistar en relación a este tema? ¿Podrías ponerme en contacto con esa persona?

**Respuesta:** Sí, te puedo pasar los contactos de dos médicos psiquiatras y de una psicóloga.

Muchísimas gracias por su disponibilidad y tu amabilidad, si me surgiera alguna duda o consulta en base a la entrevista, me contactaré nuevamente con usted para aclararla.

## CUESTIONARIO PARA LA ENTREVISTA

### Datos del entrevistado/a (Perfil sociodemográfico)

- 1. Nombre y edad:** J – 34 años
- 2. Hospital:** Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte"
- 3. Título de grado:** Licenciado en Trabajo Social (terminó sus estudios en 2014)
- 4. Especialización:** Residencia en Salud Mental en el H. Bonaparte
- 5. Función en el Institución:** Dos roles. Por un lado, co - coordinador del servicio de guardia y por otro, una función asistencial dentro del equipo de atención de salud mental en lo que es el servicio de demanda espontánea del H. Bonaparte. Ocasionalmente también algunos



trabajos en el campo disciplinar y de formación dentro del hospital. (La residencia desde el año 2015, y desde 2019 en el rol de co – coordinación como contratado).

7. **¿Elegió ocupar este lugar?:** Sí al finalizar la residencia (la cual concursó y por orden de mérito eligió el hospital Bonaparte) tuvo un “rol activo” para que le ofrezcan el contrato.

Preguntas en relación a los derechos de las personas alojadas en Hospitales Monovalentes, en base a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657:

6. ¿Qué marcos normativos existen en la Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires en particular, para proteger los derechos de las personas con discapacidad intelectual alojadas en los hospitales monovalentes? ¿Y de qué forma se implementan en la institución en la que trabajas? ¿Qué opinión tenés sobre la Ley Nacional de Salud Mental?

**Respuesta:** La Ley de Consentimiento Informado y la Ley Nacional de Salud Mental, ambas las tratamos de implementar todos los días. De la Ley Nacional de Salud Mental tengo una opinión y un posicionamiento formado, claramente uno de los motivos por los cuales elegí el hospital fue porque se trataba de una institución que se pronunciaba como dispositivo u hospital de referencia de aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental, con lo cual fue uno de los motivos por los cuales al concursar elegí el hospital fue ese. No solo aplican la ley, sino que además lo hacen militándola desde un rol político.

7. ¿En tu institución hay personas en contexto de internación prolongado? ¿Conoces qué cantidad o porcentaje de la población del Hospital está internada hace largo tiempo y que otra cantidad o porcentaje realiza tratamientos ambulatorios?

**Respuesta:** Justo ahora no, se redujo un montón. A lo que hace al hospital hay algunos tiempos políticos y distintas patas, a nivel nacional hubo un cambio de gobierno del Pro al Frente de Todos, y ese cambio dentro de la institución también permitió que volviera a la gestión “E”, quien actualmente cumple el rol de interventora y es referente en relación a la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental dentro del hospital. A través de su vuelta se trabajó bastante en reducir los tiempos de las internaciones, pero hace poquito nada más tuvimos un pibe que estuvo 5 años internado.

Que cantidad de personas se atienden de forma ambulatoria en el hospital me es imposible saberlo; mi servicio de demanda espontánea supone una lógica asistencial, una lógica clínica entonces dentro de esa lógica clínica es que uno puede decir cuánto atiende o cuánto no, y algunas cosas se van un poco del margen de la estadística y tienen que ver más con poder cumplir con los objetivos o los requerimientos de clínicos o asistenciales del dispositivo. Con esto voy a que demanda espontánea es un dispositivo que recibe las demandas de personas que

tienen alguna solicitud o un pedido de ayuda y aloja esos enunciados, esas presentaciones, esas demandas de forma espontánea valga la redundancia, en el horario de 8 a 20 hs. Digamos una aloja eso, hace una primera evaluación, se arma un equipo de salud, luego se hace una segunda evaluación interdisciplinaria y una intervención clínica que produce un acto de salud, que no llega a constituirse como dispositivo de tratamiento. Por eso en demanda espontánea no hacemos tratamiento sino que brindamos un espacio de escucha, y en ese formato de primera escucha atendemos alrededor de 200 pacientes por mes, más o menos, inclusive pueden llegar a ser 250. Calculamos cerca de 15 demandas espontáneas por día. Después hay situaciones que ya sea por errores nuestros o situaciones más coyunturales no siempre estamos en condiciones de ofrecerle en ese momento un dispositivo de mayor complejidad. A veces se sostiene una segunda o una tercera entrevista hasta que se pueda resolver la situación. Entonces a veces atendemos más gente al momento en el que nos corremos fuera del dispositivo.

8. ¿La población del hospital está conformada exclusivamente por mujeres? ¿Existen personas que se autoperciban con otras identidades?

**Respuesta:** No, atendemos hombres, mujeres cis y personas trans o no binarias. Sí, la población LGTBQ+ se presenta con bastante regularidad en el hospital, hay personas de la comunidad que definen a la institución como un efector amigable. Pero no es que esto siempre fue una norma, sino que hubo una política activa de pensar un dispositivo de inclusión. Es decir, hay una voluntad política de que así sea, y que ello se vaya agudizando para mejor. También se generó un cupo en términos de la incorporación de personas trans que trabajan en el hospital, tenemos lazo con el área que se encarga del tema en el Ministerio de Mujer, Género y Diversidad de Nación.

Desde el dispositivo de Demanda Espontánea también nuestro objetivo es atender el sufrimiento psíquico que atañe a la vulnerabilidad en razón de la identidad.

Preguntas en relación a las representaciones sociales del/la profesional entrevistado/a

9. ¿Cómo describirías a las mujeres que se atienden en el Hospital, que características tienen? ¿Cómo se suelen referir a ellas? ¿Qué edad tienen mayormente? ¿Cuáles son los diagnósticos que más más frecuentes atienden? ¿Con qué tipo de terapias trabajan? ¿Trabajan de forma interdisciplinaria? ¿Qué perspectiva tiene el hospital o sus profesionales sobre los tratamientos farmacológicos?

**Respuesta:** En líneas generales son personas atravesadas por mucha vulnerabilidad social y precariedad, en el sentido que lo usa Butler, de personas que padecieron mucho daño psíquico y físico, eso se da para mí como norma. Para mí la vulnerabilidad social es un factor de deterioro humano, un factor destructor de la salud, con lo cual complejiza el cuadro, por eso

es importante pensarlo a la hora de plantear un tratamiento y abordar el cuidado. Es clave pensar en esto porque uno a veces siente que lo terapéutico solo trata diagnósticos científicamente comprobados, como puede ser la esquizofrenia, o bien trabajamos padecimientos sin una denominación tan clara sino más relativo al sufrimiento psíquico.

Me refiero a las personas que acuden al servicio por el nombre, después está la discusión más conceptual de cómo se nombra en las reuniones de equipo. La institución se para más del lado de decir “paciente”, que no lo veo mal porque la idea es reivindicar el derecho a la salud. La palabra “usuario” no suelo usarla porque creo que hace referencia a un abordaje más mercantil de la salud. Por otro lado, en lo que hace a la salud mental me parece mucho más interesante pensarla desde el plano comunitario y hay muchas partes del abordaje de la terapéutica que no se dan en el plano del “paciente” en solitario, y en ese punto “usuario” amplía mucho el arco de opciones, quizás no específicamente de la terapéutica pero sí del cuidado y de prácticas de reparación de derechos.

Las edades, te diría que en líneas generales, entre 15 y 70 años, más que nada en mi servicio. Los diagnósticos cómo te decía anteriormente tratamos de pensarlo desde un plano más integral, del tipo de presentaciones y no de cuadros o de estructuras, sobre todo a la hora de abordar la terapéutica. Los tratamientos son construcciones que hacemos en el trabajo interdisciplinario.

Respecto al tratamiento farmacológico en nuestro servicio fue una gran discusión, porque uno de los fundamentos clínicos y éticos de “Demanda Espontanea” es pensar desde que lugar uno construye el vínculo con los pacientes o con los usuarios, porque el vínculo no es solamente un acontecimiento casual sino que además hay algún tipo de lazo del dispositivo que se pone en juego. Con lo cual nuestra intervención no solo produce un encuentro y una entrevista, sino que produce un tipo de sujeto (sí pensamos en términos de sujetos, claro) que está bajo la órbita de un dispositivo político, entonces siempre desde el servicio analizamos el rol de la medicalización en torno al proceso de salud. Si una persona viene por primera vez y lo primero que hacemos es medicarla, el paciente centraliza su terapéutica en ese objeto. Yo pienso a grandes rasgos que los fármacos deberían tener un uso clínico pero también sucede que tienen un uso político muy fuerte. Y uno de los primeros efectos de su función política es la alienación, aún cuando tenga efectos terapéuticos. Hay un montón de personas que pueden tener una mejoría, pero su subjetividad durante el tratamiento solo está capturada por el efecto farmacológico.

Entonces siempre tiene un valor alienante y político, sobre todo en tiempos dónde el mundo está dirigido por el mercado, que busca producir sociedades orientadas al

individualismo. El fármaco es un dispositivo que calza muy bien en ese sentido, porque no necesariamente promueve el encuentro con otro, y se asienta sobre la fantasía imaginaria de “yo no tengo que hablar con nadie para curarme, tomo la pastilla y se me van a pasar todos los problemas”. Esta realidad tiene que ver con la “mecanización de los problemas sociales”, si un psicofármaco sería una terapéutica una persona que está con una sintomatología de ansiedad por situaciones de violencia de género, se alivia o se repara el síntoma, pero no cambia la situación de base, es clínicamente sesgado.

Por eso en “Demanda Espontánea” somos muy críticos con el uso, porque ya ese primer contacto define “como un paciente puede ser paciente”, y el fármaco opera en una dimensión del sujeto de manera alienante. Yo me cansé de ver pacientes atendidos por otros profesionales que cuando les preguntas “¿cómo estás?” no te hablan de cómo están ellos, si bien o mal, te hablan del plan de medicación. La superposición entre la subjetividad de un sujeto y el plan de medicación es muy difícil, personas que no te hablan de sí mismas sino si perdieron la medicación, si la tomaron, si tomaron dos pastillas juntas. Lo que es el sujeto pasa a ser nombrado desde lo que es el fármaco.

10. ¿Te impacta trabajar en un Hospital de Salud Mental, en tu vida personal, de qué manera?

**Respuesta:** Sí, un montón. Para mí es algo que se sufre bastante, hay momentos en los cuales la paso mal. En el momento en el cual más sufro o me angustio es cuando veo algo muy ligado a lo mortífero ligado a lo corporal y a lo político, en términos del patriarcado, de la atomización del sujeto, de los conflictos sociales. Lo mortífero se da por ejemplo cuando la violencia inherente en el ser humano se vuelve contra sí mismo, el cuerpo se vuelve escena de representación de los morbos, de lo patológico; el cuerpo se vuelve espacio de emergencia de lo que no se puede tramitar por otros medios, producto de la violencia institucional, la violencia social. Ahí es cuando veo mucho de lo mortífero en juego en nuestro trabajo, una persona que siempre fue invisibilizada que estuvo en situación de calle y nadie le tira una salida, una respuesta para poder reparar su situación, después es lógico que quiera ir a la puerta de un hospital a romper todo. Cuando veo en juego algo de la crueldad del sistema en esas marcar corporales lo sufro, y al mismo tiempo pienso que los profesionales somos los pocos espectadores en una sociedad que esconde la pobreza, no lo presenta como una zona de conflicto. Y en ese punto los profesionales como únicos espectadores vivimos de forma muy poco sublimada ese espectáculo mortífero, desde ese lugar se sufre bastante.

Preguntas en relación a los derechos a los derechos sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres con discapacidad intelectual alojadas en dichos hospitales:

11. ¿Existen dentro de la institución programas específicos para mujeres o identidades gestantes?

**Respuesta:** Sí, sería el programa de Salud Integral, lo cual es un gran avance en la institución, que está buenísimo. Lo que había antes era un abordaje de distintos profesionales más fragmentado, y bastante relacionado a sí esa problemática constituía un factor determinante o complementario. Es decir, tenía que haber una situación muy transparente por ahí de ILE como para que se intervenga, ósea que la intersección entre salud mental y salud sexual fuera muy explícita.

¿Si o No?

Si la respuesta es Si:

11. A ¿Cuáles son y cómo se implementan? ¿Se construyeron en base a una perspectiva de género? ¿Existen protocolos de atención para mujeres gestantes dentro del Hospital?

**Respuesta:** Lo que tiene de bueno el Departamento de Salud Integral versus un departamento exclusivo de salud reproductiva es que no atiende solo esa problemática, y si hubiera o si hubiese una situación que uno puede considerar susceptible de captura por un dispositivo clínico automáticamente la articula. Si no lo que se vuelve objeto de ciencia y de intervención es demasiado sofisticado para lo que la persona trae. Es decir, hasta que la persona no está alucinando no la mandas al psiquiatra, o hasta que la persona no tiene un atraso no la mandas al ginecólogo. Hay algo de lo especular, en relación a la imagen del objeto de análisis que acusa una fragmentación, la idea es que haya un abordaje que aborde más sutilmente estos fenómenos, para irlos abordando.

Se me ocurre un escenario dónde viene una piba a atenderse al servicio de Demanda Espontanea muy angustiada por situaciones de violencia de género en la pareja, y esboza episodios de violencia psicológica y sexual, entonces una intervención posible sería buscar algún método de protección anti conceptual, lo que antes hacíamos era hacerle una notita y derivarla con un médico ginecólogo al cual le tenía que contar todo de nuevo; entonces ahora teniendo el dispositivo de Salud Integral los llamamos y les decimos “pasó esto, esto ya lo contó no hace falta que lo preguntes” un profesional de nuestro servicio la acompaña en la entrevista con la médica generalista, para que se sienta contenida. Entonces a veces es un mismo proceso de derivación, pero se articula de otra manera. Quizás sigue existiendo esa segregación técnica, de decir bueno esta “Salud Integral”, esta “Demanda Espontánea”, está la psicóloga, esta la TS, pero si en algún momento vemos que la complejidad avanza por un canal común encerramos

todos filas para no re victimizar, para que sea más integral. Porque tampoco uno puede decir de antemano que sea un problema de salud reproductiva, puede ser también una situación social, médica, y a su vez esa segregación uno podría discutirla, aunque tampoco tendría un fin ético porque no estaría cuidando a la persona. Tal vez la persona que ya no está más bajo el miedo de quedar embarazada podría tramitar la situación de otra forma, es como una realidad más en espiral, es decir, un fenómeno retroalimenta a otro y uno le va dando una vuelta desde distintos puntos.

En relación a la perspectiva de género creo que hoy depende de los profesionales. En los dos últimos años vivimos un montón de cosas en el hospi pero en un momento un grupo de colegas, entre los que estoy incluido, armamos una movida de género bastante piola, principalmente relacionado al tema de violencia de género y después arribamos a algunas cuestiones que tienen que ver con la salud sexual y reproductiva. Sacando eso, una de las cosas que hicimos en ese proceso fue hacer una encuesta a todos los profesionales sobre que formación teníamos sobre perspectiva de género, íbamos a priori pensando ¿hay o no perspectiva de género?, porque uno piensa están los “machirulos” y las pibas que son piolas, pero después una conclusión interesante fue que siento una consigna tan difundida, pero a la vez teniendo un significado ergo vacío, y si bien muchas formas de hegemonía del feminismo tienden a unificar ciertos criterios, es necesario analizar cuál es el proceso final de significación. ¿A qué voy con esto? A que perspectiva de género tenían todes, pero un análisis más profundo sería ¿cuál sería tu perspectiva de género?; porque en términos generales se constuyó cierta hegemonía o cierto consenso en la cuestión ideológica, pero después hacia adentro no sé si la perspectiva de género tiene la significación que hoy están llevando a cabo las compañeras, para mí sí. Pero por otro lado, hay que indagar que significación toman los distintos profesionales, porque para mí en eso hay mucho para trabajar. Porque en esa encuesta, incluso encontramos cosas “raras” en personas que pensamos según el imaginario social, en su imagen estética, corporal y expresivo suponíamos tenían perspectiva de género. Por ejemplo derivan a la persona, pero después no la acompañan en nada. En nombre de la perspectiva de género se dicen muchas cosas, tuve una paciente que me contaba que no quería seguir atendiéndose con una colega porque la maltrataba porque ella no podía separarse de su pareja. Además de tener perspectiva hay que saber construir inmediaciones conceptuales y mediaciones instrumentales; porque hay profesionales que la tienen muy claro a nivel conceptual y después cuando hay que ponerlo en práctica se les vuelve muy complejo.

Yo diría que hay perspectiva de género pero falta trabajar un montón de cuestiones hacia adentro, en la encuesta trabajamos todo eso: “¿qué idea tenían sobre tal tema?, ¿cómo

definirían tal cosa? ¿cómo actuarían ante tal tema?”, y ahí uno encuentra una cantidad de matices inmensa.

11. B ¿Dichos programas contemplan variables de protección de sus derechos sexuales, reproductivos y/o de maternaje? ¿De qué manera lo hacen? ¿Talleres, conserjerías? ¿Acceso a métodos anticonceptivos? ¿Pueden verse con sus parejas? ¿De que forma, dónde, son encuentros supervisados?

**Respuesta:** El departamento de Salud Integral seguro contempla variables de protección de sus derechos sexuales, reproductivos; en el resto del hospital hay algunos soplos si se quiere, que acompañan la propuesta.

En mi servicio, algunas compañeras organizaron un grupo de atención a mujeres, que en un principio funcionaba como un dispositivo que intentaba alojar a mujeres que venían por primera vez, la idea era organizar algunas cosas pero hoy en día es más bien un grupo terapéutico. Quedo como en el medio de un dispositivo de fácil acceso para un dispositivo de cuidado y lo que podría llamarse un grupo terapéutico. Menciono esto porque antes de que exista el departamento de Salud Integral, era el único espacio efectivo en relación al cuidado de la salud reproductiva y era además un dispositivo transversal que acompañaba todo el proceso. Y la verdad es que las compañeras están muy atentas a estas cuestiones, y hacen con muy poco, yo creo que fueron el puntapié para que se cree Salud Integral, de hecho hoy muchas de ellas trabajan en ese departamento.

Hoy en día estamos tratando de gestionar algún espacio de formación para que también podamos en Demanda Espontánea trabajar algo más relativo a la prevención de la temática. Con situaciones de violencia de género ya está re contra aceitado eso pero faltaría en relación a otros temas que hacen a las cuestiones de género.

En violencia de género sí logramos transversalizar nuestras prácticas y además logramos actividades que están muy bien pensadas incluso en encuentros masivos, pensando que cuanto más masivo es el encuentro más capacidad de detección temprana tenemos. Esto es importante porque cuando la violencia no se pesquisa en delitos sino en costumbres, en lógicas de poder invisibilizadas o no detectables, es necesario tener el ojo agudo y cualquier instancia de escucha facilita mucho ese proceso.

Estamos trabajando esto desde nuestro servicio porque, Demanda Espontánea es el dispositivo que más personas nueva recibe y es necesario tener el ojo entrenado para después si hubiese una complejidad derivar a Salud Integral para trabajarlo.

En el tema de acceso a métodos anticonceptivos todos los servicios los proveen a cualquier persona que los solicite.

En relación a su vida afectiva, todos los pacientes pueden verse con sus parejas, fuera y dentro del hospital, eso solo cambio durante la pandemia pero porque debieron ponerse en marcha otros protocolos por la situación sanitaria.

11.C ¿Existe un grupo especializado en el hospital que aborde el maternaje o lo derechos sexuales?

**Respuesta:** Sí, el departamento de Salud Integral.

SOLO SI EXISTE:

12. ¿Cuándo, cómo y por qué surgió? ¿Cómo trabaja, que abordaje brinda?

**Respuesta:** Yo creo que surgió ante la pregunta ¿cómo construimos lazo entre la salud mental y otros campos?, porque aborda la demanda en tanto tal. Sino parece que cuando uno piensa la intersección entre salud reproductiva y salud mental, como campo, hasta que no se agudiza más uno que otro no hay una interacción fluida. Porque antes si venía conmigo una persona que está embarazada y quería ver a un médico hasta que se hacía al derivación se fragmentaba la intervención. Ahora es totalmente distinto, la persona llega y en un mismo día puede recibir una intervención integral, hacerse el control médico, tener una primera consulta con la psicóloga y la TS, ver a una médica clínica.

---

13. ¿Derivan a otras instituciones cuando alguna paciente está cursando un embarazo o luego de éste? ¿A cuáles? ¿Qué pasa con sus hijos una vez que nacen?

**Respuesta:** Sí, solemos derivar exclusivamente las cuestiones relativas al control del embarazo y el parto, la derivación se hace según la conveniencia de la paciente en relación a un centro de salud cercano a su casa o a otra institución de maternidad con la que ella ya haya hecho lazo.

En relación a la pregunta de qué pasa con sus hijos, es una pregunta re interesante pero tengo algunas dificultades a la hora de responderla integralmente. Sí puedo decirte que sobre ese tema existen muchos factores, de un lado y del otro, ¿no? Nosotros los profesionales de Demanda Espontánea intentamos trabajar con el prejuicio instalado en las personas tanto desde lo subjetivo como desde lo terapéutico y ahondar sobre lo que el psicoanálisis llama el “sujeto”, el sujeto se define por lo que tiene que ver con el deseo, la creatividad, con la libertad, entonces cuando uno habla de la medicación como dispositivo alienante lo hace porque hay muchas personas que acuden buscando no angustiarse. La angustia es un motor existencial entonces nosotros no sofocamos eso. Esto te lo digo porque muchas personas acuden porque hay algo socialmente establecido acerca de que sí no están “sanas” no podrían maternar, entonces el tratamiento encarado desde ese lugar suscribiría una lógica de control social; y lo que intentamos hacer desde el servicio es poner en jaque ese prejuicio.



Por eso les decimos, sí nosotros te vamos a alojar pero “¿qué te pasa?” y en ese momento mucha gente te dice “yo tengo que recuperar a mis hijos, si no hago tratamiento y no tomo medicación no voy a poder verlos, con lo cual no estaría calificada para ser madre”. Nosotros en ese sentido reivindicamos la Ley de Salud Mental, la Ley de Derecho del Paciente y una persona no puede estar alienada en base a su diagnóstico, a veces esto se da en concatenación con lo que es la lógica de control social y no sea la foto de una sola cosa, es una articulación de fenómenos, entonces si una persona tiene un montón de complejidades que hacen a su vida, hay que mirar todo. Primero le dicen “vos no podés ser madre porque tenes un diagnóstico de esquizofrenia”, después le dicen que solo hay tratamiento posible como pauta moral y ponen el objeto de ser madre como promotor de deseo para forzar un tratamiento, agregan que la única forma de curarse sería tomando medicación, entonces es un combo re destructivo para la persona.

Y como te decía nosotros en Demanda Espontánea tratamos de desarmar todo lo que podemos eso, partiendo desde la base que en clave de derechos una persona no puede definirse en función de su presentación diagnóstica, con lo cual algo tan elemental como ejercer una maternidad deseada no puede estar condicionado a una situación diagnóstica o estrictamente terapéutica. No solamente una cuestión de desear una maternidad sino también habilitar el no deseo de una maternidad. Porque nos pasó con un montón de pibas que vienen con un discurso culposo diciendo “soy mala persona porque me sacaron a mis hijos”; y muchas de esas mujeres no pudieron o no quisieron matinar. Entonces se trabaja eso, repautamos una nueva consulta y empezamos a desarmar esa idea.

Nosotros nunca ponemos del lado de lo terapéutico el deseo de matinar, cualquier persona independientemente del padecimiento que tenga puede ejercer su libertad. Después uno puede acorde a la Ley de Salud Mental ejercer algunos cuidados en función de la práctica y en un eje temporal. Yo como trabajador social me cansé de mandar informes a la Defensoría para decir “la paciente ya está bien, ¿uds que hacen?”, son situaciones muy vulnerantes esas.

A veces en el nombre del “bien” y ante una madre con una descompensación psicótica terminan haciendo casi una apropiación legal de un niño; entonces tenes una abuela que juzgo que la madre no está bien y se quedó con los pibes porque la madre necesitaba que alguien los cuide (cómo cualquiera de nosotros pude necesitar que le cuiden a los chicos). Esas, a veces, son prácticas extorsivas, violentas al mismo tiempo, quizás hubo una guarda de un mes y nunca la renovaron. Digamos hay prácticas muy complejas que hacen a la segregación, no solamente al promover un espacio de exclusión sino también al asignar un lugar de menos derechos a la persona.

En relación a tu pregunta, yo creo que normalmente desarmamos a la inversa, las personas vienen derivadas desde un lugar dañino que dice “que haga tratamiento y uds evalúen si puede cuidar a sus hijos”, nosotros nos reímos y pensamos entonces basta con que un psiquiatra haga una nota que diga “puede cuidar a sus hijos”, es bizarro pero sucede.

En Demanda Espontánea trabajamos mucho en oponernos a eso que la sociedad espera que hagamos, tu pregunta apunta a eso, así los profesionales de la salud tienen o no que decidir sobre eso, sobre sí una persona puede o no materner a sus hijos. Y nosotros ya desde el vamos nos paramos por fuera de eso, le hacemos el olé de forma sistemática y ya coordinada, nunca nos ponemos en el lugar de que nosotros tenemos que decidir, porque decidimos de ante mano no involucrarnos en aspectos cívicos de las personas. Nosotros en todo caso ofrecemos tratamiento y si el Juzgado quiere nosotros hacemos un informe objetivo con lo que nos parece en términos de salud. Nunca nos ponemos a ejercer ese poder, que yo creo que otras instituciones sí lo hacen. Pero bueno es muy complejo y es un re debate.

La otra vez vino al servicio una trabajadora social de un parador y vino a pedirnos que le hagamos un informe para que la persona pueda ingresar al parador, yo le dije “¿por qué nosotros tenemos que abusar de ese poder?”, entonces yo le puse en el informe “la persona tiene que entrar al parador no porque yo le haga este informe sino porque es su derecho a una vida digna”. Yo podría decirle “te lo hago para que entre” y ya entro en un circuito que ubica a los profesionales de la salud mental muy del lado del control social y no desde lo terapéutico. Yo a la TS del parador le dije “que vaya al parador y que venga acá y le damos tratamiento”, sino partimos de una lógica tutelar de evaluar si va a lastimar o no alguien dentro del parador, lo mismo a la hora de evaluar si alguien puede ser “buena madre o no”. Como que hay que deconstruir muchas cosas de fondo, pero hay profesionales que les encanta ese rol casi tiránico, porque la verdad decidir si la persona puede ser buena madre o no es complicadísimo, y hay que tener ganas de opinar sobre eso.

14. ¿Conoces si existen convenios firmados con otros Organismos en relación a la protección de sus sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres?

**Respuesta:** Creo que sí, con el Ministerio de Género y Diversidad de Nación sé que hay convenios firmados pero desconozco al pie de la letra cuáles son.

15. ¿Cómo describirías la relación existente entre la legislación vigente en la materia y su implementación en términos de acceso real a la información y a la libertad sexual, reproductiva y de maternaje?

**Respuesta:** En el caso de nuestra institución ayuda mucho lo que es el Departamento de Salud Integral, y hago una autocrítica en ese sentido, porque me parece que yo en lo personal

no estoy del todo informado o leí toda la legislación sobre la temática. Ahora descanso un poco en lo que es Salud Integral, si hay algún problema los llamo, o ellos me llaman y me dicen. Pero en lo que fue la época anterior en la cual no existía el departamento de Salud Integral (cuando no existía ese paraguas legal y práctico) lo que se daba era mucha innovación de los profesionales, que a veces hacía que dependiéramos mucho de los acontecimientos.

Recuerdo años atrás movilizarnos para pedir kit de profilaxis para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y para tener por si la persona lo requería, pero hasta que no nos estalló la situación de una piba víctima de violencia sexual en la pareja y eso desencadenó una situación terrible no nos movilizamos. Y no partimos de la norma solamente como deber, como discurso ejemplificador, una norma no tanto en un sentido tan punitivo, sino una norma en un sentido constructivo para pensar los procesos. En ese sentido, me pongo a pensar cuando yo era residente y había profesionales que opinaban en términos de “estar en contra o a favor de la Ley Nacional de Salud Mental”, porque las leyes no pueden quedarse en el plano de la contingencia. En este caso nosotros teniendo buenas intenciones, y estando “a favor” si queremos de las leyes como protección de los derechos reproductivos, tal vez corríamos atrás de la contingencia. Sí le pasaba algo a alguien en relación a su derecho estábamos en esa situación. Pero siempre hubo una brecha entre el acceso real y la normativa, y la brecha se saldaba antes de Salud Integral en base a estar atentos a algunos acontecimientos vinculados a la temática y ahora se hace justamente desde el departamento.

Y la brecha todavía no resuelta es que los profesionales tengan esa norma más en su ejercicio cotidiano, lo que serían las categorías para su ejercicio y cumplimiento. Por ejemplo, en relación a lo que hace a una norma (pero volviendo a pensar la norma como factor, como instrumento de aplicación y de ampliación de derechos), nosotros hicimos esa encuesta sobre perspectiva de género cuando éramos residentes porque después de que una piba nos contaba que era víctima de violencia, no sabíamos si volvía. Y bueno... nosotros nos angustiábamos, no me quiero ir por las ramas, pero hay algo que en lo ético hace a la empatía, a mi me gustan autores que parten de una “ética en grado 0”, que explican que desde la percepción de lo corporal se tiene empatía por un otro, eso incluye una legalidad porque uno marca un límite; una legalidad esencial es no tolerar o no ser cómplice del sufrimiento del otro, no apropiarse de otros cuerpos. Entonces hay una legalidad en función de una ética, no necesariamente jurídica. Ese razonamiento ético siempre estuvo, esa empatía por el paciente o por esa persona que sufría algo, en clave de una vulneración que genera un sufrimiento, por eso hicimos la investigación y después de que la hicimos nos dimos cuenta que teníamos que ir a la ley y cuando fuimos a la ley nos dimos cuenta que aun teniendo en cuenta los principios éticos para aplicar medidas,

podemos mejorar nuestra práctica desde la ley. Y una de las cosas que rescatamos de la Ley de Protección Integral es la posibilidad de valorar algún tipo de riesgo, que son cosas que uno tal vez sino tiene el instrumento normativo no ejecuta bien los procedimientos para analizar el hecho. La perspectiva de género sería también esa, que los profesionales construyan las mediaciones necesarias, para que todos los procedimientos no sean burocráticos y sean inmediatos (no en el sentido de una compulsión a intervenir) sino que no se generen sobre intervenciones sobre algo que podría resolverse de forma sencilla, en el mismo proceso de encuentro con la persona. Si cada profesional que recibe a una persona abordara de lleno las leyes y garantiza los derechos sexuales reproductivos, ganaríamos muchos pasos.

Antes nos pasaba en el hospital, en relación a una situación de violencia que llamábamos a la línea \*144, ahora ya lo atendemos y lo resolvemos nosotros. Teníamos el abordaje de si se complica va a la OVD y la acompañábamos a hacer la denuncia, en cambio ahora simplificamos el proceso, y en eso hay una vacancia en dónde los profesionales deberíamos tener más a mano la ley.

Ahora el grupo de compañeras que organizó el grupo de mujeres, no van a dar una charla sobre eso.

16. ¿Cómo institución tienen algún tipo de vínculo con las asociaciones civiles de familiares de personas internadas por padecimientos mentales? ¿Esta temática de derechos sexuales y reproductivos la trabajan de forma conjunta?

**Respuesta:** Hasta dónde yo tengo entendido no, pero puede ser que exista.

17. ¿Cómo piensas que sería la mejor manera de intervenir para abordar la problemática de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres alojadas en los hospitales monovalentes?

**Respuesta:** Hablando de lo inmediato yo veo algo propio del Estado en las políticas para garantizar derechos que operan con cierta distancia de los procesos cotidianos de las personas, me parece que hablando en relación a lo que hace a nueva formación de derechos uno puede llegar a pensar que es nueva generación en parte porque se empiezan a discutir ámbitos que estaban de repente invisibilizados, uno de ellos es ni más ni menos que lo privado, lo personal y el cuerpo. Entonces me parece que lo que habría que hacer es transversalizar esa ampliación de derechos, para no generar superposiciones y sobre intervenciones, para que la política sea efectiva en el ámbito, más sensible y más cotidiano de la persona; y eso se ve de repente en que el Estado produce la “oficina para garantizar los derechos reproductivos”, la “oficina para garantizar los derechos de las personas trans”, miles de oficinas específicas que conducirían a un pésimo error, porque si cada persona que tiene un problema con un derecho

reproductivo vulnerado tenga que ser derivada a un ámbito específico de eso. Me parece que transversalizar las prácticas a todas las instancias, desde lo clínico y terapéutico sería tal vez hoy la práctica más efectiva.

Además sería interesante hablar de cierta potencia que tiene la salud mental, justamente no como campo específico sino más bien como campo articulador de lo que es la subjetividad. No solamente es necesario hacer una crítica sobre cómo intervenimos sino que además es clave tener en cuenta que existe una potencia en la salud mental para abordar aspectos que son sumamente relevante en lo social, desde lo que es el sujeto, lo que es la angustia, lo que es el deseo, uno puede producir acercamientos amables, acercamientos tiernos para trabajar temas que son sensibles. No es casualidad que la salud mental tenga un rol relevante en lo que es la detección temprana de las situaciones de violencia o bien en trabajar el sufrimiento en personas que están en situación de calle. Esa potencia de la salud mental es fundamental para trabajar aspectos que hacen a garantizar los derechos humanos, y que mejoran la calidad de vida de los sujetos.

18. Ya estamos terminando la entrevista, ¿hay algún dato o comentario que le parece importante y que quisiera agregar?

**Respuesta:** Quizás decirte que la relación entre salud mental y derechos humanos no es contingente como si hubiese una relación estructural pero me parece que siempre hay que recuperar ese enclave, porque lo que discutimos cuando hablamos de encierro o no encierro, no es solamente el encierro físico sino digamos la clausura de sentido, la clausura de oportunidades. Entonces cuando hablamos de derechos en relación a salud mental, no hablamos de un cruce, no hablamos de un accidente histórico, hablamos de una relación más profunda. Después veremos en esa relación profunda que valores se pueden rescatar hacia otros derechos que surgen de una lectura de la dignidad, como son los derechos humanos.

19. ¿Conoces a alguien que consideras que sería valioso entrevistar en relación a este tema? ¿Podrías ponerme en contacto con esa persona?

**Respuesta:** (Fue la última entrevista así que no se consultó)

Muchísimas gracias por su disponibilidad y tu amabilidad, si me surgiera alguna duda o consulta en base a la entrevista, me contactaré nuevamente con usted para aclararla.

## CUESTIONARIO PARA LA ENTREVISTA

### Datos del entrevistado/a (Perfil sociodemográfico)

**1. Nombre y edad:** N – 33 años

**2. Hospital:** Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte"

**3. Título de grado:** Médica (terminó sus estudios en 2014)

**4. Especialización:** En clínica médica general y de familia

**5. Función en el Institución:** Médica generalista del Departamento de Salud Integral (desde junio 2020), el objetivo es garantizar salud a toda la población. Mi contratación va de la mano del nuevo Plan Estratégico que tiene el hospital, de dejar de ser un monovalente y ser un hospital general; por eso contrataron médicos generalistas para atender de diferentes temas. Más que nada también de prevención, para abrir las puertas a otra población que no sea personas que tienen problemáticas de salud mental, ni situaciones de consumo.

**7. ¿Elegió ocupar este lugar?:** Sí, fue una propuesta que me hicieron desde la Dirección del Hospital.

Preguntas en relación a los derechos de las personas alojadas en Hospitales Monovalentes, en base a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657:

**6. ¿Qué marcos normativos existen en la Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires en particular, para proteger los derechos de las personas con discapacidad intelectual alojadas en los hospitales monovalentes? ¿Y de qué forma se implementan en la institución en la que trabajas? ¿Qué opinión tenés sobre la Ley Nacional de Salud Mental?**

**Respuesta:** La Ley Nacional de Salud Mental y la Ley de Consentimiento Informado, la tratamos de implementar todos los días. De la Ley de Salud Mental opino que en el hospital es tenida en cuenta, muchas veces se la nombra. Te diría que según la edad de los profesionales hay un rango que le cuesta más adoptarla y aplicarla, y siguen viendo de una forma bastante desde la perspectiva de la descomanicomiliazación.

**7. ¿En tu institución hay personas en contexto de internación prolongado? ¿Conoces qué cantidad o porcentaje de la población del Hospital está internada hace largo tiempo y que otra cantidad o porcentaje realiza tratamientos ambulatorios?**

**Respuesta:** Sí, queda un paciente que ya lleva tres meses internado, no es tanto, pero bueno por cuestiones relativas a su tratamiento sigue internado. Y después hay personas que están durante tres meses, salen, vuelven a entrar, por cuestiones habitacionales, que no tienen a dónde ir, que no hay ningún hogar que pueda sostenerlos, ni darles vivienda. Pero no por una cuestión de su padecimiento mental o de una indicación profesional que “diga que no puede salir”. Tienes más que ver con cómo es esa persona, que no tiene nadie que lo pueda recibir. Por ejemplo, tenemos un paciente que está teniendo situaciones de violencia, que todos los días le suele pegar a alguien entonces no lo quieren recibir en su casa, obviamente no lo quieren recibir en ningún hogar, entonces ese tipo de internaciones son más prolongadas. Pero no

porque haya una indicación de psiquiatría que diga “este paciente se tiene que quedar acá encerrado”.

No, desconozco que cantidad de personas se atiende en los servicios externos. En mi servicio de Salud Integral se atienden aproximadamente 220 personas de forma mensual. Son más o menos 10 pacientes por día, entre la demanda espontánea, los turnos, lo que acuden y los que faltan.

8. ¿La población del hospital está conformada exclusivamente por mujeres? ¿Existen personas que se autoperciban con otras identidades?

**Respuesta:** No, trabajamos con hombres y mujeres. Sí, atendemos pacientes cis y pacientes trans.

Preguntas en relación a las representaciones sociales del/la profesional entrevistado/a

9. ¿Cómo describirías a las mujeres que se atienden en el Hospital, que características tienen? ¿Cómo se suelen referir a ellas? ¿Qué edad tienen mayormente? ¿Cuáles son los diagnósticos que más más frecuentes atienden? ¿Con qué tipo de terapias trabajan? ¿Trabajan de forma interdisciplinaria? ¿Qué perspectiva tiene el hospital o sus profesionales sobre los tratamientos farmacológicos?

**Respuesta:** Sí claro, hay características comunes a nivel social, la mayoría tienen problemas habitacionales o económicos. Veo muy pocas personas que tienen facilidades y muchas otras en situaciones de violencia (víctimas de violencia intra familiar, violencia de género, pacientes que les pegan a sus parejas o pacientes que son golpeadas por sus parejas) eso abunda bastante.

A ellas me refiero por el nombre y cuando las tengo que presentar al equipo de salud digo la paciente. La palabra usuaria también la uso. La palabra paciente la estoy intentando sacar de mi vocabulario, pero me cuesta, me pierdo bastante en la lógica médica. Además escucho compañeros que usan la palabra paciente y como que vuelvo a utilizarla.

Respecto de las edades te podría decir entre los 15 años y los 45 años.

Los diagnósticos más frecuentes te diría: sospecha de embarazo (yo porque justo hago el consultorio de interrupción voluntaria del embarazo), también consumo problemático de sustancias, hipotiroidismo, tratamiento de hormonización (porque yo hago ese consultorio), eso más que nada.

Con respecto a la modalidad de trabajo, siempre tratamos que sea de forma interdisciplinaria a veces no se puede pero mayormente lo intentamos. En el servicio somos 3 médicos generalistas, 2 médicos clínicos, una radióloga, después participan, es decir que nos prestan psicólogas terapistas ocupacionales y trabajadoras sociales, ahora la idea es tratar de

contratar a una trabajadora social que esté fija en nuestro departamento. En las consultas de interrupción voluntaria del embarazo, y de hormonización tratamos de que estés siempre una psicóloga y una trabajadora social, para que sea una intervención plena.

Respecto a la medicación farmacológica te diría que son tratamientos muy cuadrados a veces, y la realidad es que muchos de estos tratamientos farmacológicos no son efectivos; porque el problema no es sólo algo estructural, neurológico sino que en la mayoría de los casos los problemas que los atraviesan son sociales, culturales o de su historia de vida; y son los que hacen que hoy ese paciente tenga tal o cual situación de salud mental. Entonces hay muchos fármacos que se quedan cortos porque quizás calma o tranquiliza a un paciente, deja de escuchar voces pero a su vez ese paciente no tiene ninguna red ni nadie que lo contenga, y termina siendo lo mismo que la nada.

Yo entiendo como que la farmacológico es una pata, mínima diría yo, máxima en algunos casos y es importante saber que genera varios efectos adversos indeseados y que muchas veces no son tenidos en cuenta

10. ¿Te impacta trabajar en un Hospital de Salud Mental, en tu vida personal, de qué manera?

**Respuesta:** Sí, me afecta porque hay situaciones de violencia adentro del hospital que quizás en otro lugar no se ven tan seguido. En el hospital casi todos los días pasa algo, sin ir más lejos hoy un paciente le pegó a una enfermera, tuvimos que llamar a la ART; a ser un paciente prendió fuego un colchón... siempre están presentes esas cosas, que quizás en otros lugares no las ves.

Preguntas en relación a los derechos a los derechos sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres con discapacidad intelectual alojadas en dichos hospitales:

11. ¿Existen dentro de la institución programas específicos para mujeres o identidades gestantes?

**Respuesta:** Si, existe el servicio donde yo trabajo, que se llama “Departamento de Salud Integral”.

¿Si o No?

Si la respuesta es Si:

11. A ¿Cuáles son y cómo se implementan? ¿Se construyeron en base a una perspectiva de género? ¿Existen protocolos de atención para mujeres gestantes dentro del Hospital?

**Respuesta:** Se creó el año pasado. Lo que se trata de construir es, abrir a la comunidad los consultorios, entonces tenemos momentos en que hacemos tareas asistenciales de consultorios, las personas sacan turno para la consulta que quieran, para un control de salud ya



sea si quieren consultar algo o hacer un tratamiento puntual; por otro lado, tenemos turnos para ir a los servicios de internación a visitar a los pacientes que están internados, quizás esos pacientes tienen consultas clínicas pero ya vienen con alguna cuestión de salud mental, por eso están internados, entonces tenemos momentos para hacer una pequeña recorrida por la internación o de los “cuidados en la urgencia”, tenemos un día que articulamos con la guardia, entonces cuando ingresa algún paciente hacemos el ingreso conjunto e interdisciplinario, yo más que nada evaluo toda la parte clínica y hoy en día por la cuestión de la pandemia descartar que no tenga algún síntoma de covid, me encargo de hacer el hisopado. Y después tenemos como consultas específicas para lo que es hormonización en pacientes trans, lo que es interrupción voluntaria del embarazo (tenemos turnos protegidos) y por otro lado, participamos de otros dispositivos grupales.

Tenemos un dispositivo de “umbral mínimo” destinado a pacientes que no pueden cumplir con turnos, entonces tienen una amplia franja horaria para que puedan concurrir, después mis compañeras participan de dispositivos en “Casa libertad”, que recibe a personas que recientemente salieron de la cárcel, dando turnos y como espacio de escucha. Además articulamos con el Servicio de niñas, niños y adolescentes, para hacer controles de salud o para lo que sea que se necesite

Sí, totalmente. Todo el dispositivo está pensando desde la formación en perspectiva de género, quizás a los médicos clínicos les cuesta un poco más porque lo están aprendiendo pero están re abiertos, siempre que les surge alguna duda vienen a preguntarnos.

11. B ¿Dichos programas contemplan variables de protección de sus derechos sexuales, reproductivos y/o de maternaje? ¿De qué manera lo hacen? ¿Talleres, consejerías? ¿Acceso a métodos anticonceptivos? ¿Pueden verse con sus parejas? ¿De qué forma, dónde, son encuentros supervisados?

**Respuesta:** Sí, también tenemos. Lo que no existe aún es un dispositivo específico sobre embarazo y maternidad. No tenemos equipamiento para hacer controles de embarazo, sí obviamente si viene una chica y le da positivo el test de embarazo, la podemos derivar y aconsejarla a dónde puede ir, pero no tenemos para hacer ecografías, ni los demás controles en el hospital. Por ahora no llegaron consultas sobre maternidad deseada, porque como fuimos conocidos por ser un hospital de salud mental te imaginarás que acude mucho más otro tipo de población. Por eso es posible que todavía no lleguen embarazadas. Pero bueno, tampoco tenemos el plan de tener un servicio de natalidad.

En relación a talleres sobre sexualidad tenemos pensado hacerlo, todavía no estamos haciendo talleres para afuera, para la comunidad. Porque aún estamos haciendo capacitación

hacia adentro, es decir, interna. Nos dimos cuenta que, muchas veces desde el servicio de admisión te pasaban un paciente con una demanda y cuando consultabas no era una demanda, y quizás algo que sí era una demanda urgente del día no te la pasaban. Ahora estamos capacitando a los servicios de admisión de guardia y consultorios externos para subsanar eso.

Sí, los pacientes acceden a métodos anticonceptivos y tienen plena libertad para verse con sus parejas.

11.C ¿Existe un grupo especializado en el hospital que aborde el maternaje o los derechos sexuales?

**Respuesta:** (Contestada en las respuestas anteriores)

SOLO SI EXISTE:

12. ¿Cuándo, cómo y por qué surgió? ¿Cómo trabaja, que abordaje brinda?

**Respuesta:** Sí, surgió como una propuesta de la Directora actual del Hospital, y el servicio forma parte del plan estratégico que ella tiene y es una de las patas para que la institución deje de ser un hospital monovalente. Por eso llamó a mi actual jefe como para que diagrame todo el departamento. Es más, cada vez más cosas dependen del departamento de salud integral y el objetivo del trabajo es poder garantizar un acceso a la salud de manera integral (valga la redundancia). Porque también creo que lo que sucede mucho es que los pacientes que están en tratamiento de salud mental, con algún psiquiatra, con algún psicólogo, no conseguían turno para atenderse por cuestiones generales en otro hospital. Y quizás es porque tienen otras dificultades, estas personas a veces tienen presentaciones clínicas como delirios y alucinaciones y pedirles que vayan encima a sacar un turno al hospital por su cuenta, sabemos que cuesta. Entonces el objetivo un poco era ese, poder aceptar eso, y tener un recurso propio. Yo creo que existe un estigma frente a las personas que fueron o son usuarios de un servicio de salud mental, de hecho cuando acceden a las guardias no son igual tratados que los demás pacientes.

Por un lado, siento que los profesionales se relajan en el sentido de que algo malo suceda, y piensan “Éste no me va a demandar a mí sí está loco”, y por el otro lado piensan “está re loco, démosle toda la medicación” y bueno chau los despachan, incluso a veces llaman a la policía.

13. ¿Derivan a otras instituciones cuando alguna paciente está cursando un embarazo o luego de éste? ¿A cuáles? ¿Qué pasa con sus hijxs una vez que nacen?

**Respuesta:** No sé, porque sí atendí muchas personas que estaban cursando un embarazo pero hasta ahora ninguna que haya querido continuar con el mismo.

Sí tengo una paciente que estuvo internada por un padecimiento mental que ahora está buscando un embarazo, entonces comenzó a tomar ácido fólico y demás pero todavía no está embarazada.

Cuando una paciente con algún padecimiento mental quiere buscar un hijo, muchos profesionales dicen “no me digas que ésta quiere ser madre”, se escucha mucho ese comentario.

14. ¿Conoces si existen convenios firmados con otros Organismos en relación a la protección de sus sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres?

**Respuesta:** No que yo sepa.

15. ¿Cómo describirías la relación existente entre la legislación vigente en la materia y su implementación en términos de acceso real a la información y a la libertad sexual, reproductiva y de maternaje?

**Respuesta:** Siento que muchas veces en los casos de las pacientes con problemas de salud mental muchas veces no se les explica las cosas cómo se debería, los profesionales no tienen el tiempo y la paciencia para explicar algunas cuestiones respecto al cuerpo y a los efectos de los anticonceptivos, por ejemplo... Y eso hace que la persona no acceda correctamente a la información y que muchas veces tome decisiones sin tener demasiada idea o incluso he escuchado que dicen mis colegas “no, eso para vos no es” ante pedidos de pacientes de ligarse las trompas. A veces dicen “cómo se va a ligar las trompas sino está bien de la cabeza”. Yo me pregunto “¿esa evaluación se está haciendo bien?”, el respeto sobre la voluntad de la persona es muy distinto más relativo a un paradigma más tutelar.

Y a la inversa también, de profesionales que dicen “ésta no puede tener hijos porque está loca, mejor le ponemos un chip, un implante y chau”.

Con el tema del acceso a la IVE, nosotros tenemos turneras, sacan un turno y después las veo yo, les pido una ecografía, después les proveemos la medicación, les explicamos todo, les damos folletería por si se olvidan de alguna cuestión, y normalmente se llevan mi teléfono celular o el de la psicóloga, o el de alguna colega para mantenernos en contacto.

16. ¿Cómo institución tienen algún tipo de vínculo con las asociaciones civiles de familiares de personas internadas por padecimientos mentales? ¿Esta temática de derechos sexuales y reproductivos la trabajan de forma conjunta?

**Respuesta:** No, o al menos nunca me enteré.

17. ¿Cómo pensás que sería la mejor manera de intervenir para abordar la problemática de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres alojadas en los hospitales monovalentes?

**Respuesta:** En principio propondría salir del hospital, hay que dejar de esperar que la gente llegue, hay que hacer más promoción y prevención de la salud reproductiva, hay que informar y poder habilitar turnos mucho más rápidos en los consultorios con especialistas, incluso en el momento.

18. Ya estamos terminando la entrevista, ¿hay algún dato o comentario que le parece importante y que quisiera agregar?

**Respuesta:** Quizás agregaría, porque estoy haciendo un curso sobre discapacidad y derechos sexuales, la importancia de subsanar la brecha de acceso a la información. Creo que no nos enseñan en ningún lado sobre derechos sexuales en las personas que tienen alguna discapacidad, ni desde lo legal, ni cómo tratar, ni cómo decir, ni cómo mostrar, faltan materiales para las personas ciegas, porque no les puedes mostrar las cosas en imágenes cómo las que se cuentan en los hospitales, en ese sentido, falta un montón.

Otra cosa que señalaría es que falta mucho conocimiento del cuerpo, me da la sensación que la gente no goza nunca de su cuerpo, no goza de los placeres, de su sexualidad; y también sería interesante que se hable de asexualidad porque hay muchas personas que son asexuales y no se las tiene en cuenta. Supongo que eso se debe a cierta incomodidad o a desconocimiento acerca de cómo preguntar y se hacen preguntas cómo “¿vos no tenes relaciones sexuales, por qué?”, y de golpe se instala a la persona es una noción de “eso no es normal” como patologizando esa elección.

Y lo siguiente en lo que siento que falta un poco de formación es en relación a otras identidades, como las identidades inter sex, falta mucha información al respecto, no se habla y creo que es el colectivo al que más se patologiza y se estigmatiza porque enseguida surgen las preguntas crueles como “¿qué tenés ahí abajo? ¿tenés un pene, tenés una vulva?”. Y lo digo porque me pasó de hecho de que llego una paciente inter sex que me contó que la trataron mal en todos lados, y creo que eso sucedió por desconocimiento y porque no se habla del tema, que se sepa que existe y cuales son las posibilidades de órganos genitales, cómo cuidarse y demás.

19. ¿Conoces a alguien que consideras que sería valioso entrevistar en relación a este tema? ¿Podrías ponerme en contacto con esa persona?

**Respuesta:** No se me ocurre.

Muchísimas gracias por su disponibilidad y tu amabilidad, si me surgiera alguna duda o consulta en base a la entrevista, me contactaré nuevamente con usted para aclararla.

## CUESTIONARIO PARA LA ENTREVISTA

### Datos del entrevistado/a (Perfil sociodemográfico)

**1. Nombre y edad:** T- 41 años

**2. Hospital:** Hospital Nacional en Red, Lic. Laura Bonaparte

**3. Título de grado:** Lic. en Trabajo Social (finalizó en el año 2002)

**4. Especialización:** Estudiando la Maestría en Salud Mental Comunitaria, en la Universidad de Lanús.

**5. Función en el Institución:** Coordinadora del Servicio Cuidados en la Urgencia, desde abril del año 2020. Las tareas tienen que ver con organizar la rutina diaria, en relación con el marco normativo de la Ley Nacional de Salud Mental, conducir las reuniones del equipo de trabajo para no dar por cierto que nos paramos desde los mismos paradigmas, y a veces no es así, plantear debates para conocer que esperamos para el dispositivo y teniendo en cuenta el plan estratégico del hospital. Después como trabajadora social, en la asistencia, trabajamos interdisciplinariamente en pensar un tratamiento, cuáles son los objetivos de ese tratamiento en función de la problemática que trae el paciente a la internación; trabajamos con las familias para hacer el acompañamiento necesario para el sostenimiento de un tratamiento pos internación, y básicamente el acompañamiento integral en los cuidados del paciente.

**6. Años en el Hospital:** Desde el año 2013.

**7. ¿Elegió ocupar este lugar?:** Sí, fue propuesto por la Dirección del Hospital, de la nueva gestión. A mi realmente me tomó por sorpresa que me hayan convocado para esa tarea, pensando en la lógica de resistencia que habíamos tenido los 4 años anteriores. Yo me posicioné en ese lugar de oposición y de resistencia, y después hay que ponerle el cuerpo a lo que uno cree y piensa. Yo estoy coordinando con “A” (que ya lo conoces), y hacemos un equipo bárbaro, porque nos conocemos, laburamos muchos casos juntos, en muchos tratamientos, y nuestra lógica de la lectura de la clínica es muy similar. En el sentido que como departamento podemos trabajar bien con el otro servicio de internación, junto también con la guardia, dónde la verdad que caminamos muy de la mano y hay un buen equipo. Así que estoy cómoda con la función, tiene obviamente sus contras y sus obstáculos, pero nada, creemos que es por este lado así que, al haber equipo, me siento cómoda con eso. También te relaja saber que hay otro con el que compartís, en el que podés apoyarte.

Preguntas en relación a los derechos de las personas alojadas en Hospitales Monovalentes, en base a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657:

6. ¿Qué marcos normativos existen en la Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires en particular, para proteger los derechos de las personas con discapacidad intelectual alojadas en los hospitales monovalentes? ¿Y de qué forma se implementan en la institución en la que trabajas? ¿Qué opinión tenés sobre la Ley Nacional de Salud Mental?

**Respuesta:** Principalmente nos basamos en la Ley Nacional de Salud Mental y en la Ley de Derechos del Paciente, Consentimiento Informado e Historia Clínica. La Ley Nacional de Salud Mental vino a cortar con una lógica manicomial o por lo menos en su ideología y en su concepción. Estoy de acuerdo con la ley cómo estoy de acuerdo con que las internaciones deban ser cortas y con que deben romperse los muros tanto físicos como simbólicos de algunos profesionales que no la respetan, y que todavía abundan. Eso es un gran obstáculo. Me parece que ese es el lado por el cual hay que ir, y que haya un marco normativo que también fundamente las prácticas que uno ya venía haciendo y pensando con esa lógica resulta fundamental. De plantearse desde el inicio, por fuera de la ley nada, después bueno podemos discutir el resto y las formas. Lo que sí me parece es que se queda corta con algunas cuestiones en relación a lo comunitario, hay un laburo que más allá de la norma y se trata de poder bajar la ley al sentido común. De poder laburar en el territorio con la ley, adaptarla a donde viven los pacientes, romper con los antiguos preceptos no sólo con respecto a los profesionales, sino también con respecto a la sociedad en general. Creo que hay algo ahí que también hay que hacer alguna apoyatura para que pueda fluir mejor la implementación de la ley. Algo que observo es que hay una reforma, en este sentido en la provincia de Buenos Aires, en materia de salud mental, esto lo registro hablando con equipos de algunos municipios en los que antes no había forma, no había respuesta por parte del Estado. Y ahora estamos encontrando predisposición, el pensar juntos estrategias que nosotros podríamos llegar a proponer pero que nunca llegan a llevarse adelante; pero que ya lo propongan directamente desde el territorio es sumamente valioso para nosotros.

7. ¿En tu institución hay personas en contexto de internación prolongado? ¿Conoces qué cantidad o porcentaje de la población del Hospital está internada hace largo tiempo y que otra cantidad o porcentaje realiza tratamientos ambulatorios?

**Respuesta:** Sí, quedan algunos. Hay una particularmente que se me viene a la cabeza, porque en la actualidad podría decirte que que ese paciente solo. Te iría que a partir de la nueva gestión se comenzó a marcar un punto de inflexión en lo que es el acceso al Programa Incluir Salud, que antes directamente no existía. No había forma de encontrar respuesta porque te encontrabas con un montón de obstáculos a la hora de buscar dispositivos para externar un paciente; por ejemplo te decían anda a tal página, y vas a la página no tenías solución, le hablabas a un número porque tenías el contacto (más que nada ese es el trabajo de la trabajadora social) hasta que vas llegando a la trabajadora social de una salita dónde vive el paciente, y ahí recién lograbas que te pasaran el contacto de Incluir Salud de ese municipio, y así continuaba de forma eterna el circuito administrativo burocrático.

Me pasó de participar del tratamiento de un paciente que logramos externar en noviembre del año pasado, que estuvo dos años internado con nosotros, que me llamaran directamente ellos de Incluir salud y yo me quedara pensando ¿esto está pasando realmente? ya habíamos hecho un montón de presentaciones a través de la Asesoría de la unidad de letrados, habíamos hecho un montón de cosas, y lo legal como la última alternativa. Siempre apostando a la lógica del laburo con equipos, y bueno todo esto hasta que la defensora de la unidad de letrados se puso a disposición nuestra y trabajamos directamente en judicializar el caso. Y ahí recién nos llamaron de Incluir Salud, pero como te decía, todo esto se dio recién a partir del año pasado, con el cambio de gestión.

En la anterior gestión ya al plantear una internación no estaban pensando en la problemática del paciente, ni en el tipo de tratamiento más conveniente, sino todo lo contrario, planteaban cuánto iba a durar la adaptación, en cuanto a poder ir a la casa a ver a su familia, qué medicinas darle, es decir, algo estandarizado para todos; tuviera familia no tuviera familia, como que el laburo pasaba por lo que pasaba dentro del hospital y no por lo que podría llegarse a armar afuera. Se pensaba en temporalidades más que en el padecimiento subjetivo.

En mi servicio actualmente hay 4 pacientes internados, pero hemos tenido dos pacientes que se renuevan cada dos meses más o menos. En el otro servicio de internación creo que hay alrededor de 8 pacientes internados.

Del total de personas que se atiendan en el hospital no estoy segura, pero creo que alrededor de 500 personas. Sé que el año pasado había una agenda de más o menos 400 personas en consultorios externos, y entiendo que entre el dispositivo de hospital de día y los dispositivos en territorio debe haber alrededor de otras 100 personas.

8. ¿La población del hospital está conformada exclusivamente por mujeres? ¿Existen personas que se autoperciban con otras identidades?

**Respuesta:** No. En mi servicio, y en el hospital atendemos mujeres y hombres. Hubo un tiempo en el que no hubo mujeres en el servicio, que creo que tuvo que ver con la cantidad de obstáculos que tienen que atravesar las mujeres para acceder a la salud pública y a una internación en salud mental. Pero en este momento tenemos en la internación una paciente mujer, una chica, es más jovencita.

Sí existen personas que se auto perciben mujer y que acuden al servicio. En mis años en el hospital atendí algunas pacientes trans. Yo creo que las personas trans acceden al servicio de salud mental pero con mayor dificultad. De todas maneras yo trabajo en un hospital que tiene una gran apertura a la atención, que diría que en ese sentido el hospital es como una panacea; nunca hubo una negación a la atención.

De hecho en este momento en el hospital está funcionando una conserjería para para población LGTBQA+, que brinda acompañamiento en el proceso de hormonización y asesoramiento. Es un grupo que funciona los días miércoles.

Preguntas en relación a las representaciones sociales del/la profesional entrevistado/a

9. ¿Cómo describirías a las mujeres que se atienden en el Hospital, que características tienen? ¿Cómo se suelen referir a ellas? ¿Qué edad tienen mayormente? ¿Cuáles son los diagnósticos que más más frecuentes atienden? ¿Con qué tipo de terapias trabajan? ¿Trabajan de forma interdisciplinaria? ¿Qué perspectiva tiene el hospital o sus profesionales sobre los tratamientos farmacológicos?

**Respuesta:** Sí, se puede decir que es una población de bajos recursos, que viven en un contexto con escaso o poco lazo social, que sus referentes muchas veces no es la familia sino algún referente comunitario. Lo sorprendente en nuestra profesión es encontrarnos con un paciente descompensado pero que viene acompañado por la familia, que esta preocupada, que pregunta, qué tiene donde vivir, eso sería la excepción.

Para referirme a las personas que se atienden en el servicio normalmente les digo por el nombre, en general me cuesta aprenderme mucho el nombre y el apellido, pero si me esfuerzo mucho por decirles por el nombre y me lo permiten por algún diminutivo o apodo.

Y normalmente recibimos psicosis, esquizofrenía y algunos trastornos de la personalidad.

Respecto a las edades que atendemos mayoritariamente son pacientes entre 18 y 40 años. En general es una población joven.

La forma de trabajo en el servicio es interdisciplinaria, intentamos construir en equipo cuál es la mejor manera para resolver el padecimiento de ese paciente. En función de la problemática vamos descifrando que disciplina es la que va a marcar el camino de las demás, Sin que ninguna predomine por sobre otra. Porque generalmente se pensaría que la psiquiatría es la que domina el tratamiento en salud mental, no bueno no es así. La lógica del trabajo interdisciplinarios es pensar la mejor intervención, para ese paciente, en ese contexto determinado. Y después ir viendo sobre la marcha, evaluar si es necesario re direccionar algún objetivo. La principal sería que cada profesional pueda aportar desde su disciplina para el diagnóstico y el tratamiento.

Respecto al tratamiento farmacológico tengo muchas opiniones. Justamente porque ahora estamos atendiendo un paciente con el cual estamos teniendo muchos problemas en relación a la lógica respecto de la medicación. Nos damos cuenta que la medicación que está recibiendo no le modifica el padecimiento y no le está haciendo nada bien. Te diría que muchas



veces se medican cuestiones que no son medicables. Para mí habría que pensar mucho más en contextos a los pacientes, y evaluar sí todo lo que le pasa es una cuestión que hace al síntoma o al diagnóstico, y determinar sí debe ser medicado o no. Hay que ver si un paciente que escucha voces, qué representa esa voz, o cómo impacta en la organización cotidiana del pibe o de la piba esa voz en particular. Digamos no hay que acallar las voces sino ver qué funcionalidad tienen. La vida cotidiana en sí ya está está atravesada por alguna pastilla, por algún fármaco, incluso la nuestra sin tener un padecimiento mental, todos tenemos algún medicamento en casa para algo...

Lo que sucede con la sobre medicalización es que muchas veces no se logra el objetivo de tratamiento, entonces se le va agregando como por las dudas medicación y aparecen otras cosas, y agregamos más más cosas; y a veces te encontrás con planes de medicación que tienen 4 antipsicóticos, yo pienso que sí tiene que tener 4 es porque hay algo hay en la medicación que no está funcionando o bien no se sabe qué hacer. Y estas prácticas siempre consisten en operar sobre el cuerpo del otro. Hay que ver si algún médico se bancaría que le den 4 pastillas al día. Muchos profesionales se olvidan que el otro es una persona, que tiene cercenada su libertad, que se encuentra en un lugar de sumisión iba a aceptar cualquier cosa con el fin de recuperar su libertad.

10. ¿Te impacta trabajar en un Hospital de Salud Mental, en tu vida personal, de qué manera?

**Respuesta:** A veces sí, me suelo quedar con la sensación de que me quedo corta con respecto a las intervenciones que puedo realizar. Y me quedó entrampado en la lógica de que estoy coordinando equipos a la vez y no quiero ejercer un poder sobre el equipo por sobremanera. Entonces siento que quedo ahí en una encerrona, pero lo que si está claro es que no voy a dejar que se violen los derechos de los pacientes; en función de eso a veces me lo traigo a mi casa o me quedo mal. A veces me invade la sensación que nunca cortas, no hay momento de descanso.

Preguntas en relación a los derechos a los derechos sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres con discapacidad intelectual alojadas en dichos hospitales:

11. ¿Existen dentro de la institución programas específicos para mujeres o identidades gestantes?

**Respuesta:** Hay varios espacios, esta el espacio de IVE, que empezó a funcionar hace poquito, está conformado por dos equipos, que atienden en dos días diferentes. Después hay un grupo que coordina el servicio de ambulatorios que se especializa en la atención de mujeres, no recuerdo exactamente el nombre en este momento, que también tiene un día y un horario

particular, ese dispositivo es coordinado por una trabajadora social y una psicóloga. Y después esta el espacio de asesoramiento para la población LGTBQA+; y el Departamento de Salud Integral, que esta abierto a la comunidad y puede acceder cualquier persona que venga a pedir un turno, no necesariamente debe ser paciente del hospital. Además funciona una vez al mes un Conversatorio de género, este es el 5to año que funciona, una vez al mes se realiza (el último jueves del mes). Se plantea todos los meses una temática diferente, este mes por ejemplo es la descomomanicomialización y la verdad que es una propuesta buenísima. Se invita a profesionales externos a disertar y se trasmite por el canal de YouTube del hospital, la convocatoria es abierta así que se anota gente de todo el país y a veces de otros países también.

¿Si o No?

Si la respuesta es Si:

11.A ¿Cuáles son y cómo se implementan? ¿Se construyeron en base a una perspectiva de género? ¿Existen protocolos de atención para mujeres gestantes dentro del Hospital?

**Respuesta:** Sí, contemplan una perspectiva de género, totalmente.

Que yo sepa no existen protocolos, ni nada estandarizado. No tengo conocimiento al respecto al menos.

11.B ¿Dichos programas contemplan variables de protección de sus derechos sexuales, reproductivos y/o de maternaje? ¿De qué manera lo hacen? ¿Talleres, consejerías? ¿Acceso a métodos anticonceptivos? ¿Pueden verse con sus parejas? ¿De que forma, dónde, son encuentros supervisados?

**Respuesta:** Hace dos años intentamos hacer una consultoría sobre sexualidad, pensábamos hacer talleres para abordar el tema; de todas maneras ahora entendemos que ese espacio ahora es el de las consejerías de IVE, que está funcionando actualmente. Pero hacíamos talleres con las pacientes y hablábamos de salud sexual reproductiva, de anticoncepción, de interrupción del embarazo, lo hacíamos una vez cada 15 días, pero era de una manera más informal. Era un espacio autogestionado por los profesionales.

El tema de acceso a métodos anticonceptivos en internación no es un tema que nosotros abordemos, en el marco del servicio “cuidados en la urgencia”, pero si alguien quiere acceder o quiere consultar tendría acceso a través del Departamento de Salud Integral.

En relación a sus parejas y las visitas, ahora por la pandemia las personas internadas permanecen aisladas por un tema de protocolo de prevención.

11.C ¿Existe un grupo especializado en el hospital que aborde el maternaje o lo derechos sexuales?

**Respuesta:** Solo en esa área existen los programas que te mencioné antes.

SOLO SI EXISTE:

12. ¿Cuándo, cómo y por qué surgió? ¿Cómo trabaja, que abordaje brinda?

**Respuesta:** (respondido)

13. ¿Derivan a otras instituciones cuando alguna paciente está cursando un embarazo o luego de éste? ¿A cuáles? ¿Qué pasa con sus hijxs una vez que nacen?

**Respuesta:** Actualmente no sé. Hemos tenido pacientes embarazadas y se derivaba a instituciones de maternidad en función de la cercanía de su domicilio.

Con los hijos de las pacientes hay un poco de todo, hay hijos que son judicializados y van a hogares, otros son dados en adopción y otros son criados por sus madres con sistemas de apoyo, como pueden ser instituciones o amigos. Te diría que sucede un poco de todo. Quizás los casos en los que interviene la justicia son los que más resuenan, porque son los que te ponen más en juegos a la hora de trabajar, porque en esos casos ya no hay una decisión propia de la mujer y entonces hay muchas cuestiones subjetivas para elaborar. La justicia suele pedirnos informes para evaluar si esa madre puede cuidar a esos niños, pero siempre parados desde la perspectiva de la protección de los derechos de los niños. La madre de una u otra forma siempre juzgada. Nuestra opinión siempre es en función del tratamiento de la madre y en función si puede materner o no. Nunca en el sentido de cómo articular herramientas para ver si eso puede suceder o no. Lo que pregunta la justicia en general es si la mujer está apta o no para ser madre, no se plantea pensemos juntos cómo hacer para que esa mujer cuente con alternativas para que pueda estar con sus hijos.

Muchas veces más allá del deseo de la madre de materner, sí la justicia no la considera “apta” sus hijos son dados en adopción. No hay un sistema de apoyo en ese sentido para las mujeres, muy pocas veces sucede que los hay. Cuando vos me preguntas a mí esto inmediatamente se me aparecen caras de mujeres y de niños que tuvieron que pasar por esta situación.

14. ¿Conoces si existen convenios firmados con otros Organismos en relación a la protección de sus sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres?

**Respuesta:** Eso la verdad que no sé, pero entiendo que no, nosotros como hospital dependemos directamente del Ministerio de Salud de Nación y los convenios, los materiales, y los insumos se envían directamente desde el Ministerio. Es el Ministerio el responsable de articular intervenciones con otros organismos.

15. ¿Cómo describirías la relación existente entre la legislación vigente en la materia y su implementación en términos de acceso real a la información y a la libertad sexual, reproductiva y de maternaje?

**Respuesta:** El hospital a nivel de la gestión está con mucha apertura, y en la misma dirección que lo alcanzado en las luchas feministas y lo normado en las leyes, siguen existiendo algunas cuestiones de resistencia o de desconocimiento, porque también tenés cosas por agiornar o por incorporar, nuevos métodos. He escuchado criticar mucho a otros profesionales porque se realizan jornadas con perspectiva de género, les escuché decir “¿por qué es necesaria toda una mesa de género?”, y bueno una piensa por “esto justamente, para que no estés preguntando estas cosas”. Yo creo que independientemente de esas resistencias, el hospital sigue avanzando en ese sentido, persiguiendo el objetivo de la igualdad entre los géneros. Hay un montón de propuestas desde el hospital para aplicar la perspectiva de género, entonces si vos no estás de acuerdo en algún punto te vas a llevar puesto.

16. ¿Cómo institución tienen algún tipo de vínculo con las asociaciones civiles de familiares de personas internadas por padecimientos mentales? ¿Esta temática de derechos sexuales y reproductivos la trabajan de forma conjunta?

**Respuesta:** No, hasta dónde yo sé no.

17. ¿Cómo pensás que sería la mejor manera de intervenir para abordar la problemática de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres alojadas en los hospitales monovalentes?

**Respuesta:** Primero con un equipo, no sólo interdisciplinario sino también con buena capacidad de escucha, formado, preparado y capacitado para esa atención específica. Y en relación a las mujeres pensarían que podría pensarse en un tipo de dispositivo sin tanta exigencia horaria y en el que puedan asistir sus hijos, que sean atendidas en un espacio en el cual puedan venir a consultar y que se genere un vínculo de confianza, sin jugar en el cual se les pueda ofrecer lo que necesitan en virtud de lo que se escucha.

18. Ya estamos terminando la entrevista, ¿hay algún dato o comentario que le parece importante y que quisiera agregar?

**Respuesta:** No, yo me sentí cómoda y fueron bastante abarcativas las preguntas. Espero que mis respuestas te hayan servido.

19. ¿Conoces a alguien que consideras que sería valioso entrevistar en relación a este tema? ¿Podrías ponerme en contacto con esa persona?

**Respuesta:** Sí, voy a intentar conseguirte el contacto de una médica del dispositivo de salud para las mujeres que te mencioné, porque la relación con los médicos psiquiatras actualmente no es muy buena.

Muchísimas gracias por su disponibilidad y tu amabilidad, si me surgiera alguna duda o consulta en base a la entrevista, me contactaré nuevamente con usted para aclararla.

### **Profesionales Hospital Dr. Braulio A. Moyano**

#### CUESTIONARIO PARA LA ENTREVISTA

##### Datos del entrevistado/a (Perfil sociodemográfico)

**1. Nombre y edad:** S – 28 años

**2. Hospital:** Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano

**3. Título de grado:** Licenciada en Psicología (finalizó en el año 2016)

**4. Especialización:** En Psicología dialéctica conductual y en Terapia de Aceptación y Compromiso. También estoy cursando algunas materias del Posgrado de Psicología Cognitivo Conductual de la UBA.

**5. Función en el Institución:** Psicóloga residente. La residencia tiene un programa dónde uno va rotando por distintos dispositivos, y la idea es tener una formación integral en distintas áreas dentro de lo que es el sistema de salud mental pública. El primer año rotamos por un servicio de internación de pacientes crónicos, después pasamos por un dispositivo de internación de pacientes semi agudo (son internaciones de una duración intermedia, de más o menos de 3 meses), también pasamos por lo que es la guardia (hacemos guardias de 24 hs., en primero y segundo año de la residencia), también estuvimos en el dispositivo de hospital de día y ahora en tercer año tenemos rotaciones por fuera del hospital, yo este año no estoy directamente dentro del “hospi”, estoy haciendo lo que serían interconsultas, pasamos por el H. Ramos Mejía, después hice lo que se llamaría “atención primaria de la salud” estuvimos en un dispositivo de atención telefónica, se llama “Salud Mental Responde”, que depende del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, sería como un servicio de atención de guardia telefónica, funciona las 24 hs., nosotros teníamos un turno que cubrir y atendíamos cuestiones de urgencia y también brindábamos asesoramiento a la gente que tiene alguna duda respecto a algo relacionado a la salud mental, que puede ser en relación a una situación personal o de alguien de su entorno. Actualmente, hace alrededor de un mes estoy rotando en un centro de salud, y lo que estamos haciendo es parte de lo que se denomina nuestra “rotación libre”, dentro de tercer año tenemos 4 meses para elegir a qué dispositivo queremos ir. Junto con una compañera elegimos rotar en un equipo que atiende violencia de género, así que arrancamos

hace poquito ahí. El centro de salud, no depende directamente del H. Moyano, sin embargo queda en la esquina, ósea está por Barracas/Constitución. Mi idea inicial era hacer esos 4 meses en un dispositivo de salud mental en el exterior, pero por la pandemia no se pudo.

**6. Años en el Hospital:** Desde el año 2019 (cursando su tercer año de Residencia).

**7. ¿Elegió ocupar este lugar?:** Sí, yo elegí rendir el examen de la residencia. Fue algo repentino, yo arranque mi formación haciendo integraciones escolares, había hecho un curso de acompañante terapéutico, y empecé laburando de eso. Mi intención cuando me recibí era dedicarme a la clínica, pero sentía que en la carrera me había faltado formación en clínica y no me sentía preparada para hacerlo de forma particular, así que empecé a pensar cómo entrar en la parte más clínica, pero con algo de acompañamiento. Y bueno, charlando con una amiga, con la que hicimos casi toda la carrera juntas empezamos a pensar en esta posibilidad y nos pusimos a estudiar, dijimos “bueno, vamos a rendir a ver si entramos”, así que fue un poco pensando en dar los primeros pasos en la atención clínica pero con algo de sostén y acompañamiento de una institución. Porque me daba un poco de temor que no me sentía lo suficientemente formada y no contaba con nadie a quien recurrir que me acompañe en ese proceso.

Preguntas en relación a los derechos de las personas alojadas en Hospitales Monovalentes, en base a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657:

6. ¿Qué marcos normativos existen en la Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires en particular, para proteger los derechos de las personas con discapacidad intelectual alojadas en los hospitales monovalentes? ¿Y de qué forma se implementan en la institución en la que trabajas? ¿Qué opinión tenés sobre la Ley Nacional de Salud Mental?

**Respuesta:** La Ley Nacional de Salud Mental y la Ley de Derechos de los Pacientes, consentimiento informado e historia clínica. La idea es respetarlos y que sean nuestro marco normativo en todas nuestras intervenciones.

Respecto de la Ley de Salud Mental pienso que la ley en su generalidad está bastante bien, que tiene una serie de propuestas que están buenas, como por ejemplo todo lo que apunta a tratar de trabajar con los pacientes en todo lo que es tratamientos por fuera de las internaciones, promover otro tipo de intervenciones y que la internación sea la última instancia. Si me parece un problema el tema de concretar la ley, me parece que pasaron muchos años desde que se sancionó y todo lo que tiene que ver con los dispositivos más intermedios, las casas de medio camino, todos esos lugares que apuntan a que los pacientes tengan un lugar de atención y de contención que sea por fuera de los hospitales, no existe básicamente o es muy difícil conseguir acceso a esos lugares. Hay muy pocos, y los pocos que hay tienen una serie de criterios que los pacientes no los cumplen, entonces es muy difícil poder hacer uso de lo poquito

que hay. Así que me parece que la idea en papel es muy linda, pero en la realidad no se está aplicando y bueno me parece bastante grave que no se pueda hacer porque está buena la propuesta. Creo que igual también la ley llevó a que se termine demonizando a lo que es el hospital monovalente, y creo que la lógica está más de “manicomio”, no es solo del hospital, yo creo que tiene que ver también con una lógica que también impera en hospitales generales; y que se termina culpabilizando mucho al hospital monovalente cuando en realidad es un lugar que labura muy bien y que a veces termina funcionando lamentablemente como “depósito de pacientes” pero no por una decisión del hospital sino porque todo el resto del sistema de salud expulsa a los pacientes más complejos, y el único lugar que los recibe es en el hospital monovalente. Así que eso sería lo único que me disgusta de la ley, que termina como llevando un poco a que se demonice a los hospitales monovalentes y yo creo que son muy buenos hospitales, que terminan cubriendo muchas fallas del sistema.

7. ¿En tu institución hay personas en contexto de internación prolongado? ¿Conoces qué cantidad o porcentaje de la población del Hospital está internada hace largo tiempo y que otra cantidad o porcentaje realiza tratamientos ambulatorios?

**Respuesta:** Sí, más o menos por lo que escuché hay entre 600 y 700 pacientes en contexto de internación prolongada.

En cuanto a cuantas personas se atienden en consultorios externos es un poco complejo, si hablamos de población que se atiende de manera ambulatoria, es bastante más grande que la cantidad que se atienden en los servicios externos. Porque nosotros tenemos hospital de día, consultorios externos o el servicio de guardia; y ahí tenés pacientes que circulan van y vienen. Pero todos los servicios de internación tienen su cupo de pacientes ambulatorios, que fueron pacientes que estuvieron internadas y recibieron el alta, y van a atenderse a su servicio. Por eso volviendo al tema de cómo el hospital recibe a pacientes que expulsan otros lugares, en realidad la lógica debería ser, activar todo lo que tiene que ver con la derivación en un efector cercano a la casa del paciente; pero como es la mayoría de las veces es bastante difícil, y son pacientes que no tienen recursos económicos (la mayoría) para pagar un tratamiento, se termina prolongando y las pacientes quedan “prendidas” al hospital, y bueno se los sostiene como ambulatorio, porque muchas veces no se puede concretar la derivación.

Pasa un montón que la paciente que se atiende en el Moyano, tiene como una “mancha”, queda con una etiqueta, y muchas veces los hospitales generales ni la quieren evaluar, piensan de ante mano “es super complejo esto, que se encarguen ellos”, pasa un montón eso; y pasa en las guardias, en todos los servicios de salud mental te encontrás con este tipo de situaciones, que a veces uno termina activando líneas más informales, empezas a buscar gente

que vos puedas contactar para generarle derivaciones territoriales, porque sino en general cuando los profesionales se enteran que pasó por una internación, o que de alguna manera está conectada con el H. Moyano es como que se niegan a recibirlas.

8. ¿La población del hospital está conformada exclusivamente por mujeres? ¿Existen personas que se autoperciban con otras identidades?

**Respuesta:** Sí, son todas mujeres. Recibir una paciente que se autoperciba mujer me pasó una única vez en la guardia, pero no más que eso.

Preguntas en relación a las representaciones sociales del/la profesional entrevistado/a

9. ¿Cómo describirías a las mujeres que se atienden en el Hospital, que características tienen? ¿Cómo se suelen referir a ellas? ¿Qué edad tienen mayormente? ¿Cuáles son los diagnósticos que más más frecuentes atienden? ¿Con qué tipo de terapias trabajan? ¿Trabajan de forma interdisciplinaria? ¿Qué perspectiva tiene el hospital o sus profesionales sobre los tratamientos farmacológicos?

**Respuesta:** Yo diría que en su mayoría las pacientes son mujeres que tienen muchos problemas económicos, vienen de sectores bastante marginales y bueno tienen muchas problemáticas vinculadas a eso. Falta de trabajo, no tienen ningún ingreso, también hay mucha precariedad en lo que tiene que ver con los lazos sociales, suelen ser personas que están bastante solas. Y muchas veces parte de nuestra intervención es también empezar a buscar algún tipo de ayuda social, entonces buscamos que se involucre alguna trabajadora social e intentamos generar recursos con alguna herramienta, como puede ser el carnet de discapacidad, o cualquier otro tipo de ayuda por parte del Gobierno, porque por lo general están muy vulneradas económicamente.

Y también es muy difícil que accedan a un trabajo, que puedan cumplir, se complica bastante todo eso...

Yo me suelo referir a ellas por el nombre, si me refiero a ella con un colega digo la paciente o la consultante.

En relación a las edades tenés de todo, depende mucho del servicio donde estés, en la guardia recibís de todas las edades. El margen de atención es desde los 18 hasta los 65 años; y vienen de todas las edades. Quizás en los servicios más crónicos, donde rotamos el primer tiempo de la residencia ahí sí hay gente más grande, en general pacientes de 40 años para arriba. En los servicios más de agudos recibís más jovencitas, así que la verdad es que ves de todo.

Con respecto al diagnóstico lo mismo, depende en que sector del hospital estés pero bueno en general vas a tener cuestiones más complejas. No va a venir alguien con un trastorno



de ansiedad, o con una depresión; en general vas a tener más lo que es una esquizofrenia, trastornos bipolares, muchos trastornos de personalidad.

Sí, el trabajo interdisciplinario es lo mejor del hospital. Que estés todo el tiempo en contacto con otros profesionales, laburando en equipos, depende un poco de la gente de planta y según el servicio, el nivel en el cual se involucran a los residentes. La residencia tiene mucho de eso, el trabajo con tus compañeros, se generan espacios de discusión, la residencia de psiquiatría y de psicología la parte teórica está dividida, pero la parte práctica es en conjunto, eso está muy bueno. También hay trabajadoras sociales, bueno depende del servicio, a veces hay una músico terapeuta, a veces se suman más profesionales trabajando en el equipo.

Con el tratamiento farmacológico, creo que con criterio y una buena evaluación está bien. Me parece que es importante como psicóloga tener formación, estar al tanto de eso y tenerlo presente como un recurso más. Sobre todo en los casos que son de mediana complejidad, y en los cuadros más severos es como una indicación que tiene que estar, lo considero como parte del trabajo. Es algo que la psicóloga tiene que trabajar con la paciente, en un caso de esquizofrenia por ejemplo o de trastorno bipolar, mucho del tratamiento de nuestra disciplina va a tener que ver con la adherencia al tratamiento farmacológico. Así que considero que, está buenísimo estar trabajando en equipo, tener un poco de formación, escuchar a los médicos, me parece que es super importante.

10. ¿Te impacta trabajar en un Hospital de Salud Mental, en tu vida personal, de qué manera?

**Respuesta:** Sí, la verdad que creo que también tuvo un impacto importante la institución en la cual me toco estar, para mí fue bastante fuerte el primer año de la residencia. Yo no había tenido trato con pacientes psicóticos, antes de entrar al hospital, salvo como en situaciones muy aisladas; y encima como que no conocía mucho los sectores, solo conocía el hospital bastante de afuera. Y la verdad es que el primer tiempo fue de bastante conmoción, y te provoca bastante miedo, sino estás acostumbrada a atender pacientes que no solo tienen los síntomas y los signos de la patología, sino también el deterioro que empieza a ver después del abandono social y los efectos adversos que empiezan a tener las medicaciones. Entonces al principio me impactó mucho y bueno, me tuve que ir adaptado pero ahora la verdad es que súper agradezco estar en el hospital, al principio no quería ir al Moyano, no era mi idea pero realmente ahora estoy como muy contenta de estar ahí, porque me hizo mucho más consciente de un montón de cosas, no es lo mismo leer sobre una patología que encontrarte con esa situación; y también conocer todas las problemáticas sociales que pueden estar presentes.

Hoy en día me encantaría quedarme en el hospital y tener un cargo de planta, al principio, como te decía me generaba y miedo y ahora me entusiasma la idea de ofertar un espacio de contención, de trabajo, dónde las pacientes puedan ser bien recibidas, porque de otra manera son rechazadas en un montón de lugares. Así que en un punto el trabajo en el hospital me hizo tomar conciencia sobre el impacto que tienen todos esos factores en la salud mental de una persona, y creo que también aumentó mi compromiso y mis ganas de trabajar con sectores más vulnerables.

Para resumir, creo que tuvo un impacto enorme el hospital. Si bien me fui adaptando, y todo lo que tiene que ver con mis miedos fluyó, es súper desgastante el trabajo y te vas muy cargada, más si te importa. Es muy difícil encontrar un límite entre comprometerte y no pasarte de “rosca” con eso, y tampoco irte al otro extremo de estar muy distante emocionalmente de la situación. Entonces muchas veces me siento con mucho agotamiento emocional, porque te carga un montón. Eso es difícil de manejar. La verdad es que son pacientes que están muy solas y eso (por lo menos a mí) me genera más ganas de estar.

Preguntas en relación a los derechos a los derechos sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres con discapacidad intelectual alojadas en dichos hospitales:

11. ¿Existen dentro de la institución programas específicos para mujeres o identidades gestantes?

**Respuesta:** No, en el hospital no hay ningún programa (que yo sepa). Si pasa que una paciente que ingresa está embarazada, o bueno en el curso del tratamiento sucede esto, es como que depende de los profesionales que están llevando el tratamiento psicológico y psiquiátrico, bueno y ellos van a considerar eso, cuanto se van a involucrar y cuanto van a atender ese tema. Sé que mis compañeros y toda la gente con la que he trabajado me parecen re buenos profesionales, y creo que hay bastante criterio. Desde la parte farmacológica, mis compañeros por ejemplo hablan un montón con la paciente de las opciones que hay, intentan abordar el tema; pero no es que hay un programa específico para acompañar ese tipo de situaciones.

¿Si o No?

Si la respuesta es Si:

11. A ¿Cuáles son y cómo se implementan? ¿Se construyeron en base a una perspectiva de género? ¿Existen protocolos de atención para mujeres gestantes dentro del Hospital?

11. B ¿Dichos programas contemplan variables de protección de sus derechos sexuales, reproductivos y/o de maternaje? ¿De qué manera lo hacen? ¿Talleres, consejerías? ¿Acceso a métodos anticonceptivos? ¿Pueden verse con sus parejas? ¿De que forma, dónde, son encuentros supervisados?

**Respuesta:** La verdad es que no hay muchos abordajes de estos temas en el hospital, es una pena que no haya. La verdad que a mí me parece un tema súper importante. En los servicios de mediano tratamiento, que serían internaciones de una duración intermedia, participe de algunos talleres, pero fue algo tan circunstancial que no me acuerdo mucho, es algo que no está planteado, no está muy presente. Fue algo bastante aislado. Que yo sepa no existe nada institucional. Es como que termina recayendo todo en los espacios de tratamiento individual, yo como terapeuta si de repente me encuentro con una paciente que empiezo a detectar ciertas dudas de la maternidad, o que comienza una relación, quizás toco esos temas, pero no es que se haga mediante talleres o consejerías, o bien un lugar para consultar. Hasta donde yo tengo entendido no hay.

Ahora en el Centro de Salud en el que estoy, que no depende directamente del H. Moyano, si no que, queda en la esquina, es la primera vez que me encuentro algo más estable, que es regular. Este lugar sí tiene un equipo interdisciplinario que trabaja en dos líneas: por un lado talleres de género, que el equipo del lugar organiza con agrupaciones barriales, con las que se contactaron y semanalmente tienen encuentros dónde van tratando temas vinculados a género, que a su vez son como propuestas que traen las referentes barriales, como por ejemplo, dicen nos gustaría hablar de tal cosa y el equipo está siempre disponible para tratar las temáticas que se van dando. La última trató sobre el aborto, se habló de la ley, de cómo afrontar una situación así, se habló también de sexualidad, de lo que tiene que ver con los métodos de cuidado... Bueno en ese espacio sí se tratan estos temas. Y el otro espacio, es un espacio de consejerías, en general se trata de gente que se acerca para hacerse el test de VIH y terminan teniendo un espacio como para conversar y se hace también un asesoramiento. Yo todavía no participe de ese espacio, la idea es que los residentes nos empecemos a sumar, porque arrancamos hace muy poquito, pero se que funciona ese espacio también.

11.C ¿Existe un grupo especializado en el hospital que aborde el maternaje o lo derechos sexuales?

SOLO SI EXISTE:

12. ¿Cuándo, cómo y por qué surgió? ¿Cómo trabaja, que abordaje brinda?

---

13. ¿Derivan a otras instituciones cuando alguna paciente está cursando un embarazo o luego de éste? ¿A cuáles? ¿Qué pasa con sus hijxs una vez que nacen?

**Respuesta:** No, que yo sepa no.

Cuando una paciente tiene hijos hay muchos factores en juego, el abordaje depende del equipo que este trabajando el caso. Como puede pasar en cualquier lado, hay profesionales con una mirada un poco más “extrema”, que quizás puedan dar una opinión sobre que los niños

tendrían que ir a hogares, pero en general no. Y yo creo que la mayoría de las veces depende mucho del cuadro de la paciente, es muy caso por caso, se va evaluando de forma individual.

Las veces que yo he presenciado reuniones de equipo donde han hablado de pacientes que están en situaciones así o cuando los niños terminan estando en guarda por un tiempo prolongado, no he escuchado que sugieran o intenten sacarle sus hijos, o que busquen judicializar la situación para que vayan a un hogar. Sí lo que se hace es evaluar la capacidad de esa persona, de esa paciente para afrontar eso. Si la paciente está totalmente descompensada se nota, sobre todo en lo que tiene que ver con el cuidado propio, con cumplir con las tareas diarias; si eso está como muy complicado lo que más se da es que el equipo evalúe el contexto, si hay otra persona que pueda acompañar, no sé la madre de la paciente o algún familiar que surja como red se empieza a trabajar con las opciones que hay; pero no es que haya una tendencia a judicializar en pos de sacarle a los chicos.

En general en los servicios de internación prolongado, sí se da que la familia suele criar a los hijos de las pacientes. Te encontrabas con que la mayoría eran pacientes que estaban internadas hace muchos años, suelen ser cuadros de esquizofrenia y sí todo lo que implicaba la crianza de los chicos se habían hecho cargo familiares, hermanas de las pacientes o sus madres. Y se intenta siempre la re vinculación, eso es algo que está bastante bueno de los equipos de los servicios más de crónicos. Se esfuerzan mucho por mantener el contacto del paciente con el afuera, lo que pasa es que es bastante difícil. En eso a mí también me cambió bastante la perspectiva porque una viene con todo el discurso de la facultad, de que se va a encontrar con un manicomio dónde las encierran, no hacen nada para que salgan, y la realidad es que todo lo contrario, por lo menos en los servicios en los que estuve yo o dónde han rotado la gente que conozco. En general los equipos tienen una postura bastante activa y promueven que los pacientes tengan salidas, que la acompañante terapéutica vaya, que la paciente circule, que se encuentre con hermanos, hijos; pero a las pacientes les cuesta mucho sostener ese tipo de cosas, a veces esas mismas salidas tienen un impacto muy fuerte y los pacientes terminan estando muy pegados al hospital, generando mucha comodidad y se vuelve un lugar de alojamiento y de sensación de familia también; entonces es bastante complicado y para muchas pacientes es difícil sostener eso; entonces terminan teniendo salidas pero no de forma regular, salen cada tanto, hablan por teléfono... Y capaz es el equipo, los profesionales los que están intentando permanentemente que ese vínculo no caiga, pero las pacientes suelen quedarse en su comodidad; sobre todo por lo que tiene que ver con los síntomas negativos, como van perdiendo cuestiones de la voluntad, del afecto, y van quedando en un lugar más cómodo. Son pocas las

pacientes que quieren salir, juntarse con su familia, es un tema complejo pero sí que los equipos se mueven bastante para lograr que eso se modifique.

14. ¿Conoces si existen convenios firmados con otros Organismos en relación a la protección de sus sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres?

**Respuesta:** Hasta donde yo tengo entendido no... Quizás lo haga y desconozco.

15. ¿Cómo describirías la relación existente entre la legislación vigente en la materia y su implementación en términos de acceso real a la información y a la libertad sexual, reproductiva y de maternaje?

**Respuesta:** Yo creo que cada día se logra más en ese sentido. No te podría decir ahora como están manejando por ejemplo si una paciente internada quiere acceder a la IVE, es muy reciente la ley y justo este es un momento en el que yo no estoy adentro del hospital. Yo considero que como primer paso se derivará a centros de salud que trabajen con el tema, que tienen un equipo de IVE dedicado a eso. Yo no creo que suceda dentro del hospital, me da la sensación que se va a activar esto de derivar y eso lo maneje el equipo tratante para una vez efectuado el aborto, seguir todo el tratamiento dentro del hospital.

16. ¿Cómo institución tienen algún tipo de vínculo con las asociaciones civiles de familiares de personas internadas por padecimientos mentales? ¿Esta temática de derechos sexuales y reproductivos la trabajan de forma conjunta?

**Respuesta:** No.

17. ¿Cómo piensas que sería la mejor manera de intervenir para abordar la problemática de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres alojadas en los hospitales monovalentes?

**Respuesta:** Yo creo que principalmente deberíamos tener todos un poco más de formación al respecto, en la facultad no vemos mucho de lo que es perspectiva de género o lo que tiene que ver con salud sexual y reproductiva, no vemos nada de eso. Y creo que eso hace que termine quedando mucho a criterio de cada uno si lee, o si se informa, eso me parece un problema. Tendría que haber alguna bajada de línea para que todos tengamos la información mínima o básica al respecto. Y después me parece que tendría que haber de manera más regular talleres, dentro de los servicios, que aborden estos temas y en un ideal estaría buenísimo que haya algún equipo de consultoría o un espacio que este más disponible para recibir consultas y que estén como más especializados. Porque veo difícil que todos tengamos un nivel de formación súper acabado en este tema, pero si como lo mínimo al menos, que permita que se aborde en talleres y que esa información circule. Porque me parece que esta bueno que las pacientes que no están ya cursando un embarazo también reciban información y escuchen algo

de esto, y que no sea recibir la información como efecto reactivo de que están embarazadas. Porque estar informado te permite contar con una herramienta más para tomar decisiones y afrontar las cosas de la vida. Por eso en síntesis diría que estarían buenos los talleres, formación básica y como ideal un equipo dentro del hospital que pueda estar más especializado en el tema.

18. Ya estamos terminando la entrevista, ¿hay algún dato o comentario que le parece importante y que quisiera agregar?

**Respuesta:** No, me parece que fuimos tocando todos los temas en relación a esto, creo que lo más importante es que haya como cierta regulación del nivel de formación que tenemos los profesionales, en ese sentido creo que hay muchas fallas en un montón de temas. Yo específicamente tengo un montón de quejas con la facultad de psicología de la UBA al respecto, si bien la quiero un montón, me parece que el programa de formación tiene un montón de problemas, creo que es problemático que termine quedando como una decisión individual formarse con perspectiva de género. Lo mismo me pasa dentro del hospital, todos deberíamos tener de forma obligatoria formación en género, también los profesionales de planta, todos deberíamos recibir ciertos cursos que cubran ciertos temas, y sin duda este tiene que estar, más tratándose de un hospital de mujeres.

Agregué la pregunta **¿En tu experiencia quienes suelen ocupar los cargos de jefes de servicio dentro del hospital?**

**Respuesta:** Suelen ser normalmente hombres, hay como una cuestión ahí, en general los que acceden a esos cargos son varones; y también suelen ser médicos. Hay una impronta bastante médica en el hospital, los que tienen más peso ahí adentro suelen ser los médicos, así que en general los cargos jerárquicos los toman profesionales de la medicina varones. Hay algunas mujeres jefas de servicio o en cargos ejecutivos, ahora actualmente ya no, pero la directora anterior del hospital era una mujer, pero si vos miras el porcentaje de gente que cubre esos cargos es marcadamente mayor en el caso de los hombres.

19. ¿Conoces a alguien que consideras que sería valioso entrevistar en relación a este tema? ¿Podrías ponerme en contacto con esa persona?

**Respuesta: (No se preguntó porque ya tenía contactos)**

Muchísimas gracias por su disponibilidad y tu amabilidad, si me surgiera alguna duda o consulta en base a la entrevista, me contactaré nuevamente con usted para aclararla.

## CUESTIONARIO PARA LA ENTREVISTA

### Datos del entrevistado/a (Perfil sociodemográfico)

1. **Nombre y edad:** M, 45 años

2. **Hospital:** Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Braulio A. Moyano
3. **Título de grado:** Lic. En Trabajo en Social (finalizó en el año 2009)
4. **Especialización:** No, solo la residencia clínica
5. **Función en la Institución:** Asistencia clínica de consultorios externos, planta permanente
6. **Años en el Hospital:** 4 años, ingresó en 2017
7. **¿Elegió ocupar este lugar?** Sí, manifestó que ama su trabajo y su profesión

Preguntas en relación a los derechos de las personas alojadas en Hospitales Monovalentes, en base a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657:

6. ¿Qué marcos normativos existen en la Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires en particular, para proteger los derechos de las personas con discapacidad intelectual alojadas en los hospitales monovalentes? ¿Y de qué forma se implementan en la institución en la que trabajas? ¿Qué opinión tenés sobre la Ley Nacional de Salud Mental?

**Respuesta:** No soy muy de acordarme de los números de las leyes, pero nuestro marco normativo en el Hospital es la Ley Nacional de Salud Mental y la Ley N° 448, de CABA, generalmente nos basamos más en la nacional porque es más general, y porque tenemos muchos pacientes que son de provincia. Nosotros, los profesionales también tenemos el marco normativo del Código de Ética Profesional, los derechos del paciente en Salud Mental.

Respecto de la Ley Nacional de Salud Mental a mi me parece que cuando se estaba dando el debate yo estaba en la facultad y me parecía muy lejano, también me pareció algo muy político y sindical, pero la verdad que me parece una postura muy interesante. Nosotros al trabajar con la ley vemos muchas falencias en cuanto a las posibilidades materiales de llevarla adelante; por ejemplo, hace mención a la cuestión habitacional de las usuarias, y en la práctica cuando tenemos que darles de alta no tenemos dónde mandarlas, ósea la paciente está en condiciones de externarse, no está ni para un neuropsiquiátrico, ni para un asilo, y no tiene dónde ir a vivir, tenés lugares de medio camino, pero ¿de medio camino hacia dónde?, si después no tenés con qué. Normalmente terminan en la calle, o vuelven al Moyano; entonces ahí te encontras con un obstáculo muy grande, y después el obstáculo más grande no está en la letra de la ley, sino en la posibilidad de que los trabajadores la puedan hacer piel, porque por ejemplo últimamente nos pasan muchas cuestiones que tienen que ver con la diversidad de género, más que con las mujeres gestantes, y viste que la ley hace mención a estas cuestiones, y aparece mucho la discriminación, el pre concepto, los prejuicios, las posturas arcaicas, profesionales que tiene 40/50 años en el hospital y siguen trabajando bajo el viejo marco

normativo incluso de la vieja ley del patronato de menores. Y eso me enoja tanto que me he convencido que es una postura facilista, no es desconocimiento, es una posición facilista usar esos marcos, porque posicionándote desde ahí puedes controlar el cuerpo y puedes controlar la mente, y no tenes que hacer ningún tipo de intervención terapéutica, das directivas solamente de lo que el paciente tiene que hacer. Yo no acuerdo con esas posturas. Agregaría a esto también el derecho al acceso a la información, es una dificultad que tenemos mucho ahora que todas las consultas de los familiares de las pacientes que están internadas recaen en las profesionales de Trabajo Social, porque los demás profesionales dicen que no tienen tiempo para venir a atenderlos. Yo pienso ¿qué les cuesta? Salí de tu servicio, vení a atenderlos, porque a nosotros el recurso del vínculo afectivo nos resulta muy costoso, vos sabés que cuando una persona transita una enfermedad psiquiátrica se van desgastando los vínculos familiares y los vínculos afectivos. Entonces cuando una persona viene a preguntar por un familiar tenés que cuidar ese vínculo, cuando un familiar está esperando hace una hora que un profesional baje a darle un parte médico no puede pasar. En este contexto de pandemia se da mucho, porque tenés profesionales que están de licencia, hay pocos recursos humanos en el hospital, y bueno... Se dan muchas situaciones de irregularidad, que vos te das cuenta de que se esta dando un incumplimiento en cuanto a los derechos de los pacientes y a la ley. Para mi tampoco es una ley impecable, pero es una ley que es abarcativa, habría que hacerle algunos ajustes, pero la verdad comparada con la anterior es buena.

7. ¿En tu institución hay personas en contexto de internación prolongado? ¿Conoces qué cantidad o porcentaje de la población del Hospital esta internada hace largo tiempo y que otra cantidad o porcentaje realiza tratamientos ambulatorios?

**Respuesta:** Es un dato que te puedo dar de manera aproximada, a principios de este año supe que hay 350 pacientes internadas; y en consultorios externos se dan un promedio de 3.000 prestaciones mensuales, prestaciones no quiere decir que sean personas porque algunas pacientes se atienden de manera semanal con más de un profesional. Por otro lado, también hay pacientes que externadas de los **servicios de internación crónica** y vienen a hacer sus controles en su servicio, eso también figura como una consulta externa, durante 6 meses por la ley tienen que ser atendidas en sus servicios, ese es el periodo que se calcula que van a poder permanecer de alta. El número acabado que me preguntas es una deuda, nosotras hicimos un estudio en el servicio y solo pude acceder al dato de prestaciones. Después están todas las otras pacientes que se atienden por guardia, yo te puedo llegar a decir que serán una 150 mujeres que acuden diariamente, son todas personas que no tienen historias clínicas aún porque consultan por primera vez o porque tienen muy poca adherencia al tratamiento, entonces se las atiende



exclusivamente con una ficha y su número de documento, creo que esto tiene que ver con una cuestión administrativa del modelo del Gobierno de la Ciudad eso de no crearle la historia clínica por una cuestión de vacantes, y además porque se trabaja con el número de camas y coeficientes disponibles de ocupación; sería un tema más de gestión operativa.

8. ¿La población del hospital está conformada exclusivamente por mujeres? ¿Existen personas que se autoperciban con otras identidades?

**Respuesta:** Mayoritariamente, sí. Algunos varones se atienden en los consultorios externos, y hay algunas ocasiones en que algunas pacientes internadas tienen hijos que también tienen cuadros de salud mental entonces el jefe de servicios les hace la atención y les crea una historia clínica a esos niños. Sobre 200 mujeres, hay un varón. La internación es exclusiva de mujeres, si nos ha pasado a principios de año que ingresa una chica trans, es la segunda vez que sucede un caso así, que yo me entere al menos. Ingresó por guardia una chica trans, en el primer caso fue terrible lo que pasó porque la mandaron al Hospital Borda, no la quisieron recibir, le dijeron este es un hospital de mujeres, vos sos un varón, la chica con nombre mujer en el DNI y todo; aparte nos enteramos que en el Borda sufrió un montón, le pegaron, la abusaron... La segunda vez, ya habían aprendido algo entonces le abrieron la historia clínica como si fuera una mujer, otro problema más porque no es una chica, pensando que va a ir a ducharse a las mismas duchas que el resto de las mujeres internadas; vos tené en cuenta que en el Hospital Moyano, al igual que en otros hospitales neuropsiquiátricos se bañan todas juntas, es baño colectivo, habitaciones colectivas, bueno cuando la ingresan a internación se dan cuenta que la chica era varón porque en las duchas se arma un lío de la gran siete. Cuando una persona ingresa al hospital por la guardia hay un clínico médico que tiene que hacer una revisión general que implica desnudarse y revisar que la paciente no esté lastimada, que no esté mordida por un perro, imagínate que vienen muchas veces de la calle, bueno parece que la revisaron como “mírame y no me toques”, y tampoco la revisaron las enfermeras del servicio porque si lo hubieran hecho se hubieran dado cuenta que tiene genitales masculinos. Y que esa genitalidad significa algo para las personas que están internadas, por eso se dio una situación de mucho conflicto, dónde la violentaron, se pegaron mutuamente; sucedió que la chica estaba un poco descompensada y aparentemente se estaba masturbando delante de las demás, y no se masturbaba la vagina, sino que se masturbaba el pene, es una cuestión que tiene una implicancia muy grande con pacientes que han sido abusadas por sus familias, o golpeadas por sus parejas. Por eso el pene es un elemento de violencia para ellas. Se trabajó con la cobertura de salud, se la trasladó a un dispositivo acorde al cuadro una vez que se estabilizó pero generó una pregunta, al menos en el servicio de Trabajo Social, e hicimos una capacitación de dos semanas con una

persona especialista en el tema que estuvo muy interesante. En ese sentido, veo como un envión, te da esperanzas. La compañera que atendió a esta chica es una compañera muy prejuiciosa y nos decía como registro las cosas que me dice, se encontraba con un documento, ella había hecho el cambio de identidad en el DNI, pero la obra social no le había hecho el carnet con su nombre autopercibido, entonces ponele que en el documento decía “Marisa” y en la obra social decía “Juan”; bueno en la Ley de Identidad de género está el apartado dónde indica cómo se registra en la historia clínica, entonces es muy bueno para analizar porque hay te das cuenta que tenes reglamentación pero ¿qué pasó que los profesionales no la leyeron o no la aplican? Yo me enojó pero bueno, se que tengo que ser más pacientes con mis colegas.

Incluso tenemos pacientes que sin sentirse varones dicen “yo soy lesbiana” y otro día ya no son lesbianas y así... Y con eso también hay que saber trabajar, ese discurso no es porque sean pacientes psiquiátricas. Yo creo que el hecho de transitar una enfermedad de salud mental te hace ser más liberal y más franca, si hoy te gustan las mujeres y mañana los varones, claramente sos bisexual pero para ellas no, no les importa tener una definición les importa estar bien. Creo que es sano no estar etiquetando tanto. Genera mucho malestar en la institución la diversidad sexual de las usuarias, mucho mucho malestar.

#### Preguntas en relación a las representaciones sociales del/la profesional entrevistado/a

9. ¿Cómo describirías a las mujeres que se atienden en el Hospital, que características tienen? ¿Cómo se suelen referir a ellas? ¿Qué edad tienen mayormente? ¿Cuáles son los diagnósticos que más más frecuentes atienden? ¿Con qué tipo de terapias trabajan? ¿Trabajan de forma interdisciplinaria? ¿Qué perspectiva tiene el hospital o sus profesionales sobre los tratamientos farmacológicos?

**Respuesta:** La pobreza, la vulnerabilidad social, mucho desempleo, mucha cuestión habitacional con falencias, son personas generalmente mayores de 40/45 años, que no han tenido inserción laboral formal. La enfermedad le ha imposibilitado los estudios, muy pocas han terminado el secundario y han accedido a estudios terciarios; esto les ha impedido desempeñarse en el ámbito laboral. También vemos mucha violencia en el ámbito familiar, muchísima, que no es detectada por ellas. Eso te das cuenta en el relato. Cuando yo empecé a trabajar eso me impulsó a investigar un poco sobre el tema de la violencia, una vez una paciente joven me contó como la contenía su padre contra la pared mientras ella tenía episodios de excitación psicomotriz, ella tenía una psicosis, también le pedían a un hermano que la presionará contra el piso, yo pienso todas esas cuestiones como no van a saturar los lazos familiares. Probablemente con varones no se haría lo mismo por el tema de la diferencia que existe en cuanto a la fuerza física. Una sola vez trabajé con un varón fuera del hospital, y los

varones que atienden en el Moyano son un perfil muy poco varonil, eso es un criterio del jefe de servicio, son varones muy sumisos, analfabetos, o con algún retraso mental. Es difícil trabajar con varones cuando siempre trabajas con mujeres, si bien tienes mujeres que también se ponen violentas, yo creo que no podría nunca trabajar en el Borda, me generaría mucho malestar. Las mujeres trabajamos distinto cuando trabajamos entre mujeres, por más que atendemos mujeres que por ahí mataron su marido, pero por más que sea la mujer más violenta del mundo de base es mujer.

Como nos referimos a las mujeres, yo elijo decirles usuarias, se les dice paciente normalmente pero nosotras estamos haciendo tiempo instalar la denominación usuarias, usuarias del sistema de salud mental. En mi servicio tratamos de valorar la ambulatoriedad. Cuando les hablo directamente a ellas, les digo según el vínculo que tengamos, si ya tenemos un vínculo de seguimiento les digo por el nombre, o el nombre y el apellido, a veces pero muy poco por un apodo. Cuando la cosa va complicada les digo señora.

Los diagnósticos más frecuentes son esquizofrenia, retraso mental, epilepsia, hay algunos cuadros de desadaptación, de depresión, generalmente el DSM te ayuda con el tema de poner un diagnóstico para el carnet de discapacidad, a veces vos ves que en el carnet dice “personalidad antisocial” y yo veo que esa paciente es sumamente sociable, igual si sirve para que reciba algún beneficio...

Nosotros en el servicio de consultorio externo, somos 5 psiquiatras, 5 psicólogos, una terapeuta ocupacional y dos trabajadoras sociales, para las 3.000 prestaciones mensuales. En los casos que nos resultan más complejos intentamos hacer un abordaje interdisciplinario, pero estamos desbordados, si podemos y si la paciente lo requiere atendemos en simultáneo. Si los tiempos nos lo permiten conversamos y acordamos una línea de abordaje común, para que la paciente no se mofe, porque a veces se mofan un poco si encuentran un discurso dispar entre los profesionales, eso se debe a los cuadros de paranoia. En ese sentido, hay que ser muy prolijo porque sino se puede arruinar un abordaje de la nada. En general intentamos que sea un abordaje integral e interdisciplinario. Esto igual es difícil porque somos muy pocos. Había hasta antes de la pandemia dos dispositivos grupales, que se llaman multifamiliares, es una corriente de trabajo, son dos espacios uno multifamiliar para hijos y otro que pueden ir con familiares extendidos y amigos, ahora se está haciendo por zoom. Nosotros con mi colega de Trabajo Social queríamos hacer un espacio de asamblea familiar, porque nos pasa que la familia suele tener muchas dudas del tratamiento, de la forma en que la paciente tiene que tomar la medicación. Yo hablo con mis colegas sobre lo necesario de darle lugar a la pregunta de los familiares, porque ellos no acuden directamente al hospital sino que consultan con otros

profesionales. Es importante explicarles a los familiares la importancia de supervisar la toma de la medicación, es importante hacerles esta decisión porque muchas veces la toma de la medicación se convierte en un ejercicio de violencia y de control, por ejemplo: me enojo con vos y te hago tomar la medicación; eso no, se les aconseja preguntar en buenos términos si tomaron la medicación e ir anotándolo de forma conjunta en un cartel; las pacientes suelen tomar hasta 5 pastillas o más... Por ejemplo: para la esquizofrenia, para la epilepsia, la hipertensión, diabetes y así... Todo esto es cíclico porque uno tiene que saber que hay momentos de crisis en el año durante el tratamiento.

El tratamiento farmacológico es sumamente importante, no se puede trabajar si la paciente esta descompensada, sino provocas una indignidad terrible, es una “hippieada” decir la “no medicalización”. Sí, estoy completamente en contra de que la medicación sea un castigo, por eso cuando un colega a mi me dice que el marido le da la medicación, ya me empiezo a preocupar, porque me ha pasado con una paciente que los dos eran alcohólicos y cocainómanos y él le daba la medicación cuando ella no quería tomar alcohol con él; entonces ella lo que hacía era hacer sobreingestas, le roba toda la medicación y la tomaba toda junta para que él no pudiera imponerle cuando tomarla. Por eso no me gusta el facilismo de decir “el marido le da la medicación”, todo lo contrario tenes que trabajar con palabras y poner por escrito con el señor que va a supervisar la toma de la medicación, así se trabaja en consultorio externo. En internación, en cambio, la enfermera va con la bandejita y los vasitos y se la dan en los horarios pautados, para constatar que las tomen.

En los tratamientos ambulatorios si la paciente no puede tomar la medicación sola no puede estar dada de alta, eso es algo de libro, yo no puedo trabajar si la paciente misma no tiene conciencia de la enfermedad y no puede tomar la medicación a la hora que se le indica, de la forma que se le indica.

10. ¿Te impacta trabajar en un Hospital de Salud Mental, en tu vida personal, de qué manera?

**Respuesta:** De alguna forma sí. Mi papá tenía esquizofrenia, yo era la más grande de mis hermanas así que yo era la que lo acompañaba a hacerse los estudios, y mis dos hermanas decían “se hace el boludo” y yo les decía no se hace el boludo y mira que todavía no estudiaba Trabajo Social. Yo en gran parte me dedique a esto por eso, yo notaba en la mirada que no se hacía el boludo, sino que él ya no era él, era la esquizofrenia la que hablaba. Es impresionante ver el enojo en los hijos de las usuarias y ese enojo es terrible para ellas, porque cuando una es mujer y los hijos se enojan y la hacen sentir como una “nena” o como una “inválida” es terrible, les produce una tristeza muy profunda y no saben cómo resolverlo por eso me parece una cosa

súper necesaria contar con un espacio para que los profesionales podamos hablar con las familias.

Preguntas en relación a los derechos a los derechos sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres con discapacidad intelectual alojadas en dichos hospitales:

11. ¿Existen dentro de la institución programas específicos para mujeres o identidades gestantes?

**Respuesta:** No. Solo te puedo decir que hace unos meses a mediados del año pasado, en pleno brote de la pandemia, se estaba pensando en armar un servicio, que también me parece que responde a una corriente, para personas gestantes con psicosis. Lo que se pensaba era... A ver, cuando una mujer esta en el Hospital Moyano y está embarazada se trabaja con el Hospital Penna, que es el más cercano y con la Maternidad Sardá. Muy pocas veces me ha tocado de ver una mujer embarazada en internación en el hospital, no sé por qué... Si me ha pasado de que ingrese una mujer que ha tenido un bebé hace dos meses, mujeres puérperas y eso me mata, me parte el corazón. Te cuento una situación, un día entrevistado a una mujer y me dice hace 3 meses que tuve un hijo, y yo le digo entonces todavía lo estarás amamantando, mi cabeza se conmocionó y pensé como no va a sentirse aislada todo el día, si está sentada en una ventana mirando a la nada. Fui y le dije al jefe del servicio: “¿vos sabés que está mujer acaba de parir hace 3 meses?”; tendría que estar con el hijo, si hasta que edad se amamanta a un hijo, hasta los dos años y ella tenía un bebé de tres meses y no estaba con él, ni siquiera se le habían cicatrizado los puntos, ¿cómo puede ser que para el tratamiento no estemos teniendo en cuenta eso?. Bueno... este servicio que te decía se pensaba en ese momento pero fue imposible porque vos imagínate hacer un servicio entero para mujeres gestantes o puérperas con el bebé en el Moyano, una locura, hay pacientes que son capaces de matar a un bebido, porque los cuadros les generan esos comportamientos no porque ellas sean unas malas personas. Es terrible, hubo varios debates finalmente no se hizo. El programa en sí había sido pensado para mujeres que luego de haber parido o durante el embarazo habían tenido un brote psicótico; esta situación parece que se observa seguido o eso nos llega a nosotros de parte de los médicos. La idea era que permanezcan internadas con sus hijos hasta que se estabilicen, en ese proyecto el problema mayor no es la mujer, todo lo contrario es un hospital psiquiátrico para mujeres, el problema es para el niño. ¿Cómo crías a un bebé en un contexto de encierro en un hospital de Salud Mental? ¡Es terrible! ¿Cómo lo vendría a ver la familia?, no sé me parece que los hospitales generales debieran tener formación en salud mental, o bien los hospitales de maternidad. ¿Cómo vas a meter un niño, un bebé recién nacido a un hospital dónde hay mujeres que el niño se les puede presentar como el demonio? Es terrible, tendrías que cerrar con rejas ese lugar, más si las

pacientes cómo se planteó están en pleno brote; porque además se podría filtrar una paciente con una psicopatía y podría cometer un asesinato, ósea es terrible porque eso no lo puedes manejar.

Te cuento un caso, el año pasado llegó una paciente a través de los consultorios externos y tuvo su primer control después de haber parido y estaba descompensadísima, tenía una estructura psicótica, con el bebé de un mes en brazos, y su pareja, quien no quería haber tenido a ese bebé. Entonces miro la historia clínica y veo que le habían cambiado el plan de medicación, porque se trataba de una mujer que estaba gestando y había manifestado que quería tener al bebé. Supuestamente le habían cambiado el plan de medicación para preservar la gesta, pero resulta que lograron que se descompensara la paciente. Entonces el marido de ella me decía hace algo con este chiquito porque yo lo tiro en la esquina. Yo pensaba por dentro ¿qué hago? Me tengo que llevar a casa a este bebé... Finalmente a la paciente la internamos, al bebé le dimos una mamadera con el enfermero de guardia, contuvimos al marido, después re bien, él se calmó, se puso a llorar nos contó sobre su historia, pobre el muchacho era cocainómano, todo el contexto era terrible. Cuando la chica iba a entrar a la internación no quiso ver al bebé, no le quiso dar el pecho... Bueno, son esas cosas que pasan en estos servicios y existe un gran prejuicio médico a dar medicación durante el embarazo. Yo les consulté a algunas colegas que estaban haciendo la residencia médica en medicina general si existía medicación para pacientes psicóticas que están gestando y deciden continuar con el embarazo y me dijeron que sí. Por eso me pregunto ¿cómo puede ser que viene el médico psiquiatra y dice bueno le saco la medicación psicótica porque tenemos que preservar la gesta? Entonces ¿qué? Que la mujer se tire del puente porque el diablo le dice que se tire. Igual yo no creo que sea desconocimiento del médico respecto a qué medicación pueden dar, que para una gesta esta medicación no pero esta otra sí, es más bien ideológica, incluso en profesionales jóvenes. ¿Cómo vas a dejar a una paciente sin medicación? Terrible.

Si bien no existe un programa como tal, si tenemos un Trabajador Social por servicio y también un psicólogo y residentes de psiquiatría que están empezando a ocuparse del tema. Tenemos una colega, una psiquiatra, muy jovencita, que se ocupa mucho del tema, que le interesa el abordaje pre-natal en las mujeres psicóticas, ella está en el tema de la “psiquiatría pre-natal”, es muy interesante el trabajo que ella hace. Por ahora no lo hace en el hospital, pero si esta ayudando a instalar la corriente. En este momento, trabajamos con las instituciones que podemos, pensamos ésta mujer, ¿tiene familia, no tiene familia? Podemos derivarla a los grupos de crianza del Gobierno de la Ciudad, y así pensamos redes que nos puedan ayudar...

Si la respuesta es Si:

11.A ¿Cuáles son y cómo se implementan? ¿Se construyeron en base a una perspectiva de género? ¿Existen protocolos de atención para mujeres gestantes dentro del Hospital?

**Respuesta:** No.

11.B ¿Dichos programas contemplan variables de protección de sus derechos sexuales, reproductivos y/o de maternaje? ¿De qué manera lo hacen? ¿Talleres, conserjerías? ¿Acceso a métodos anticonceptivos? ¿Pueden verse con sus parejas? ¿De que forma, dónde, son encuentros supervisados?

**Respuesta:** Mira ahora por el tema de la pandemia todo los talleres están suspendidos porque no se puede hacer nada grupal. Pero “D”, que vos la vas a entrevistar, estuvo armando junto con otra colega un proyecto para las pacientes de internación en algo parecido, pero ella te lo va a saber contar mejor que yo. Nosotras en nuestro servicio lo que intentamos es tener siempre la bandeja de preservativos a disposición en nuestro consultorio, constantemente pegamos afichería para concientizar acerca del uso de los métodos anticonceptivos, algunas pacientes se ofenden mucho por eso, muchas están en contra de la ley de IVE (interrupción voluntaria del embarazo), porque sienten que es una imposición. Ante la palabra ley ellas sienten que es una imposición, dicen mucho “a mi nadie me va a obligar”, yo les explicaba es todo lo contrario se trata de no obligarte a lo que no querés.

Re pregunté ¿Crees que esto de que perciban la IVE como una imposición tiene que ver con que ellas sienten que el sistema o la sociedad, por tratarse de usuarias de los servicios de salud mental ellas no pueden ser madres?

**Respuesta:** No, no. Si hay casos que sienten que tienen miedo de ser madres por su salud mental, pero esas no son las pacientes en contra de la IVE, las que son reaccionarias. Esos casos, las que quieren ser madres, te lo consultan muy tímidamente, dicen “¿yo podré ser mamá?”, hay casos que desde muy chiquitas han sido esterilizadas, o las han forzado a aplicarse o a usar métodos anticonceptivos, o las han sometido a cirugías de irreversibilidad de la reproducción. Muchas mujeres grandes internadas me han dicho “a mi me ligaron las trompas desde muy chica”, también escuché mujeres del Moyano que me han contado que después de parir nunca más supieron de sus hijos, esto ya no pasa ahora pero sí se escuchó mucho en mujeres que fueron madres durante la época de la dictadura. Esto ha sido terrible. El Moyano supo tener un servicio de adolescentes, esto se ocultó mucho, pero hay fotos de un lugar dentro del hospital dónde esas madres tenían que dejar a sus hijos, hay fotos de todas las cunitas amontonadas, es terrorífico. Las cunitas eran de hierro, como las de las películas, ha pasado muchos años eso.

Volviendo a tu pregunta, hacemos talleres constantemente pero de grupos muy pequeños de dos o tres usuarias, que se enmarcan en otras actividades, como un taller que yo doy de forma semanal que se llama “Vida cotidiana y uso del dinero”, en ese taller yo refuerzo todo el tiempo el tema del ciclo menstrual, les explicó a contar los días, si toman métodos anticonceptivos charlamos de cuándo los toman, de qué manera... Nunca podemos hablar del uso del preservativo masculino, la colocación del preservativo porque imagínate si para cualquier mujer que no tiene un padecimiento mental es difícil imponerle el uso al varón, para una paciente es mucho más complejo. Y hay pacientes que no les interesa el tema, que sino están en pareja no les interesa. De todas las pacientes que participan de este taller una sola tiene pareja. Un día les pregunté ¿uds. Saben como se usa un preservativo? Y no me prestaron atención, no les interesó... Por eso yo creo que muchas no deben tener parejas sexuales, su sexualidad pasa por otro lugar, generalmente son pacientes con debilidad mental entonces no están preocupadas por el tema. Sí les interesa mucho el tema del ciclo menstrual y cómo funciona toda la cuestión, por una cuestión de cuidarse la salud. La vez pasada una paciente me dijo que el médico le dijo que le estaba por venir la menopausia y tiene 47 años, y yo pensaba ¿tan pronto?, por eso le pregunté que le pasaba, y ella me decía que estaba con mareos y yo le decía que eso tiene que ver con el cuadro no con una menopausia tan temprana. Las pacientes a veces suelen ser muy ingenuas y muy tiernas, confían mucho en las cosas que la gente les dice.

En relación al uso del preservativo, yo me doy cuenta, incluso lo hago a propósito en pacientes que yo sospecho que están viviendo una situación de violencia entonces pongo mi caja de preservativos mucho más a la vista, para que estén atentas y me pregunten y poder explicarles. Cuando me los piden, también aprovecho el espacio para preguntarles si saben como se coloca correctamente, eso me sale automático, y si veo la duda se sienta y no se va hasta que lo tenga claro. Lamentablemente todo esto no tiene un encuadre, depende de la voluntad del profesional.

Tenemos un servicio de ginecología en el hospital que no se lo ve presente. Yo me acuerdo que una vez me pasó de una paciente que vino y relató una violación en manada, entonces inmediatamente la lleve al sector de enfermería para que la lleven a ginecología, antes de que se vaya le informamos sobre sus derechos a hacer la denuncia, le dijimos que estaba en su derecho de hacerla si quería y sino quería, pero que acá iba a tener toda la información necesaria para asesorarla; pero cuando llego a ginecología, la ginecóloga que la atendió (son 4 las del servicio, y una sola es copada, me refiero copada en términos de accesibilidad) no sabemos cómo se enojó porque nosotros le habíamos dado información y le habíamos hecho firmar la historia clínica con el relato que nos dio. Yo agarré la historia clínica, se la lleve a mi



jefa y le dije mira esta persona hizo esto, esto y esto... te cuento antes de que te lo cuenten de cualquier otra forma, le dije esta es la ley, es su derecho el de ser asesorada. La ginecóloga pretendía que no le dijéramos nada, eso lo hacen porque si vos le das información la paciente te exige, entonces le tenes que dar los retrovirales y explicarle como tomarlos, entonces para evitar eso de blanquear la violación dijeron que la paciente se había robado los retrovirales. La pacientes finalmente no hizo la denuncia pero al menos tomó la medicación, porque ella incluso planteó “yo no tengo miedo de estar embarazada, solamente tengo miedo de tener una enfermedad”. Atrás de eso hubo toda una situación de seguimiento de nuestra parte, porque uno de los violadores era una ex pareja de ella, que la había entrampado e invitó a unos amigos, y la violaron uno a uno, una situación terrible. ¿Pero cómo no vamos a intervenir? Eso es ser cómplices. La paciente vino un día lunes después de un feriado largo después de haber transitado todo un fin de semana de desamparo por la situación que le toco vivir, acude a nosotros, me lo cuenta a mí que no me conoce, que es la primera vez que me ve la cara... En mis valores como profesional no entra quedarse de brazos cruzados.

Yo creo que esta práctica de ocultar información de parte de los médicos se da siempre, pero más en las mujeres con padecimientos mentales porque ellas te demandan, piensan no les des información porque después se ponen pesadas, y bueno es una paciente hubieras pensado en trabajar en medicina pediátrica, anda al Garrahan sino te gusta...

En relación a si pueden verse con sus parejas las mujeres que están en la internación crónica sí pueden, si están compensadas y tienen salidas transitorias pasan los fin de semanas con las familias. Cuando las parejas de ellas van al hospital se ven en el parque que tenemos, toman mates, a veces vienen con otros familiares o se suma alguna otra paciente que es amiga. Ahora por protocolo de pandemia no puede ingresar nadie al hospital. Para verse las pacientes salen a la puerta o a las inmediaciones del hospital, se ven un ratito ahí, no se puede ingresar. Antes los fines de semana eran un día de muchas visitas, el hospital tiene un parque muy grande, un parque interno que tiene todos los pabellones alrededor, la persona que diseñó el parque del Hospital Moyano también diseñó el parque del Jardín Botánico, es muy linda la arboleda del hospital, ahora está un poco descuidada y venida a menos. También tenemos una cancha de fútbol y mesitas. Los fines de semana que eran los días de visita todo cambia, el equipo médico cambia tienen otra lógica de trabajo, las pacientes se levantan de otra manera, todo transcurre con más calma, un poco más lento, más tranquilo.

11.C ¿Existe un grupo especializado en el hospital que aborde el maternaje o lo derechos sexuales?

**Respuesta:** No.

SOLO SI EXISTE:

12. ¿Cuándo, cómo y por qué surgió? ¿Cómo trabaja, que abordaje brinda?

NO

13. ¿Derivan a otras instituciones cuando alguna paciente está cursando un embarazo o luego de éste? ¿A cuáles? ¿Qué pasa con sus hijxs una vez que nacen?

**Respuesta:** Si, al Hospital Penna y a la Maternidad Sardá. Lo que no sé es si a alguna paciente embarazada se le dio la opción de interrumpir el embarazo. En caso de que consulten por la IVE, derivamos a los CESAC, lo que son “amigables”, los tenemos anotados y las derivamos con ellos.

Si una paciente en contexto de internación prolongada está por tener a su hijo se trabaja el alta, para que no tenga que transitar la gestación en el hospital, por una cuestión de protección física de la paciente inclusive. Si trabaja con la familia para que la internación sea lo más corta posible, porque te repito no es aconsejable que tenga que transitar la gesta durante la internación. Por esta cuestión misma de la protección de los niños, hay pacientes que les generaría mucho rechazo ver a un bebé, lo podrían lastimar.

Para darte un ejemplo te remoto el caso de esta paciente, con su bebé de 3 meses, a ella se le preguntó al entrar a la internación si quería seguir al tanto de su hijo, ella dijo que si, se le preguntó luego para qué quería seguir al tanto, si ella deseaba verlo o simplemente saber cómo se encontraba, si quería que estemos en contacto con la persona que lo estaba cuidando, en este caso creo que estaba con una prima de ella o la cuñada, ahí nos dijo “no, yo solo quiero saber si está bien”. Si ella o cualquier paciente tiene una pareja y el niño quedó al cuidado de su pareja, ese bebé no puede venir al hospital, no puede ingresar, y no porque estamos en pandemia, eso siempre fue así. No se permite ingresar al hospital con niños, ni con bebés. Por una cuestión de cuidados. No sé cómo sería pensar un dispositivo así...

Mira creo que es una práctica común ponerles el DIU a las pacientes que están en el servicio crónico, porque a veces se escapan y pueden tener relaciones sexuales consentidas o prostituirse. No tengo idea si será un tema que se consulta o es una práctica masiva. Esto también lo escuché que lo hacen en otras instituciones.

14. ¿Conoces si existen convenios firmados con otros Organismos en relación a la protección de sus sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres?

**Respuesta:** No, todo es artesanal. No hay nada protocolizado. Se intenta ajustar las prácticas a la legislación vigente, a la ley de violencia obstétrica o la ley de parto respetado, a

los derechos de las mujeres, a la ley nacional de salud mental, tenemos un montón de legislación para ir ajustando nuestras prácticas; pero siempre nos remitimos a la normativa cuando desde la institución nos están diciendo por acá no, por acá no... ¿Cómo por acá no, si la ley dice que sí? Y así todo te digo es todos los días una pelea contra lo institucionalmente establecido.

15. ¿Cómo describirías la relación existente entre la legislación vigente en la materia y su implementación en términos de acceso real a la información y a la libertad sexual, reproductiva y de maternaje?

**Respuesta:** Yo creo que las prácticas van muy atrasadas en relación con la legislación. Lamentablemente se está muy atrasado al respecto. Te voy a mandar un artículo que escribí sobre esto. Se trabaja de manera muy compulsiva y en serie con las pacientes, yo intento que no sea el servicio de Trabajo Social el que tenga que preguntar por los métodos anticonceptivos sino que sea el médico, porque ellos saben más del tema y porque les corresponden por la especificidad. Además las pacientes tienen en la escala de valores la palabra del médico primero, la de las psicólogas en segundo, después nosotras las TS, y por último las terapistas ocupacionales. Que una TS le pregunte de la nada por el método anticonceptivo les puede parecer una cosa invasiva; sin embargo a veces tenemos muchas más habilidades nosotras para trabajar esos temas, incluso porque somos mujeres. Pasa muy de largo el tema de la anticoncepción, yo trato ese tema en mi artículo, yo creo que porque los médicos asocian a las pacientes de salud mental al hecho de que las ven como “niñas”. Si las asexuamos nos sacamos un problema de encima, la verdad no está bueno porque las pones muy en riesgo. Hay pacientes que de verdad no deberían ser madres, no deberían parir, por una cuestión de cuidados propios y por una cuestión de que no van a poder cuidar a ese niño, y posiblemente ese niño salga con un cuadro en salud mental, porque su padre quizás también tenga un problema de salud mental. Y si vos no cuidas eso desde un lugar de cuidados, de cariño, de salud, no está bueno se te está pasando algo de largo. Yo entiendo hay veces que los médicos están muy superados y están charlas a veces llevan más de dos horas.

Me acuerdo una vez que una paciente me dijo yo prefiero tener una pareja mujer así no me contagio ninguna enfermedad de transmisión sexual, y estuvimos cerca de 3 horas hablando, sentadas las dos, hicimos un campo de latex y no había forma hacerla entender que en las prácticas de sexo oral te puedes contagiar. Hay mucho atraso en esos temas en la población del hospital creo que se debe también en parte a la falta de ESI en los tiempos en los que ellas fueron a la escuela. Que una paciente de 40 años piense así para mí es una puñalada en el corazón, en el sentido de cuán atrasados estamos como agentes sanitarios, para mí el tema es una responsabilidad profesional.

16. ¿Cómo institución tienen algún tipo de vínculo con las asociaciones civiles de familiares de personas internadas por padecimientos mentales? ¿Esta temática de derechos sexuales y reproductivos la trabajan de forma conjunta?

**Respuesta:** No, teníamos algún vínculo con el CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales, ONG), pero ya no. No tenemos vínculo fluido. Las personas que van al hospital a ver a sus familiares no están en asociaciones sino que van por su cuenta. Creo además que sería mejor hacer lazos directos, entre el hospital y las familias, con ese proyecto de asamblea que te comenté. Es un poco raro el funcionamiento que tienen los familiares del CELS, “no son pacientes de las nuestras, ningún perfil de nuestras pacientes, de nuestras usuarias van a esas asambleas del CELS, es más del ámbito de la salud mental privada viste”.

17. ¿Cómo piensas que sería la mejor manera de intervenir para abordar la problemática de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres alojadas en los hospitales monovalentes?

**Respuesta:** Para mí lo mejor es hacer un abordaje grupal, que brinde información, que sensibilice, explicarles que es posible que ellas pueden tener un hijito y lo pueden criar, si permitís que te podamos acompañar. También es posible que si tenés una gesta que no querés tener la puedas abortar, esto es ley y lo vamos a garantizar. Me parece que armando un dispositivo semanal de ese tipo.

Una vez tuvimos una residente de psicología que hizo una consejería en sexualidad, pero tuvo pacientes que iban a incomodarla a contarle como dos perros se cogían... Yo le dije no dejes que cualquiera participe, esa paciente está loca, es una psicópata, no está para tu taller. Pobre chica la pasó muy mal. Las otras pacientes que realmente querían trabajar se sentían muy mal, existe mucho esto de querer incomodar al profesional con la sexualidad, les da un lugar de poder, bueno... muchas veces es una de las manifestaciones del cuadro. Esto no está bueno, porque está paciente monopolizaba la palabra y en lo grupal no tiene que priorizar lo individual sino florecer lo colectivo.

Por el contrario, tuvimos una paciente que era promotora de salud en su barrio y era una genia, yo quería que vaya a explicarle a todas sus amigas y que vaya a todos lados, creo que antes de ingresar al hospital era enfermera, hablaba con mucha corrección del tema.

Ahora con la pandemia la situación se agravó mucho porque no están dejando ingresar a nadie al hospital y entonces las pacientes que se hacían sus controles en los consultorios externos no están pudiendo seguir sus controles endócrinos; por eso estaría bárbaro tener un médico clínico en todos los servicios. Hay pacientes que eligen atenderse en el Moyano, porque

su primera crisis la tuvieron a los 30 años, y ahora tienen 60 y quieren seguir atendiéndose con nosotros. Porque acá las cuidaron, las curaron, las estabilizaron y ahora eligen venir. ¿Cómo les vamos a decir acá, no? Si vos lo que querés lograr es que la persona se atienda en salud en todos sus aspectos de forma integral después no le niegues la atención endocrinológica, o ginecológica.

18. Ya estamos terminando la entrevista, ¿hay algún dato o comentario que le parece importante y que quisiera agregar?

**Respuesta:** Yo creo que uno cuando no trabaja en un hospital psiquiátrico de salud mental de mujeres hay concepciones que suenan muy lindas a nivel discursivo y que se te hacen piel pero que el trabajo diario tampoco es sencillo. También pasa el contrario el hecho de cronificar la enfermedad mental, la persona que es agarrada a tiempo durante un brote, y hace el tratamiento probablemente va a tener mucho mejor pronóstico. Hoy justo vi una chica de 32 años que tiene la quinta internación y no le hace ningún efecto la medicación, ingresó a internación estuvo tres días contenida, es terrible, y estuvo contenida para cuidarla de su integridad. Yo la vi esta mañana porque estamos hablando con el equipo para ver como seguir y la vi más descompensaba que cuando llegó, seguía siendo peligrosa para ella y para terceros en ese estado, por la excitación psicomotriz. Amenazaba con matarse con tijeras con cuchillos, incluso la última internación revoleaba macetas por todo el servicio...

19. ¿Conoces a alguien que consideras que sería valioso entrevistar en relación a este tema? ¿Podrías ponerme en contacto con esa persona?

**Respuesta:** Te voy a intentar contactar con la psiquiatra que te comenté que trabaja con la corriente pre - natal.

Muchísimas gracias por su disponibilidad y tu amabilidad, si me surgiera alguna duda o consulta en base a la entrevista, me contactaré nuevamente con usted para aclararla.

#### CUESTIONARIO PARA LA ENTREVISTA

##### Datos del entrevistado/a (Perfil sociodemográfico)

- 1. Nombre y edad:** L – 42 años
- 2. Hospital:** Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano
- 3. Título de grado:** Médica (finalizó en el año 2004)
- 4. Especialización:** Psiquiatría y Medicina legal (médica legista). Posgrado en curso de Medicina Infanto - Juvenil
- 5. Función en el Institución:** Jefa de un Servicio de mediana internación.

**6. Años en el Hospital:** 17 años. Desde el año 2004, primero como residente, luego como médica de planta y actualmente como Jefa de un Servicio.

**7. ¿Elegió ocupar este lugar?:** Sí, yo concursé el cargo. **¿Es frecuente que las mujeres sean jefas de servicio?** Y... Es más frecuente que esos puestos los ocupen los varones, pero de mi camada sí tengo un par de amigas que ya son jefas de servicio y otras jefas de sección, pero también es probable que no haya habido tantos llamados a concursos para ocupar esos cargos en estos años. Fueron todos juntos los concursos, nos presentamos todos los que éramos de la misma generación y hasta que no nos jubilemos esos cargos no van a estar disponibles. A ver en los cargos jerárquicos de dirección sí te diría que son todos hombres, recién ahora hay una jefa de departamento, una de Psicología y una en el área de Docencia, pero siempre fueron cargos ocupados por varones y desde que se jubiló la única directora mujer que había, en la dirección son todos hombres.

Preguntas en relación a los derechos de las personas alojadas en Hospitales Monovalentes, en base a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657:

6. ¿Qué marcos normativos existen en la Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires en particular, para proteger los derechos de las personas con discapacidad intelectual alojadas en los hospitales monovalentes? ¿Y de qué forma se implementan en la institución en la que trabajas? ¿Qué opinión tenés sobre la Ley Nacional de Salud Mental?

**Respuesta:** La ley que rige es la Ley Nacional de Salud Mental, y bueno están todos los organismos que han surgido a partir de la ley como el Órgano de Revisión, que vela por la protección de los derechos de los pacientes durante la internación. La ley suprema con la que nos tratamos de mover es la Ley Nacional de Salud Mental.

Respecto de la ley te diría que tiene un buen espíritu, pero es muy difícil de implementar y de llevar a la práctica con la escasez de recursos reales que existen, y la baja posibilidad de que se faciliten para todas las personas que necesitan ampararse en la ley, desde recursos económicos a redes, a todo...

Porque si la mujer se puede externar igual no tenés como conseguir la medicación, casas de medio camino son contadas con los dedos de la mano, acompañantes terapéuticos no conseguís o hay pero solo para quien tiene recursos para pagarlos. Por eso te repito, me parece que la ley tiene un buen espíritu pero tiene mucha dificultad de implementación.

7. ¿En tu institución hay personas en contexto de internación prolongado? ¿Conoces qué cantidad o porcentaje de la población del Hospital está internada hace largo tiempo y que otra cantidad o porcentaje realiza tratamientos ambulatorios?

**Respuesta:** Sí, son alrededor de 500 o 600, no te sabría decir el número exacto. Cuando yo entré en el año 2004 llegaban a casi 2.000 las pacientes y ahora estamos entre 500 y 600. Yo diría que el 60% o 70% está en contexto de internación prolongado y son menos las que tienen posibilidad de externación o de insertarse en otros dispositivos.

Yo te diría que sucede qué, cuando entra una paciente mayor, pero qué no aplica para un dispositivo geriátrico queda internada por muchos años porque no suele tener familia, no tiene otros vínculos, entonces cuánto más grande la persona peor es.

De las pacientes que realizan tratamientos ambulatorios no sabría decirte el número. Lo que sucede es que los servicios externos no toman pacientes que no sean de servicios agudos, con lo cual todas las pacientes externadas de servicios de mediano o largo tratamiento quedan atendándose en consulta externa del servicio correspondiente. Salvo que puedan ser derivadas a dispositivos cercanos a su domicilio, lo cual es muy complejo; si en Capital Federal es difícil en Provincia de Bs. As es muchísimo más difícil.

8. ¿La población del hospital está conformada exclusivamente por mujeres? ¿Existen personas que se autoperciban con otras identidades?

**Respuesta:** Sí.

No, en nuestro servicio no hay. Sí hay personas homosexuales pero no chicas trans. Te diría que en otros hospitales se ve un montón, yo trabajé en el H. Gutiérrez y en el H. Tobar García, y ahí es súper frecuente. No tanto así en el H. Moyano, la verdad que no. Yo creo que en algún momento va a llegar ese aluvión, que se ve de chicas trans de 12, 13, 14 y 15 años en el H. Tobar García y van a llegar al H. Moyano.

Yo trabajé un tiempo corto en el H. Borda y fue hace 15 años, con lo cual ya quedó desfasada mi experiencia pero intuyo que muchas pacientes trans se atienden en el Borda. Porque el Borda incluso tiene un servicio de mujeres, entonces siempre ha sido un poquito “más abierto”, entre comillas ¿no?, en ese sentido. Es posible que se atiendan por la guardia del Borda, no te lo podría asegurar de todas maneras. Sí he trabajado con pacientes trans en el H. Elizalde y en el Tobar, pero en el Moyano no.

También te diría que se debe a que yo no estoy en guardia, es decir, yo no atiendo directamente a la comunidad, solo atendemos a las pacientes que ya están internadas o que ya han sido externadas, pero que cursaron su internación en nuestro servicio.

Por eso la demanda es más acotada y es diferente; así que posiblemente sí alguna chica trans ingresa podría ir a un servicio de agudos y externarse mucho más rápido; y nosotros en el servicio no llegaríamos a atenderla, nosotros atendemos pacientes con una patología un poco más grave o más difícil de resolver y no nos ha tocado, yo creo que en algún momento va a llegar.

Preguntas en relación a las representaciones sociales del/la profesional entrevistado/a

9. ¿Cómo describirías a las mujeres que se atienden en el Hospital, que características tienen? ¿Cómo se suelen referir a ellas? ¿Qué edad tienen mayormente? ¿Cuáles son los diagnósticos que más frecuentes atienden? ¿Con qué tipo de terapias trabajan? ¿Trabajan de forma interdisciplinaria? ¿Qué perspectiva tiene el hospital o sus profesionales sobre los tratamientos farmacológicos?

**Respuesta:** Yo diría que son personas que tuvieron familias disfuncionales, tienen escasa red de apoyo o vincular, eso tienen en común todas. También se ve mucho que tienen escasos recursos

económicos, provienen de grupos sociales muy marginales, digamos la cuestión de precariedad social y económica es general. No así la patología.

Para referirme a ellas digo pacientes, porque yo soy más vieja, y la palabra “usuaria” me suena al usuario de mail o de Facebook. Pero es una cuestión de costumbres y generacional.

Respecto de las edades te diría que mayores de 40 años en el hospital en general, por regla las edades de internación son de 18 a 65 años. En teoría, porque hay pacientes que entran y ya son más viejitas, y a veces ingresan igual.

En nuestro servicio lo mismo, aceptamos de 18 a 65 años, y últimamente hemos tenido algunas chicas bastante jóvenes, pero sí la edad promedio es de 40 años para arriba. Y en las pacientes con internaciones crónicas diría que son pacientes ya ancianas.

En relación a los diagnósticos te puedo decir que, el hospital al ser un monovalente y como digamos un “tercer nivel de intervención”, te diría que es un hospital para patologías graves; independientemente del diagnóstico. Y patología grave me refiero desde el nivel social, a clínico, a toda la salud integral. Pero hay mucha patología de psicosis, ya sea para el lado de la esquizofrenia o del trastorno bipolar, generalmente. Ahora en toda esta cuestión social y marginal, los trastornos de personalidad en pacientes jóvenes son muy frecuentes. Entonces la verdad es que en el servicio hay muchas más pacientes psicóticas, más de la mitad, pero de la otra mitad habría que deslindar trastornos de la personalidad graves (por toda la cuestión del entorno, que no favorece) hay muchas adicciones en ese mismo pull de pacientes, hay un grupito más pequeño con discapacidad intelectual (que también se entrecruza un poco con las pacientes psicóticas) porque hay mucha sintomatología más difusa. Vos piensa una paciente con una predisposición para tener un cuadro psicótico, más la de privación cultural y todo el ambiente, da como resultada una paciente que está ahí al límite y que presenta muchas sintomatologías psicóticas. Así que bueno, ese es más o menos el escenario, bipolares hay pero así como entran tienen más chances de salir, digamos no son las pacientes que vemos como más enquistadas en el servicio.

El tratamiento siempre es interdisciplinario, en el servicio somos tres médicos, dos psicólogos, una trabajadora social, todo el equipo de enfermería, en este momento no tenemos terapeuta ocupacional (pero teníamos), y por suerte hay mucha gente en formación, residentes y concurrentes, que ahora son más psicólogos que médicos, ha habido alguna trabajadora social pero ya no. Y lo que intentamos es trabajar todos juntos y todos interviniendo o intercambiando sobre la misma paciente, después cada uno también atiende individualmente. Pero de los grupos participamos todos, siempre que esté libre, ya sea de un grupo o de un taller y colabora. En eso no hay una cuestión jerárquica, ni mucho menos. Intentamos trabajar así e ir adoptando herramientas de los demás y al haber este pasaje de gente joven, una se enriquece; porque tienen otro espíritu, otras ganas y traen nuevas propuestas (por lo menos las psicólogas) de lo que están estudiando, de lo que les interesa ¿no? Así que sí, trabajamos en la medida de lo posible interdisciplinariamente, la verdad que la pandemia en eso impactó porque no estamos yendo todos, todos los días. Y hay veces que algunas cuestiones hay que resolverlas y las resuelve el



que está, y como puede; estamos todos en contacto pero eso sucede, y se hizo esto y era lo mejor que se pudo hacer. Sino habría pandemia lo haríamos en conjunto pero bueno a veces hay cosas que no lo permiten.

En relación a los tratamientos con medicación te puedo decir que en mi práctica en el hospital resultan fundamental, si yo te dijera de mi trabajo en consultorio particular no, siempre lo que se hace es intentar cualquier cosa antes de medicar. Pero en el hospital es distinto, es como si vos en un hospital general recibieras un paciente para terapia intensiva, no vas a ponerte a pensar si tenes o no que medicar. En terapia intensiva seguramente tenes que intervenir. En cambio, en un consultorio si vos tenes etapas previas, la verdad que para mí la medicación no es la primera opción, aunque soy médica psiquiatra. Pero lo mismo sucede si uno consulta a un médico clínico y tampoco es esperable que te de un antibiótico de entrada sin hacerte estudios previos, me parece que eso estaría mal. Ahora si yo llegué a la terapia intensiva de un hospital, sí pido por favor que me pongan un respirador. Te diría que sucede lo mismo, pero en el ámbito psiquiátrico.

En un nivel de internación yo considero que la medicación es una de las patas fundamentales del tratamiento, eso no quiere decir que todo tratamiento psiquiátrico o toda consulta o demanda psiquiátrica requiera de un tratamiento farmacológico, no. En internación, vos pensá, que tenés una paciente que ya fue evaluada, que requirió internación, que se la internó, que permaneció en la guardia un tiempo, y que recién después fue derivada a un servicio como el nuestro de mediano o largo tratamiento. Entonces ya pasó un tamizaje que hace que cuando llegue a nuestro servicio nosotros tenemos que buscar la mejor opción farmacológica y en pos de una recuperación, pero no nos vamos a pensar “¿qué está haciendo acá?”, porque si está acá es que falló todo, fallaron las redes vinculares y familiares, las intervenciones previas, las acciones estatales, todo.

10. ¿Te impacta trabajar en un Hospital de Salud Mental, en tu vida personal, de qué manera?

**Respuesta:** No lo siento cotidianamente pero creo que sí, sobre todo el tema de los hijos ¿no? Es algo que llevo a mi terapia personal. A mí me moviliza mucho en las pacientes ese tema; como también el tema de la pobreza. En la pandemia estuvimos juntando comida para que las pacientes externadas tengan algo que comer. Porque pienso, vienen al hospital retiran una medicación que vale \$10.000 mensuales pero no tienen para comer. Y mucho menos para conectarse a una clase, o seguir con el tratamiento de forma virtual. Entonces todas esas cuestiones me afectan, igual creo que no es necesario trabajar en un hospital, uno sale a la calle y las ve. Pero en el hospital uno crea un vínculo con la otra persona, entonces uno a veces no llega a imaginarse cuál es la realidad y cuando la entendes es muy dolorosa. Independientemente de la patología, que pueda tener. Esa carencia tan estructural y tan espantosa que en muchos casos se traduce en carencias afectivas o de vínculos o de incapacidad de revertirlo, y uno sentir esta situación se va a perpetuar en el bebé que acaba de tener. Y la pregunta es ¿qué hacemos? Ver qué posibilidades hay. Eso sí me impacta, otras cosas por ahí no, las cuestiones institucionales sí me cansan, que no puedan resolver un montón de cosas agota pero no duele. La realidad de las personas sí duele, y sobre todo cuando uno la compara con la de uno, yo veo a mis hijos y me

imagino a los hijos de la otra persona y pienso “¡Hay Dios!”, eso sí me moviliza y me moviliza mucho la pobreza que cada vez es más horrible, o más general. Antes era alguna paciente cada tanto, ahora es en todos los casos no tener para comer.

Preguntas en relación a los derechos a los derechos sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres con discapacidad intelectual alojadas en dichos hospitales:

11. ¿Existen dentro de la institución programas específicos para mujeres o identidades gestantes?

**Respuesta:** Si existe lo desconozco, las veces que hemos acompañado a pacientes en esa situación lo hacemos nosotros desde el servicio como un equipo, es decir, como el equipo tratante de la paciente. No hay un equipo específico, como por ejemplo sí lo hay de trastornos de la alimentación. En los casos de embarazo el abordaje depende de cada equipo tratante. Desde la institución no hay. Lo que hacemos es apoyarnos en el Departamento de Trabajo Social en esos momentos, y es el área que toma las riendas. Igualmente uno va rotando quien es la cabeza de las decisiones en algunas cuestiones. En las cuestiones de maternidad nos apoyamos mucho todos en el Departamento de Trabajo Social. Las trabajadoras sociales dependen tanto del servicio que yo dirijo como también de un servicio propio que sería este Departamento que te mencioné. Es igual en el caso de Psicología, tienen su Jefe de Departamento propio y entonces los profesionales de Trabajo Social y de Psicología, trabajan como por decir con un “doble comando”, es decir, para el servicio de internación, de guardia o de externos dónde estén nombrados y para su Departamento.

Eso hace que también tengan un montón de programas que yo por ahí no los conozco. De todas maneras no nos pasó nunca con una paciente embarazada que se nos dijera “bueno, ahora llamen a tal, que es quien coordina el programa de maternidad”.

Si la respuesta es Sí:

11. A ¿Cuáles son y cómo se implementan? ¿Se construyeron en base a una perspectiva de género? ¿Existen protocolos de atención para mujeres gestantes dentro del Hospital?

**Respuesta:** No, no existe. Y como te decía la realidad de cada pacientes es diferente porque hay algunas personas que independientemente de su patología tienen muchas posibilidades, y otras que no. O son diferentes los acompañamientos desde afuera, entonces no sucede que porque alguien este embarazada directamente se comienza a trabajar distinto. En eso entendemos que cada una atraviesa una realidad diferente y debe ser abordada así. (NO APLICA)

11. B ¿Dichos programas contemplan variables de protección de sus derechos sexuales, reproductivos y/o de maternaje? ¿De qué manera lo hacen? ¿Talleres, conserjerías? ¿Acceso a métodos anticonceptivos? ¿Pueden verse con sus parejas? ¿De qué forma, dónde, son encuentros supervisados?

**Respuesta:** Cuando nosotros tenemos alguna paciente en edad fértil la mandamos directo al servicio de ginecología, y son ellos quienes dan toda la información sobre los métodos anticonceptivos. La verdad es que se están manejando mucho con el tema de los chips, salvo que hubiera alguna contra indicación puntual, que por lo general no, porque en las personas jóvenes no hay mayores problemas,

es muy seguro. Cuando una paciente ingresa al servicio nosotros abrimos enseguida el abanico de interconsultas, para todas las cuestiones clínicas y ginecológicas, que son todas las especialidades que nosotros no tenemos en el servicio, pueden ser: nutrición, gineco, y todos los estudios clínicos de rutina.  
(NO APLICA)

11. C ¿Existe un grupo especializado en el hospital que aborde el maternaje o los derechos sexuales?

(NO APLICA)

---

SOLO SI EXISTE:

12. ¿Cuándo, cómo y por qué surgió? ¿Cómo trabaja, que abordaje brinda?

(NO APLICA)

---

13. ¿Derivan a otras instituciones cuando alguna paciente está cursando un embarazo o luego de éste? ¿A cuáles? ¿Qué pasa con sus hijos una vez que nacen?

**Respuesta:** Sí, la articulación la hace más que nada ginecología. En el último trimestre del embarazo se empiezan a hacer los controles también fuera del hospital. No sé ahora cómo se están manejando, en este último año de pandemia que todo es diferente. Hace mucho que en el servicio nosotros no tenemos una paciente que este cursando un embarazo. Sí tuvimos casos que ingresan después de haber tenido un bebé; pero que esté cursando un embarazo hace ya un par de años que no. Ginecología atiende el embarazo con los controles necesarios hasta un momento en el que el parto puede ser esperable; y ahí se programa la atención fuera del hospital. Porque no se atienden nacimientos en el hospital, porque no están los cuidados para el bebé, digamos no hay neonatología no hay pediatría, ni tampoco hay una terapia intensiva si la mamá la requiriera entonces todos los nacimientos tienen que programarse fuera de la institución y se hacen con el Hospital Peña, o con el Hospital que les haya dado turno, el Peña siempre es el que tenemos más cerca. La paciente que yo me acuerdo que había tenido un bebé, estuvo allá con su bebé y después regresó a la internación, y lo iba a visitar a un hogar a dónde quedó alojado el niño.

Con los hijos de la paciente te diría que si la paciente está en condiciones de ser dada de alta y de asumir el maternaje se va con su hijo a su casa, como cualquier persona y listo. Hay pacientes que están en consultorios externos, en modalidad ambulatoria, como una paciente que tenemos que está embarazada, ella está bien, lo único nosotros trabajamos mediante notas con su obstetra y tuvimos que ir bajando de a poco la medicación. Fue un embarazo programado, con lo cual buscamos una alternativa farmacológica que no le haga mal al bebé, ella realiza sus controles obstétricos cerca de su domicilio, y viene a control de salud mental al hospital. Es decir, ella era paciente de nuestro servicio de internación, obtuvo el alta y ahora se atiende en nuestro mismo servicio pero en los consultorios externos, y ahora hace sus controles como cualquier persona digamos.

Ahora si una paciente vuelve a la internación, ahí si empieza todo un problema, si deja a su hijo y no hay un papá o una abuela que se pueda hacer cargo o que pueda asumir el rol de cuidador o de guarda, sí es probable que sus hijos terminen en hogares; y después sí te diría que es muy difícil la re vinculación y a veces uno ve pacientes y se da cuenta que va a ser imposible que eso funcione. Y no por un capricho, ni por hacer un juicio de valor, no existe la posibilidad ni la capacidad; y eso hace que un chico quede en un hogar 3, 4, 5 años y uno piensa “¿quién vela por los derechos de ese bebé?”. Nadie, ¿no?. Es muy difícil cuando una criatura va a un hogar.

A nosotros como profesionales nos piden informes, nosotros les informamos. Sí, la justicia nos pide, sí se trabaja en conjunto, se habla con el hogar, nos pregunta cómo vemos a esa mamá, qué hace. A veces pasa que viene y se va al patio a pintar las uñas, entonces llaman e informamos eso. Sí lo hablamos con ella, vemos qué pasa, sí va al hogar o por qué no va. A veces nos ponemos en contacto con el hogar porque una le da un permiso a una paciente, y no sabemos si va a llegar o no. A veces no llegan... Y vuelven y nos dicen “sí, lo vi, re lindo”, entonces uno tiene que tener comunicación e información del hogar para poder trabajar todas esas cuestiones.

Nos ha pasado varias veces, chicos que ingresan a un hogar con alguna orden judicial desde las guardias de los hospitales pediátricos, y mandan entonces a la madre a internar al Hospital Moyano. Cuando pasa eso, la madre no sabe por qué terminó en el Moyano, ni por qué su bebé quedó internado y a veces hay niños quemados con cigarrillos, con caderas fracturadas y una mamá muy psicótica o sin posibilidades de establecer contacto con la realidad. Y ese niño cuando se recupera va a un hogar, y empieza todo un proceso espantoso, y por dentro piensas ¿qué era peor? No sabes...

Sí, te diría que trabajamos bastante con los hogares, pero se trabaja individualmente, no es que hay algo estipulado de cómo se hace.

14. ¿Conoces si existen convenios firmados con otros Organismos en relación a la protección de sus sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres?

**Respuesta:** No lo sé eso. Sí, cada vez que hay una paciente que llega a la guardia, y dice “a mí me pasó esto, fui abusada o violada”, ahí sí existe un protocolo dónde le damos aviso a la policía, se revisa a la paciente con el equipo de ginecología. Sí, tenemos protocolos que en esas situaciones son más propios de la admisión o de la guardia. Es muy frecuente, porque muchas de nuestras pacientes vienen de estar en situación de calle, entonces la exposición y la violencia a la que pueden estar sometidas es muy grande. Y muchas tienen ese sentimiento de que no les gusta el hospital pero a la noche vuelven al hospital para estar protegidas... En esos casos se trabaja como cualquier hospital, donde llega alguien que dice “a mí me abusaron, a mí me violaron”, ahí hay que hacer la denuncia y avisar a la policía.

Ahora sí hay algún convenio con otras instituciones, no lo sé. Y al no estar en la parte de urgencias del hospital, hay muchas derivaciones que ya están tamizadas cuando la paciente llega al servicio.

15. ¿Cómo describirías la relación existente entre la legislación vigente en la materia y su implementación en términos de acceso real a la información y a la libertad sexual, reproductiva y de maternaje?

**Respuesta:** Y mira, con respecto al acceso a la IVE hasta te diría que es más fácil si vos sos paciente del hospital, de decir yo quiero practicarme un aborto y que eso sea escuchado, porque hay un servicio ginecología siempre disponible.

Sí vamos al derecho de criar a sus hijos, ahí ya es diferente. Porque en ese caso no estamos hablando de una persona y una única decisión, sino de dos personas y de una justicia que tiene que velar por el derecho de las dos. Y si yo te doy mi opinión, si alguien tiene que velar por los derechos de uno por sobre otro, tendría que ser por los del niño, antes que por los de los adultos. Solamente lo siento así, por las posibilidades y la vulnerabilidad; pero eso no sucede. Entonces cuando hay un niño judicializado, es porque no fue algo “chiquito” lo que sucedió fue algo grave, para que esto llegara a estas circunstancias y así como yo considero que estar en el Hospital Moyano, es estar en terapia intensiva, que una no llega al Moyano por una crisis existencial pasajeras, no son programas graves. Tanto cuando llegan al Moyano, como cuando una criatura es judicializada. Entonces la resolución de un problema tan grave requiere muchas intervenciones y mucha capacidad de recuperación. Porque hay pacientes que, independientemente del diagnóstico, no van a tener la posibilidad, aunque verbalicen un deseo y es muy difícil para alguien que no trabaja en salud entender que: que yo diga “yo quiero estar con mi bebé”, y diga “sí, lo re quiero criar”, esa afirmación puede estar a años luz de la capacidad concreta de hacerlo. E incluso a años luz de ser un deseo afectivamente comprometido, pero alguien que no trabaja en salud, cuando persona escucha a una mujer decir “yo quiero criar a mi bebé”, recorta eso y muchas veces esclaviza o recorta la posibilidad de una criatura de ser adoptable. Ahora otro panorama completamente distinto, una paciente que ha sufrido de abusos, marginalidad, que no tiene un mango, que no tiene educación, que la quisieron matar, que se quiso matar, pero afectivamente tiene posibilidades, uno va a ser todo como profesional para que eso pueda ser, para que eso pueda suceder. Pero es muy difícil porque tenemos que conseguir un hogar donde pueda ir con la criatura, y además no tener un brote porque si tiene un brote y vuelve al Moyano, la justicia ya tiene el ojo y dice “mirá lo que pasó” y hay muchas veces que uno ve una desconexión.

A veces pienso, no sé si la justicia tendría que estar metida en el hospital, o ellos tendrían que tener un equipo de salud mental, lo suficientemente ávido o que tenga la suficiente práctica encima para poder discernir estas cuestiones o poder gestionar ayudas concretas dónde corresponde. Que puedan articular y decir: “acá necesitamos 20 subsidios, una maestra de apoyo, una TO, porque esta mamá puede”. Creo que esto no sucede porque no hay recursos.

Ahora algo de eso se hace, pero más artesanal, redactando informes e interviniendo desde lo que consideramos mejor, y a veces la justicia nos escucha más y a veces menos. Y te diría que en esos casos, todo el servicio se apoya muchísimo en la trabajadora social, que es quien va a las casas, ve como funcionan las cosas fuera de nuestra mirada de hospital, y cuando vamos a las audiencias todos queremos

ir con ella; porque ella tiene una “pata en cada lado”, que nosotros cuando nos cita la justicia, siempre pensamos “hay que miedo”.

Pero posibilidades hay, cuando una paciente esta dentro del hospital a veces tiene más libertades que afuera, porque para una paciente muy pobre, muy marginal, todo es muy difícil, hasta llegar a un lugar adecuado a hacerse un aborto, por ejemplo. O de poder pedir algún recurso para que el sistema no se coma crudo a sus hijos, eso incluso también es más fácil estando en el hospital.

La realidad es que no sé cuanto acceso verdadero hay para estas pacientes cuando están fuera de la institución. Más allá que existan muchos organismos sociales, pero es todo a pulmón en todas partes.

16. ¿Cómo institución tienen algún tipo de vínculo con las asociaciones civiles de familiares de personas internadas por padecimientos mentales? ¿Esta temática de derechos sexuales y reproductivos la trabajan de forma conjunta?

**Respuesta:** Yo creo que principalmente con formación de todos nosotros, porque cuando yo digo metamos alguien de la justicia en el hospital o mandemos a alguno de nosotros a acompañar a la justicia para buscar mejores decisiones, creo que lo digo porque nos falta el conocimiento del modo de trabajar del otro lado. Si todos estuviéramos mejor formados otra sería la situación. Que Gabriela (que vos la entrevistaste) ha llegado a nuestro servicio fue una joya, porque tiene otra formación, otra perspectiva, sobre todo en el Área de Psicología, que hay mucha gente mayor... Es un hospital que si bien dentro de todos los jefes somos bastante jóvenes, no somos los suficientemente jóvenes como para haber tenido esta formación. Esta formación yo recién la estoy adquiriendo, me estoy empapando de esto ahora, a partir de estar estudiando la especialización en Infante Juvenil y porque esta Gabi en el servicio. Sino yo te diría que en la facultad de medicina yo no tuve nada de formación en género. Ni tampoco la tuve en la residencia, yo hice la residencia del 2004 al 2008, y había muchas cuestiones mal resueltas en torno a los abusos, a las violaciones y todo lo que tuviera que ver con los protocolos al ingreso hospitalario. Por esa falta de formación se nos mechaba lo profesional con las posturas personales. Cuando uno esta formado la opinión personal es una cosa y la profesional es otra. Lo que nos falta es formación, tanto del personal de salud, cómo de la justicia. Porque tenemos a veces gente de la justicia mucho más joven con muy buenas intenciones, con ganas de defender todo lo que dice la Ley de Salud Mental, pero nosotros pensamos “¿de qué me hablas?”, si es imposible. A una paciente que no toma la medicación, que no tiene casa, que no tiene comida, que se come su propio excremento, que estupidez están planteando de que va a poder ir a una habitación de un hotel con un subsidio. Pero esto pasa porque no entienden nada de lo que es la clínica, porque no vieron una paciente nunca, y escuchan separadamente lo que dice y se pierden de observar el día a día de esta mujer. A ellos también les falta formación, entonces antes de poner más personal, la herramienta sería formarnos a los mismos que somos para que vayamos cambiando nuestra forma de actuar. Y si tenemos más información nosotros podemos dar más información, y se nos ocurren más cosas, lo que yo no sé a priori no se me va a ocurrir al momento de trabajar. Por eso yo elijo siempre tener en mi equipo a gente más joven y

que esté más formada que yo, para seguir creciendo. Creo que esa es la clave, formación, educación, pero buena, no algún curso que te manda el Gobierno que es obligatorio, algo concreto y bueno.

17. ¿Cómo piensas que sería la mejor manera de intervenir para abordar la problemática de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres alojadas en los hospitales monovalentes?

**Respuesta:** No sé, mira concretamente no nos ha pasado que una paciente recién internada nos diga “quiero irme a practicar un aborto”, eso no nos ha sucedido. Pero sí te digo que tenemos las herramientas para manejarlo, nos ha pasado pacientes que han tenido bebés, que algunos fueron dados en adopción, otros quedaron bajo su cuidado, otras experiencias fueron un desastre, digamos hemos tenido experiencias múltiples, con distintos resultados, creo que de todas aprendimos, muchas veces a costa de lo que les pasó a las criaturas. Porque a veces el pronóstico de las mamás, era el mismo, con o sin esa criatura, pero el de la criatura no. Vimos pasar niños 4 o 5 años en un hogar a un niño, vimos chicos fracturados, hemos visto un montón de cosas. No es que yo sea una defensora acérrima de los niños, pero sí es algo que a mí me impacta mucho que cuando alguien tiene un hijo, no es ya solo esa persona, pasa a ser alguien y otra persona, entonces lo que se intenta es como uno puede tratar de intervenir desde un costado que pueda beneficiar al conjunto. Y la verdad que eso es muy difícil, es un tema muy sensible. Y no es algo para generalizar, cada caso es totalmente individual, porque las personas son diferentes y las posibilidades que tienen, afectivas, vinculares son distintas. Eso, nada más. Yo creo que siempre que haya un problema de salud mental, el acompañamiento tiene que ser muy artesanal y a la medida, sino sería como ponerse dientes postizos o un yeso de otra persona, sería muy duro.

18. Ya estamos terminando la entrevista, ¿hay algún dato o comentario que le parece importante y que quisiera agregar?

**Respuesta:** No, creo que conversamos de todo.

Muchísimas gracias por su disponibilidad y tu amabilidad, si me surgiera alguna duda o consulta en base a la entrevista, me contactaré nuevamente con usted para aclararla.

## CUESTIONARIO PARA LA ENTREVISTA

### Datos del entrevistado/a (Perfil sociodemográfico)

**1. Nombre y edad:**— G— 37 años

**2. Hospital:** Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Braulio A. Moyano

**3. Título de grado:** Lic. en Psicología (finalizó en el año 2014)

**4. Especialización:** Posgrado en Psicología Cognitiva Conductual y Especialista en Sexología

**5. Función en el Institución:** Psicóloga en uno de los 16 servicios de internación de mediano plazo.

Sin embargo, en la práctica atendemos pacientes que tienen todo tipo de tratamientos, también largos. Es decir, vemos pacientes con internaciones de 6 meses a un año, que sería internaciones de mediano tratamiento y honestamente también hay pacientes que están internadas hace 15/20 años en el mismo servicio. Más que nada porque no hay afuera una red que las pueda sostener, como por ejemplo

una familia, u otro tipo de red vincular o bueno por falta de dispositivos preparados para recibir a esas pacientes, como pueden llegar a ser casas de medio camino, en definitiva faltan otros dispositivos además del hospital, entonces muchas veces si tenemos pacientes internadas hace años es porque no hay dónde derivarlas o no existe una casa con una familia que las pueda hospedar, albergar y darles algo de asistencia. Entonces yo lo que hago es atender a algunas pacientes, son 30 en mi servicio, también superviso a otros psicólogos que son concurrentes o residentes y son rotantes, usualmente tenemos de 2 a 5 rotantes (que pueden rotar de 6 meses a un año), coordino lo que hacen ellos, actividades grupales que organicen, intentamos hacer una por día y además coordino las asambleas de convivencia. Y atiendo pocas pacientes, soy la psicóloga individual de 4 usuarias. Después usualmente las atienden los psicólogos rotantes y yo los superviso. Así que un poco podría decirte que superviso los tratamientos de todas en el área de Psicología de mi servicio, y soy psicóloga tratante de unas pocas.

**6. Años en el Hospital:** Desde el 2015 como residente y en el 2019 concursé y quedé como psicóloga de planta. Es decir, casi 5 años y medio.

**7. ¿Eligió ocupar este lugar?:** Sí, yo comencé como residentes porque me interesaba la clínica en hospital y luego concursé el cargo.

Preguntas en relación a los derechos de las personas alojadas en Hospitales Monovalentes, en base a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657:

6. ¿Qué marcos normativos existen en la Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires en particular, para proteger los derechos de las personas con discapacidad intelectual alojadas en los hospitales monovalentes? ¿Y de qué forma se implementan en la institución en la que trabajas? ¿Qué opinión tenés sobre la Ley Nacional de Salud Mental? ¿Qué opinión crees que tienen los profesionales de tu institución sobre esta ley?

**Respuesta:** Tenemos la Ley Nacional de Salud Mental, el código de ética profesional de los psicólogos, la Ley del Consentimiento Informado y la Convención de los derechos de las personas con discapacidad, las implementamos en todo lo que podemos en nuestro trabajo, digamos todos los días en nuestra práctica.

Depende bastante del servicio, yo te puedo contar dentro del mío, yo estoy a favor de la ley pero si hay varios psiquiatras que no están muy de acuerdo ideológicamente con la Ley Nacional de Salud Mental. Además pienso que hay algo que se está intentando llevar más a la práctica hace unos años que es muy valioso y es que las usuarias sean más dueñas de sus tratamientos, como que intentamos voluntarizar más los tratamientos en ese sentido. Usualmente ingresan por guardia por alguna descompensación psicótica o alguna ideación auto lesiva y normalmente las internaciones se hacen involuntarias, y a mí me parece muy importante que se voluntaricen, que las pacientes puedan estar voluntariamente internadas porque creo que cambia también la implicancia de la usuaria en su tratamiento; esto a veces es posible y a veces no. Porque realmente hay quienes están muy desorganizadas y son peligrosas para sí mismas entonces lo que se hace es internar para resguardar su integridad.



De todas maneras siempre el servicio intenta que las usuarias sepan qué tratamiento están haciendo, desde el lado de los tratamientos farmacológicos sepan para qué es y qué objetivo tiene la medicación; y del lado terapéutico también intentando que puedan poner sus preguntas en palabras, en esto intentamos tener como método de trabajo un acuerdo socializado con todo el área.

Yo particularmente en relación a la ley pienso que tiene que ser implementada, sin embargo con respecto justamente al punto del cierre de los hospitales monovalentes pienso que sería una pérdida de un recurso muy grande si simplemente cierran. Porque hoy por hoy no hay una red de asistencia, ni de efectores, no hay personal tan especializado en las áreas de psiquiatría de los hospitales generales como sí los hay en los hospitales monovalentes. Muchas pacientes con internaciones de mediano plazo son derivadas de otros hospitales o de clínicas privadas al H. Moyano debido a la complejidad del caso. Porque bueno, en nuestro hospital estamos acostumbrados a trabajar con trastornos mentales muy severos, y también estamos acostumbrados a que ese cuadro suele venir acompañado de una problemática familiar, vincular, social grande.

Entonces pienso que los hospitales monovalentes en lugar de ser cerrados como propone la ley, estaría bueno que sean reformulados con un acceso y una perspectiva un poco más comunitaria. Pero no cerrarlos directamente. Por otro lado, pienso que tiene que haber necesariamente otro tipo de opciones, si queremos alternativas a las internaciones, porque hoy por hoy en el hospital si hablamos de pacientes internadas yo creo que bastante más de la mitad estarían en condiciones de estar dadas de alta, pero no hay suficientes casas de medio camino o los requerimientos que nos hacen son loquísimos.

Como por ejemplo, tenemos pacientes que tienen trastornos psicóticos y las casas de medio camino te ponen como requerimiento que en 6 meses pueda acceder a un trabajo, y eso sabemos que no va a pasar. Entonces tampoco hay dispositivos alternativos de asistencia fuera del hospital monovalente para personas con trastornos mentales severos. Nosotros siempre queremos darle el alta a las pacientes pero no es una tarea sencilla. Es algo que yo siempre escucho cuando digo que trabajo en el Moyano, y es que me dicen que las pacientes están encerradas y la verdad es que nada que ver. Sino fuera por la pandemia absolutamente todas las pacientes tienen permiso de salir, y ellas mismas no se quieren ir del hospital porque no tienen dónde, sus alternativas son el hospital o la calle usualmente. Entonces pienso que los hospitales no deberían ser cerrados, deberían ser reformulados, y que tienen que crearse nuevos dispositivos y alternativas orientadas a la rehabilitación de las usuarias para que podamos tener menos internaciones. Pero si hoy por hoy cerramos los hospitales monovalentes, esas usuarias van a convertirse en personas en situación de calle.

7. ¿En tu institución hay personas en contexto de internación prolongado? ¿Conoces qué cantidad o porcentaje de la población del Hospital esta internada hace largo tiempo y que otra cantidad o porcentaje realiza tratamientos ambulatorios?

**Respuesta:** Yo creo que aproximadamente deben ser 800 mujeres las que están en contexto de internación. Y creo que debe un número parecido, cerca de 800 mujeres las que se atienden por

consultorios externos. Sumando también el hospital de día y los servicios de guardia, más o menos damos asistencia a 1.600 mujeres de forma mensual.

8. ¿La población del hospital está conformada exclusivamente por mujeres? ¿Existen personas que se autoperciban con otras identidades?

**Respuesta:** Sí, la población es de 100% mujeres. En todos los servicios por los que yo he estado siendo residente, que uno rota, porque estás 6 meses u 8 meses y vas pasando, creo que he atendido dos mujeres trans que estaban internadas en el hospital, y ninguna más. La verdad es que se ve muy poca disidencia de género en el hospital.

Preguntas en relación a las representaciones sociales del/la profesional entrevistado/a

9. ¿Cómo describirías a las mujeres que se atienden en el Hospital, que características tienen? ¿Cómo se suelen referir a ellas? ¿Qué edad tienen mayormente? ¿Cuáles son los diagnósticos que más frecuentes atienden? ¿Con qué tipo de terapias trabajan? ¿Trabajan de forma interdisciplinaria? ¿Qué perspectiva tiene el hospital o sus profesionales sobre los tratamientos farmacológicos?

**Respuesta:** Yo como primera cosa te diría que tienen en común la marginalidad, dificultades y necesidades socio-económicas y una pobre o escasa red vincular por fuera del hospital; y en los casos en los que no es pobre o escasa no suele ser sana, tenemos pacientes internadas que en su casa vivían situaciones de violencia o que su familia ha abusado de ellas.

Nos referimos a ellas como pacientes, y también solemos usar la palabra usuarias.

En relación a las edades te diría que en este momento tenemos algunas pocas que tienen alrededor de 20 años, y la mayoría tendrá alrededor de 50 años, como para hacer un promedio.

El diagnóstico más frecuente es el de esquizofrenia, con distintos subtipos suelen ser esquizofrenia desorganizada o paranoide, esa es la presentación más usual; después tenemos internaciones más cortas de personas que por su patología pueden ser externadas más rápido, como los casos de trastorno límite de la personalidad, quizás el riesgo en esos casos es menor, o en un trastorno bipolar, el riesgo también suele ser menor.

Sí, trabajamos de forma interdisciplinaria siempre. Todas las usuarias tienen un médico psiquiatra, más un o una psicóloga y tenemos una trabajadora social, asignada al equipo, que lamentablemente es una sola para las 30 usuarias, que entonces hace de todo y hace básicamente lo que puede. Realmente necesitaríamos más Trabajadoras Sociales... Durante un tiempo tuvimos dos terapeutas ocupacionales y una músico terapeuta, que lamentablemente ahora fueron asignadas a otro servicio, porque no hay tanto recurso humano, no hay tantas TS, o TO de planta, nunca es más de una por servicio. Entonces lo que hacemos es si vemos alguna necesidad en particular de TO o musicoterapia la tenemos que pedir individualmente. Yo creo que debería haber una por servicio.

En relación al tratamiento farmacológico te puedo decir que en las patologías que nosotros atendemos es muy necesario para que las usuarias puedan estar estables, y también porque nos permite a los terapeutas trabajar cuestiones un poco más complejas, porque si la persona está estabilizada psiquiátricamente, podemos trabajar los vínculos, los planes que tenga, podemos trabajar en no sé,

alguna motivación que tenga en la vida o resolver alguna situación; en cambio si la persona está desorganizada psiquiátricamente es muy difícil. Muchas veces la medicación farmacológica suele ser un tratamiento crónico, es cómo si alguien tuviera diabetes o hipotiroidismo. En la esquizofrenia tomar medicación suele ser condición de que la persona no se descompense, entonces yo lo veo necesario y casi que te diría habilitante para que los psicólogos podamos hacer nuestro trabajo.

10. ¿Te impacta trabajar en un Hospital de Salud Mental, en tu vida personal, de qué manera?

**Respuesta:** Sí, sin dudas. Pero con los años uno va aprendiendo a sobrellevar esas cuestiones, las trabaja en su terapia y en las situaciones que te sobrepasan como profesional es importante supervisar el caso.

Preguntas en relación a los derechos a los derechos sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres con discapacidad intelectual alojadas en dichos hospitales:

11. ¿Existen dentro de la institución programas específicos para mujeres o identidades gestantes?

**Respuesta:** Mira no hemos tenido demasiados casos de mujeres gestantes. Sí, lo que se hace porque son todas mujeres las que están en el servicio es tener en cuenta que se hagan todos sus controles ginecológicos y los lleven al día; contamos con un buen servicio de ginecología que también les ofrece métodos anticonceptivos gratuitos, de hecho a muchas se les ha colocado el implante o el chip anticonceptivo, siempre que la paciente quiera y brinde su consentimiento.

De hecho tengo alguna que otra paciente, te hablo de excepciones, que por ejemplo son vírgenes y se niegan a hacerse los chequeos ginecológicos, no quieren hacerse el PAP o alguna ecografía transvaginal, y se respeta, si la paciente no quiere no se le hace, no es que se la obliga. Pero si intentamos que todas las pacientes tengan su chequeo anual y muchas veces por la marginalización de la misma población nos llegan pacientes adultas que nunca han recibido una revisión ginecológica.

Particularmente cómo yo soy sexóloga suelo dar talleres una vez al año, o una vez cada 6 meses, que yo los hago generales, porque lo que más me interesa es poder contestar preguntas anónimas que las pacientes hacen, ponemos en una cajita y ahí ellas las colocan. Hemos hablado en esos talleres de la violencia de género, de cómo cuidarnos, pero lo más interesante es despejar las preguntas que surgen de ellas. Pero no creo que esto mismo sea haga en todos los servicios, sé que por ejemplo en hospital de día en una época se hacía, dónde estoy yo las hacemos pero no creo que se hagan en todos.

Si la respuesta es Si:

11.A ¿Cuáles son y cómo se implementan? ¿Se construyeron en base a una perspectiva de género? ¿Existen protocolos de atención para mujeres gestantes dentro del Hospital?

**Respuesta:** No son programas formales, sino talleres auto gestionados por el servicio en el que trabajo.

En mi servicio te diría que sí, que los profesionales contamos con formación y con perspectiva de género, la jefa del servicio en el que yo trabajo [son muy pocas jefas mujeres en los servicios, muy pocas] tiene mucha formación en género y en sexualidad integral. Es una persona muy flexible y muy

abierta, ósea lo que no sabe lo pregunta, a veces se cuestiona a si misma sí está haciendo las cosas bien, plantea de qué otra manera se puede hacer y lo debate con el equipo, y tiene una posición muy humana con respecto a las mujeres que están internadas en el servicio; y eso es compartido por lo menos por todos los profesionales del servicio.

Te súper confirmo que todos los jefes de servicio son hombres en un hospital de mujeres, no sé me ocurre en este momento ninguna otra mujer que sea jefa de servicio, sé que existe alguna jefa de guardia; pero jefa de servicio, la jefa mía, creo que es la única. Yo soy egresada de la UBA, y el 93% de las egresadas de psicología son mujeres e igualmente todos los jefes de cátedra son hombres. Esto refleja que seguimos teniendo un “techo de cristal”, ¿no?. Aún si nos formamos mucho, incluso si nos formamos más que los varones, a ellos se les ofrecen más oportunidades y esto en el hospital se ve.

Otro dato es que los jefes de servicio, a diferencia de lo que dice la Ley de Salud Mental, son todos médicos psiquiatras, y cuando se abre la convocatoria para jefes de servicio, se abre exclusivamente para psiquiatras. Hay muchas psiquiatras mujeres que no llegan a ser jefas de servicio, en cambio los puestos de psicólogas de planta si suelen ser ocupados en su mayoría por mujeres, son muy pocos hombres psicólogos, más o menos 90% mujeres y un 10% varones.

No sé si existen protocolos para mujeres gestantes, hasta dónde yo sé creo que no hay.

11.B ¿Dichos programas contemplan variables de protección de sus derechos sexuales, reproductivos y/o de maternaje? ¿De qué manera lo hacen? ¿Talleres, conserjerías? ¿Acceso a métodos anticonceptivos? ¿Pueden verse con sus parejas? ¿De que forma, dónde, son encuentros supervisados?

**Respuesta:** Bueno como te decía no son programas, sino talleres que yo realizo, pero a mí haberlos hechos me reconfirma la importancia de la educación sexual integral (ESI), porque hay muchas creencias que tienen estas mujeres que veo que son nociones erradas y cosas cliché, de una mujer que no tiene demasiada información respecto de la sexualidad, como por ejemplo hablamos del consentimiento y muchas no tienen ni idea de lo que es. Tienen la idea de que el hombre manda, piensan que el hombre está mucho más en contacto con su sexualidad y por eso es infiel, que una tiene que cuidarlo, que una no puede elegir porque eso sería ser promiscua, que haber tenido sexo con más de una persona en la vida es ser promiscua, no tienen información sobre cómo cuidarse de las enfermedades de transmisión sexual, tienen la idea errónea que los métodos anticonceptivos de barrera solo previenen el embarazo. Una idea generalizada es que al hombre usar preservativo no le gusta, entonces si una le exige se va con otra... Son cosas que estamos trabajando.

Más allá de la sexualidad en todos los talleres o grupos que hicimos también intentamos hacer hincapié en el empoderamiento femenino, porque creo yo qué por la marginalidad, es decir, son mujeres usualmente pobres y que tienen un problema psiquiátrico, no suelen ser oídas y son invisibilizadas. Intentamos hablar de que ellas son valiosas, que sus creencias y sus valores son importantes, que su deseo es importante. También tratamos de abordarlo desde el taller de literatura, del taller de arte. Porque creo que se autoperciben con muy poco poder ellas.

Antes de la pandemia obviamente podían tener encuentros con sus parejas cuando salían del hospital, pero ya hace un año que por la situación epidemiología no tienen salidas. Ahora con la pandemia por normativa están prohibidas las visitas y las salidas. Si hay alguna situación excepcional, por ejemplo si algún familiar la está pasando mal o está enfermo algún hijo hacemos excepcionalmente lo que son encuentros en una sala que tiene una puerta de vidrio de separación.

Si hablamos de antes de la pandemia, las usuarias tenían permiso para salir; las que eran más autónomas, van a misa afuera, van a ver a sus familias, ven a sus hijos o a sus parejas si tienen, van a hacer trámites; y las que cursan una internación más aguda, que tienen mucha sintomatología y no pueden ir y venir, porque necesitan un poquito más de asistencia, tenían permisos por día, que eran permisos acompañados. Algún familiar las viene a buscar y según el cuadro se las autoriza a irse determinada cantidad de días. Esto lo hacemos no solo para mantener el vínculo sino cómo parte del tratamiento, es importante que las herramientas que la paciente va aprendiendo las vaya implementando en su casa. Nos parece muy importante que una paciente no pase una larga internación sin salir, porque genera una desadaptación al ambiente, a la sociedad. Siempre estamos orientando nuestras intervenciones a que puedan estar afuera el mayor tiempo posible. Bueno, esto cuando es posible siempre se hace.

11.C ¿Existe un grupo especializado en el hospital que aborde el maternaje o lo derechos sexuales?

**Respuesta:** No

---

SOLO SI EXISTE:

12. ¿Cuándo, cómo y por qué surgió? ¿Cómo trabaja, que abordaje brinda?

**Respuesta:** NO APLICA

---

13. ¿Derivan a otras instituciones cuando alguna paciente está cursando un embarazo o luego de éste? ¿A cuáles? ¿Qué pasa con sus hijxs una vez que nacen?

**Respuesta:** No es frecuente que haya pacientes embarazadas en los servicios de internación, yo nunca tuve. Sé que hubo una en un servicio porque yo la veía, eso sucedió cuando yo era residente, pero no era mi paciente, cómo para contarte cómo se trabajó. Sé que era una paciente que quiso dar a su hijo en adopción, y que tuvo su parto y luego fue acompañada de su psicóloga y su psiquiatra un par de veces a verlo a un hogar dónde estaba este bebé. Pero me enteré que luego no se quiso vincularse más. Es la única paciente que vi en estos años que transitó el embarazo estando en internación.

No sé si se deriva a una institución específica cuando se dan estos casos, la verdad que no lo sé.

Mira con las pacientes que están en edad reproductiva siempre charlamos sobre una creencia que está muy instalada en las pacientes en general que es que si una toma medicación psiquiátrica no puede tener hijos, que quizás es una creencia que ha escuchado por desconocimiento de lo que significa

tomar medicación o quizás algún médico o alguna médica con alguna idea muy antiguada les ha dicho, la verdad es que no sabemos. Pero existe en ellas esta pregunta, lo que siempre intentamos transmitir es que sí se pueden tener hijos pero que tiene que ser charlado muy abiertamente con su médico psiquiatra y el resto del equipo, porque hay algunas medicaciones que pueden ser realmente dañinas para el embarazo, pueden hacer que no llegue a término o crear deformaciones en el feto. Entonces sí pueden quedar embarazadas, pero para hacerlo cuidado no sé tiene que ni hacer en silencio, ni seguir tomando la misma medicación que no sabemos que efectos tiene, ni se tiene que suspender la medicación de un día para el otro por quedar embarazada, porque una paciente descompensada y embarazada tampoco es una paciente sana, ni para ella misma, ni para su embarazo.

Entonces eso sí trabajamos mucho, y en la actualidad hay una paciente que se atiende por consultorios externos, que fue paciente de nuestro servicio de internación y ahora fue dada de alta y viene a atenderse en los consultorios externos, y ella está buscando un bebé con su pareja. Es una paciente a la que se le redujo la medicación y se le cambió a una dosis mínima que puede tomar de la medicación menos nociva, pero que le sirva para permanecer estable. De todas maneras todavía no ha quedado embarazada, pero sí la idea es que estas decisiones siempre se puedan conversar con el equipo tratante.

La pregunta por sí ellas pueden maternar, no es algo que surja mucho porque como te decía anteriormente, tenemos una población de alrededor de 50 años, entonces los hijos que tienen ya suelen ser grandes, y algunos de esos hijos están en un vínculo cercano con sus madres, y las llaman o las quieren ver, y también como creo que pasa muchas veces (independientemente de que sean pacientes psiquiátricas) hay hijos que no quieren saber nada con sus madres. Pero por lo general, la mayoría tiene hijos ya adultos. Nosotros no nos involucramos en esas decisiones porque entendemos que un adulto ya puede decidir si quiere o no vincularse, sí ayudamos en el caso que quieran, gestionando una video llamada, por meet o por zoom, pero no podemos obligar a las personas; al contrario si nosotros le decimos al hijo que sí o sí tiene que vincularse con ella, puede tornarse aversivo, entonces intentamos trabajarlo de esa manera con ellas, explicando que ya es un adulto y decide.

14. ¿Conoces si existen convenios firmados con otros Organismos en relación a la protección de sus sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres?

**Respuesta:** Creo que no...

15. ¿Cómo describirías la relación existente entre la legislación vigente en la materia y su implementación en términos de acceso real a la información y a la libertad sexual, reproductiva y de maternaje?

**Respuesta:** Yo creo que desde lo médico se les da la información acorde, es decir, ellas tienen acceso a hablar con sus ginecólogas, tienen acceso a preservativos que están siempre ubicados en el hall central para que ellas los tengan al alcance, tienen acceso a charlar con su médica y con su psicóloga acerca de quedar o no embarazadas, ese acceso con respecto a poder cuidarse diría que está garantizado.

Lo que sí sucede es que por la patología de las pacientes esa información no se aprende del todo, una paciente puede ser que este un poco escindida en su personalidad, o tenga algún trastorno en el proceso cognitivo, y quizás no pueda hacer uso pleno de sus facultades o quizás alguna tenga una estructura psicótica y por sus manifestaciones delirantes puede que se les dificulte entender lo que implica ser madres.

Después con respecto a las pacientes y sus deseos sexuales, si tienen un vínculo afuera (exceptuando ahora que estamos en pandemia) es algo de lo que muchas veces conversamos y charlamos, para nada es algo prohibido o tabú. Las pacientes muchas veces tienen vínculos afectivos, alguna que otra vez son dentro del hospital, eso suele suceder, se charla y listo. Claro, vínculos sentimentales entre las usuarias. Eso lo manejamos hablando libremente del tema, siempre intentando primar el respeto, el consentimiento, la no violencia y los cuidados.

Con el tema del derecho a acceder a la IVE, por el hecho de estar en internaciones de mediano y largo plazo no nos ha pasado de tener alguna persona que efectivamente quiera interrumpir un embarazo, cómo para plantear ese debate. No nos ha pasado. Sí, te puedo decir que lo hemos hablado con colegas de Trabajo Social, en un grupo de WhatsApp que tenemos, en el que intentamos estar todas las mujeres que trabajamos en el hospital, para charlar cuestiones de violencia institucional, laboral o violencia de género; como para apoyarnos entre nosotras.

Entonces muchas veces hablamos en un zoom que hacemos una vez al mes todas las trabajadoras, de que sí se tiene que llevar a cabo una interrupción voluntaria del embarazo es una cuestión muy difícil, en el hospital en sí no se hace porque no contamos con los equipamientos de los hospitales generales, porque usualmente todos los médicos son psiquiatras y algún que otro médico clínico de guardia, nada más.

16. ¿Cómo institución tienen algún tipo de vínculo con las asociaciones civiles de familiares de personas internadas por padecimientos mentales? ¿Esta temática de derechos sexuales y reproductivos la trabajan de forma conjunta?

**Respuesta:** No, la verdad que no.

17. ¿Cómo pensás que sería la mejor manera de intervenir para abordar la problemática de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres alojadas en los hospitales monovalentes?

**Respuesta:** Yo creo que es importante considerar que la salud integral y la sexualidad son transversales a todo el desarrollo de la vida de la persona. La sexualidad debe ser comprendida mucho más allá del encuentro sexual. Entonces creo que en todos los ámbitos de la vida está en juego la sexualidad. En ese sentido, no se puede pensar ninguna disciplina que intervenga sin perspectiva de género, ninguna disciplina de la salud creo que yo puede estar exenta de comprender la dinámica de poder entre los hombres y las mujeres, las violencias inherentes a las relaciones, la marginalización de las mujeres, la brecha que tenemos con los hombre en el acceso a las oportunidades; es una lucha que todas tenemos que dar, por otras mujeres y por otras niñas.

Respecto a la salud, te puedo decir que las formas de violencia tienen mucho que ver con la forma de enfermar que tienen las mujeres; los estereotipos de que somos quienes tenemos que maternos, mantener los vínculos afectivos, de cuidado, trabajar y ser productivas, esto marca que la salud de la mujeres se ve totalmente empobrecida.

Y te diría más, ninguna profesión debiera trabajar sin perspectiva de género, ni un contador. Realmente no creo que sea algo que suceda pronto, pensando en los jefes del hospital, que suelen ser hombres mayores, de 50 o más. No creo que ellos compartan mi visión. Sí creo que los profesionales más jóvenes y más las mujeres están interesadas en qué trabajar con perspectiva de género.

Porque en un hospital de mujeres, y con una población que tiene esta carga de marginalización importante, que es la población que tiene trastornos mentales severos, y más pensando que es una institución pública entonces tiene una población empobrecida no podemos no trabajar con perspectiva de género o de disidencia y diversidad. Tenemos que pensar en eso, porque nuestras mujeres son las que están más atravesadas por estas violencias.

18. Ya estamos terminando la entrevista, ¿hay algún dato o comentario que le parece importante y que quisiera agregar?

**Respuesta:** La verdad que creo que me preguntaste un montón de cosas muy interesantes, que me hicieron pensar y estuvo muy bueno. Si me gustaría resaltar la importancia de que a los profesionales de la salud y más a los de la salud pública se les exija formación obligatoria en perspectiva de género. Yo cuando me recibí en 2014 de psicóloga en la UBA, los estudios de género solo estaban contemplados en una materia optativa de la carrera y no creo que podamos estar trabajando con salud, con mujeres que padecen, con mujeres que viven en entornos violentos o con familias violentas (pensando que más o menos 1 de 4 o 1 de cada 5 mujeres ha sufrido un abuso sexual en la infancia) sin esa información, no entiendo entonces cómo no es obligatorio contar con una formación en género importante durante la carrera.

19. ¿Conoces a alguien que consideras que sería valioso entrevistar en relación a este tema? ¿Podrías ponerme en contacto con esa persona?

**Respuesta:** Sí, te voy a pasar varios contactos, desde la jefa de mi servicio a varias colegas.

-Muchísimas gracias por su disponibilidad y tu amabilidad, si me surgiera alguna duda o consulta en base a la entrevista, me contactaré nuevamente con usted para aclararla.

## CUESTIONARIO PARA LA ENTREVISTA

### Datos del entrevistado/a (Perfil sociodemográfico)

1. **Nombre y edad:** D, 39 años.
2. **Hospital:** Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Braulio A. Moyano
3. **Título de grado:** Lic. En Trabajo en Social (finalizó sus estudios en el año 2010)
4. **Especialización:** varias diplomaturas, una recientemente en CLACSO, titulada “Salud, gestión en políticas públicas de salud y soberanía internacional”.



5. **Función en la Institución:** Lic. En Trabajo en Social (TS), en el sector de hospital de día.
6. **Años en el Hospital:** 3 años, ingresó en el 2018.

7. **¿Elegió ocupar este lugar?** Si, concursé el cargo. Y la jefa del departamento me eligió observando mi CV para ocupar el lugar que tengo, entendiendo que iba a ser el más provechoso para mí y para las usuarias. Yo tenía mucho trabajo hecho a nivel comunitario así que estoy desde que arranqué en hospital de día, ahí formo parte de un equipo interdisciplinario súper comprometido, muy bonito es el laburo que hacemos. Tenemos enfermería, TO (terapista ocupacional), músico-terapeutas, profesionales de la psicología, psiquiatría y yo que soy la única TS (en el Hospital, en todos los servicios hay uno o una sola TS). Yo particularmente hago de todo, desde cuestiones que pueden ser más ligadas al asesoramiento, fortalecer derechos, gestión de trámites, es decir, de cosas más concretas hasta lo que es promoción de derechos. Por ejemplo, desde un lugar de talleres organizamos salidas comunitarias. Se labura de manera individual, con referentes de la familia ampliada de las usuarias, o referentes afectivos (una amiga, la vecina, otros apoyos). Una vez al mes, me toca lo que sería la guardia del Servicio de Trabajo Social, es decir, el departamento de Trabajo Social tiene sus 6 hs de atención, de 9 a 15 hs más o menos, y cuando estás ahí te toca recibir y aceptar todos los casos.

Preguntas en relación a los derechos de las personas alojadas en Hospitales Monovalentes, en base a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657:

6. ¿Qué marcos normativos existen en la Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires en particular, para proteger los derechos de las personas con discapacidad intelectual alojadas en los hospitales monovalentes? ¿Y de qué forma se implementan en la institución en la que trabajas? ¿Qué opinión tenés sobre la Ley Nacional de Salud Mental?

**Respuesta:** A nivel nacional conozco la Ley de Salud Mental, la 26.657; la Ley de derechos de los pacientes y el consentimiento informado, la 26.599; la Convención Internacional de los derechos para las personas con discapacidad, esas como más generales. Bueno, también la modificación del Código Civil, del 2015. Y de la Ciudad tenemos la 152, la Ley básica, esa fue en el '99 y un año después tuvimos la Ley de Salud Mental de la Ciudad.

-Sí, en el hospital cada pabellón es distinto, porque cada pabellón tiene su jefa o jefe de servicio, la mayoría son personas auto percibidas como hombres, y tienen su propio equipo; por eso en cada uno se trabaja de forma distinta, es medio como un feudo, cada uno es empleado de su señor o señora feudal. Nosotros en hospital de día, en eso somos afortunados, es un equipo que está bastante empapado de las leyes y en general está abierto a re cuestionarse y re pensar algunas cosas. Inevitablemente aunque no lo quieras el contexto te va llevando a ayonarte, o un compañere que hace un poco más de fuerza lo va logrando, inevitablemente sucede. Con más de 10 años de esta Ley (LNSM), no te queda otra que apropiarla, si bien hubo movimientos en contra que hicieron bastante lobby para que no saliera, creyendo que la ley iba en contra de los hospitales monovalentes y eso iba en contra de nuestro trabajo; pero por suerte de los colegas de mi servicio nadie opina así, que eso ya es un montón.

Partimos de la base de la ley como te decía, pero además para entrar a nuestro servicio tenemos nuestro propio consentimiento informado, es bastante simple, dice en qué consiste nuestro servicio, cuáles son las reglas, los requisitos, y le damos abrochada una copia de la Ley Nacional de Salud Mental, se lo hacemos firmar a la persona que viene a recibir al tratamiento y a cierto referente afectivo, más que nada porque el servicio ambulatorio nuestro es de mucha exigencia, en el sentido de que es de lunes a viernes, de 8.30 a 15.30/16 hs, después podemos ser más flexibles. Hay gente que quizás necesita menos cosas, o ya tiene ciertas actividades, entonces se es más contemplativo porque la idea no es sobre cargar de actividades de hospital de día, si ya está activando con algunas cuestiones, eso se contempla.

Nuestro dispositivo de hospital de día a grandes rasgos tiene dos objetivos: uno, es evitar la internación, ya sea por primera vez o evitar la cronicidad (que es algo, lamentablemente bastante común), y el otro, destinado a la población que viene de una internación de corto, mediano o largo plazo consiste en brindarle herramientas para volver a su casa, todo lo que implica la rehabilitación, entonces tenemos talleres de cine, de habilidades sociales, de literatura, tenemos una revista, huerta, TO, musicoterapia, hacemos actividades con la comunidad; entonces la idea es que la persona en el consentimiento se compromete junto a cierta referente afectivo a asistir. La idea es esa, tener a otro ser que opere como sostén del tratamiento, como también re aprender, si le faltan apoyos todo lo que implica como administrarse de manera independiente, de manera autónoma. Entonces al principio se le da la medicación en hospital de día, por eso cuando no viene al hospital no recibe la medicación ese día, y si falta porque le duele la panza llamamos para que ese apoyo venga a retirar la medicación. Esto lo seguimos discutiendo, porque muchas veces gran parte de la población que nosotros atendemos, no tiene referentes afectivos. Y un requisito para ingresar a nuestro servicio es ese, pero somos cada vez más flexible. Esto implica un cuestionamiento, porque a veces atendemos usuarias que estuvieron 20/30 años internadas, y quieren venir al hospital de día y claro, a lo largo de esos años el poco referente afectivo se re contra quemó, y bueno... entonces tenemos esas discusiones si ingresamos a esa persona o no. Porque las experiencias no han sido positivas, no es que no se intentó. Cuando se intenta es difícil sostener el tratamiento.

Mi opinión respecto de la LNSM, es que es excelente, llego en un momento en que no sé si como sociedad estábamos preparados para recibirla y como Estado Nacional y desde el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, los hospitales no están preparados hoy para implementarla ¿en qué sentido? Desde los hospitales generales todavía se están negociando qué camas se van a dar para salud mental, eso pasa en el H. Durand, en el H. Rivadavia, con lo cual es re loco, por un lado te piden como parte de la ley que las personas se puedan internar en hospitales generales, que no necesitan un equipo especializado, pero cuando vas a internar a los hospitales generales las rechazan y las derivan a los hospitales de salud mental monovalente. Y eso es un tema, porque ahora con la pandemia no hay camas en ningún lado. Entonces es muy delicado eso, pero es muy buena en tanto iguala a las personas con padecimientos mentales y a las personas en situaciones de consumo, habla de que la internación debe ser cerca de la casa, que el tratamiento como ideal sea lo menos perjudicial para la persona, promoviendo

los abordajes ambulatorios. En palabras, es súper bonita, la realidad es que después si tenés un paciente que toma litio por ejemplo para la bipolaridad, necesitas controles periódicos de sangre. Lo mismo para la clozapina, si hay valores que aumentan y pueden ser perjudiciales para la persona puede suceder que no reciban los controles que corresponden... Si estamos hablando que lo ideal para la persona, para no vulnerar sus derechos, es que reciba el tratamiento en la cercanía de su casa eso no pasa, nosotros tenemos usuarias que viajan más de dos horas de colectivo para venir al hospital y más en este contexto, dos horas de ida y dos horas de vuelta en más de un medio de transporte. Y esto no pasa porque nosotros las queremos retener, porque queremos tener más de 100 personas atendiéndose de manera ambulatoria, aparte de las 30 diarias de hospital de día, sino porque se hace muy difícil la derivación, por eso que te digo...

Otra cosa que venimos hablando hace tiempo con los equipos que viene pasando hace años es el estigma de haberse atendido en el Hospital Moyano. A veces nos vienen derivaciones de un CESAC, excelente aceptamos a la persona, la persona inicia el tratamiento en el hospital de día, que dura en promedio de 6 meses a un año y medio, un poco más, un poco menos, al finalizar la persona continúa. La idea es que en algún momento pueda volver a atenderse en el CESAC con sus profesionales, con quienes había hecho transferencia y el cual le queda cerca de su casa, y es muy difícil después que eso suceda.

Desconozco si esto se debe a que crean adherencia al tratamiento en el Moyano, puede ser porque sobre todo en el hospital de día somos súper mimosos, porque llamamos, porque estamos presentes, más ahora en este contexto, hacemos video llamadas, le ofrecemos hacer zoom, pero también puede ser perjudicial eso a veces, eso al menos en nuestro equipo la charlamos muchísimo. La pregunta es hasta qué punto estamos favoreciendo autonomía si no estamos permitiendo que esta persona pueda eventualmente continuar el tratamiento fuera del Moyano. Está buenísimo generar ese vínculo, ese feedback con la persona, transferencia, pero también es delicado si genera dependencia. Y siempre es bueno controlar esas variables que se nos escapan; el estigma para mí es una, el tema de la medicación gratuita, que no es menor, ya que las medicaciones psiquiátricas son costosas, sobre todo con la población que trabajamos que muy poca tiene obra social y cuando tienen la medicación hay que ver si (sobre todo cuando es clozapina y litio) en el hospital general tienen la disposición de hacerles los controles que corresponden. Y el estigma no es solo que se atienda en el Moyano sino bueno que toman mucha medicación.

Bueno te retomo, la ley a mí me parece genial el problema no son solo las derivaciones y cómo hacerlas, sino que sí lo que estamos diciendo es que no se abran más monovalentes y que la idea es externar, ¿a dónde externar? Es muy muy difícil. Yo tuve que presentar un amparo para una chica para que le otorguen un subsidio habitacional, mediante una defensoría y todavía estamos esperando. El tema digo, para sacar a una persona de un hospital, entre otras cosas se necesita capacidad económica, crear un espacio de resocialización, gestionar lo habitacional, y además tener en cuenta qué pasa con esas personas que han vivido en el hospital 10, 20, 30, 40 o 50 años. Esas personas te nombran el hospital

como “casa”, yo he tenido la oportunidad de colaborar en las últimas elecciones, experiencia que fue maravillosa, las personas que ya trabajan hace más de 30 años ya estaban un poco hinchadas, para mí era todo mágico... Acompañarlas a quienes querían ejercer su derecho al voto, hicimos un montón de talleres, ahí si me tocó trabajar en los servicios de internación, utilizamos las urnas, repasamos cómo era votar, quiénes eran los candidatos, los derechos que tenían como por ejemplo votar en blanco, que no dijeran nada antes de ingresar al cuarto oscuro para que no les impugnen el voto. Me pasó de acompañar a una chica que no sabía leer, ni escribir, entonces tuve que entrar con ella a votar, fue muy movilizante. Ese día de la elección hubo una combi con la que íbamos y veníamos; y me acuerdo que una usuaria me preguntó “¿ahora volvemos a casa?”, ¿dónde es casa? Pensé yo... Yo pensando que me estaba hablando de su casa cuando vivía fuera del hospital, y ella me contestó: “bueno... al Moyano”, fue muy fuerte eso.

Bueno, entonces ahí hay todo un laburo que nos hace dar cuenta que no es tan sencilla la desinstitucionalización, con la que yo estoy a favor, no digo que no... pero bueno... Para eso necesitas políticas públicas claras, con presupuesto, decisiones políticas que acompañen, no es solo el cambio de la ley. Eso es una aproximación y está buenísimo porque por algo se empieza, pero me parece que faltan cuestiones. Bueno el tema de la interdisciplina, a quienes no somos psiquiatras nos ayudó muchísimo con la nueva ley. Tener otro peso, que nos nombren, hablar de la importancia del trabajo interdisciplinario, del laburo intersectorial, eso no es menor. Y todo lo que implica que tengan atención de abogados/as, que exista el Órgano de Revisión de la Ley, eso también es bien interesante, que se regule lo que son las internaciones involuntarias. Ósea, la ley para mi es revolucionaria no sé si como sociedad estamos preparados, o si tenemos un Estado tan presente para llevarla adelante.

7. ¿En tu institución hay personas en contexto de internación prolongado? ¿Conoces qué cantidad o porcentaje de la población del Hospital está internada hace largo tiempo y que otra cantidad o porcentaje realiza tratamientos ambulatorios?

**Respuesta:** Sí. No, desconozco ese dato. Eso tendrías que preguntárselo a algún profesional que trabaje en internación. Sí sé que la gran parte de los servicios del Moyano son de internación de mediano y largo tratamiento. Ambulatorios hay en todos los servicios, es decir, después de que la persona deja de estar internada los servicios mantienen contacto, no sé cuál es ese porcentaje que se sigue atendiendo de manera ambulatoria pero sucede, ven a la persona cada 21 días, una vez por mes. Pero servicios exclusivamente ambulatorios son: los consultorios externos y el hospital de día. Después de corto tratamiento están: el servicio de admisión y el de emergencias (que para sostener la estadística no puede demorar más de un mes). Después el resto ya son de “mediano” y “largo tratamiento”. Con lo cual la mayoría de nuestras usuarias son de “largo tratamiento”. A qué específicamente llaman corto, mediano y largo tratamiento ya es algo que depende de cada “feudo”.

8. ¿La población del hospital está conformada exclusivamente por mujeres? ¿Existen personas que se autoperciban con otras identidades?

**Respuesta:** No. Mira al respecto te puedo decir que esas situaciones de personas que se autoperciben de otra manera existen desde años, pero ahora se empezaron a visibilizar más. Con lo cual no sé decirte. Yo te puedo hablar de mi experiencia.

A mí en el verano me pasó de tener una colega que labura hace 36 años, tiene una jefatura y me pidió por favor que la ayude a trabajar una situación de “autopercepción” porque no estaba muy segura de cómo abordarla. Una situación igual súper compleja, en relación a la identidad en general, una persona que robó identidades, que ha caído muchas veces presa, bueno con muchas dificultades... Entre otras, que le expresó a mi colega en una entrevista individual que se identificaba como varón, entonces mi compañera me pidió que lo laburemos juntas porque no se sentía tan cómoda, y además lo comentó en su equipo e hicieron agua, yo le dije bueno dale, lo laburamos juntas. Yo le dije “Yo puedo hablar con él”, bueno y la verdad es que se está haciendo muy interesante lo que es acompañar esas situaciones, vos vas aprendiendo sobre la marcha con la persona. Este usuario es una persona que no tenía DNI además, que ha sido adoptada, es decir, una situación compleja con el concepto de la noción de identidad, más allá de la identidad de género. Entonces, bueno estas cuestiones son muy interesantes; con lo cual eso más el taller que organizó mi otra colega que entrevistaste, “M”, también lo que terminamos viendo es que esto sucede mucho más de lo que creemos, entonces la percepción que yo me llevé es que claramente como profesionales a la gran parte nos falta formación. No hay desinterés, eso no.

Hace dos años, por ejemplo, armamos con el CESAC N° 10, que es el que está ubicado en la esquina del hospital, unos talleres de ESI, a raíz de que una psiquiatra contó que una chica jovencita le empezó a hablar de que le gustaban las chicas, y se preguntaba qué hacer y ella vino al Moyano y nos dijo no sé cómo abordar esto. Bueno mi respuesta fue, “bueno lo abor das de la misma manera que si te contará que es heterosexual”, pero me dijo que no sabía y sí podía ayudarla, yo le dije que sí y le propuse que lo podíamos abordar individualmente y además podíamos hacerlo grupalmente. Esto que te cuento, vino de una mina súper abierta, no te estoy hablando de un dinosaurio; pero aun así me contestó: “Bueno Debi, igual me gustaría que en el taller no promociones la homosexualidad”; fue muy duro eso para mí, mi respuesta fue: “no vamos a promocionar ni la homosexualidad, ni la heterosexualidad, vamos a promocionar derechos, la sexualidad abierta, con consentimiento, sin violencia, el auto reconocimiento”. Bueno, entonces armamos junto al equipo de salud, sexual y procreación responsable del CESAC N° 10 los talleres, estaban destinados para les usuaries, estuvo buenísimo pero en el medio algunos profesionales participaron y por momentos parecían más interesados y hacían muchas preguntas. Entonces yo dije lo que nos falta es claramente una mínima aproximaciones a las cuestiones de género. Así que ahí articulé con la Secretaria de Derechos Humanos de Nación y con un chico trans de la ONG “Capicúa”, cuatro talleres que en lo concreto pudimos hacer uno, de 3 hs en hospital de día, pero estuvo buenísimo porque hablamos de muchas cosas, desde cómo llenar la historia clínica, a prejuicios, a cómo nombrar... De entrada la gente estaba interesada. Ese día una psicóloga me preguntó ¿cómo llamo a esta persona?, y yo le respondí lo llamas por cómo se presenta. Y bueno... además el tipo que dio el curso era un provocador, porque a los diez minutos de que arrancó nos dijo seguro están todos pensando si yo

tengo vagina o no. Un genio. Con lo cual me siento afortunada de trabajar en hospital de día, en algunas cuestiones sobre todo en lo que es perspectiva de género o derechos sexuales y reproductivos, hay cosas en las que siento que podría darse una vuelta pero hay una apertura para hacerlo, igual que en el Servicio que nuclea a Trabajo Social que surgen capacitaciones que se están armando con el Comité de Violencia del Hospital, como la capacitación de la Ley Micaela...

Preguntas en relación a las representaciones sociales del/la profesional entrevistado/a

9. ¿Cómo describirías a las mujeres que se atienden en el Hospital, que características tienen? ¿Cómo se suelen referir a ellas? ¿Qué edad tienen mayormente? ¿Cuáles son los diagnósticos que más frecuentes atienden? ¿Con qué tipo de terapias trabajan? ¿Trabajan de forma interdisciplinaria? ¿Qué perspectiva tiene el hospital o sus profesionales sobre los tratamientos farmacológicos?

**Respuesta:** No sé que responderte a esa pregunta, no sé que estás esperando que responda, son personas.

Mira yo me suelo referir a ellas como usuarias, no me copa mucho la palabra “pacientes” porque habla más de una persona que se está atendiendo de forma pasiva. Y la verdad que desde el equipo de hospital de día tratamos de que la persona realmente se comprometa y forme parte de su tratamiento, junto a esto que yo le llamo red de apoyo o referentes afectivos, con lo cual la palabra paciente no me enamora, es muy común escuchar en el hospital la palabra paciente pero a mí mucho no me gusta y trato de quitarla de mi vocabulario. En todo caso, persona con padecimiento mental si es que quiero referirme de otra manera pero la realidad es que me quedo con -personas-. Cuando recién la conozco en la primera entrevista, pensando en la perspectiva de género, le digo “hola, ¿cómo estás?” y le pregunto “¿cómo te gusta que te digan?” y “¿con qué pronombre te identificas?”, eso es algo que incorporé hace varios años, no lo hice desde siempre, lo hice en los últimos años y la verdad es que noto que no solo tiene que ver con lo que asociaríamos con la identidad de género sino que también a uno le puede gustar que lo llamen por su segundo nombre. Es algo tan sencillo, o bueno... tan complejo el tema de la identidad que va mucho más allá de lo que creemos. De hecho esta persona que te digo que se autopercibe como varón pero cuando se refiere así misma se refiere en femenino, y yo se lo marqué una vez, le dije “te das cuenta que vos cuando yo te pregunté cómo te identificas me dijiste varón” y ahí se rio, y ahí fue que yo le dije “a esto me refiero cuando yo te digo que el proceso de transición no se da para todas las personas igual, que cada persona tiene sus tiempos, que estos son tus derechos pero después decidirás vos si los ejerce o no, y de qué manera y en que tiempos”, esto en relación al cambio del DNI, a cómo quieren que la llamen, entonces eligió un nombre como en diminutivo, o cómo un nombre de personas no binarias, que eligen esos nombres que terminan con (la letra) I y que no sabes. Bueno me pareció re interesante, a esta persona se la nombra así. La colega está que trabaja hace 36 años cuando lo nombra, a veces lo nombra varón a veces en femenino, o lo nombra con el nombre completo. Lo positivo de esto es que aquellas personas que no han incorporado esto por desconocimiento, la mayoría está interesada y piensa “ah bueno hay algo que está pasando y me gustaría saber de qué se trata”. Yo creo que por algún lado se empieza, primero hay que empezar por casa; por

casa implica mis propios prejuicios, mi propia práctica y la de mi equipo más cercano, que es a la que yo puedo afectar. Incluso en las usuarias mismas, sabes las veces que de provocadora yo les consulto cosas. La mayoría de las personas que atendemos en el servicio son mujeres y personas autopercebidas como mujeres, pero a veces tenemos dos o tres personas autopercebidas como varones, entonces yo llego y un día digo “hola, ¿cómo andan todes?”, y explota todo, se vuelven locas, dicen “no, ¿cómo todes? a mí me gusta, a mí no”, empiezan a aparecer las más jóvenes con una mirada más abierta o a veces no, son las peores, te critican, te dicen “a mí no me gusta el uso de la E”. Entonces yo les pregunto “¿cómo hacemos?” y me dicen decí “todos” y yo les digo “pero todos ¿nos incluye a nosotras que somos mujeres?”. Y bueno eso, hacerlas molestar por esas cosas. A veces somos todas mujeres y un varón, entonces saludo diciendo todas en femenino, “hola chicas, ¿cómo andan?”, saltan y dicen “no, pero no lo incluiste a tal” y yo les digo “¿y pero cuando decimos hola a todos, Uds. se sienten incluidas?”. Bueno, esas pequeñas provocaciones son formas de trabajar.

Un poco respondiendo a qué formas de trabajo adoptamos es eso, trabajo interdisciplinario y específicamente yo laburo desde esos dos lugares, uno: tratando de (no sé si eventualmente siempre) que la práctica tenga una perspectiva de género, entonces hago estas pequeñas provocaciones, y no es que estoy armando un taller, nada solo con un saludo o con un “nos vemos mañana chicas” o algo así... en general saltan, nadie la deja pasar, es muy loco eso ¿no?. Eso es interesante, ahí se genera una discusión entre ellos, qué les pasa con la E, qué les pasa con la X, sí les molesta, si la usan, si otro la usa que les genera, si se sienten incluidas con el uso del masculino, ese tipo de cosas. Y por otro lado: sí armamos especialmente actividades, como la que te mencioné del CESAC, y así un montón. Por ejemplo, armamos junto con dos psicólogos en el taller de revista un texto sobre las personas “inter sex”, con lo cual bueno, bien, es algo puntual, es un taller específico.

Entonces son estas dos formas de laburar, así tratando de apuntar a cuestiones pequeñas que me hacen al día a día y después sí talleres específicos, ahora con la cuarentena aprovechamos y laburamos muchísimo el tema de los mandatos sociales, por ejemplo hicimos referencia a la campaña de “pieles reales”, mediante zoom les mostrábamos las pieles reales, y las pieles con Photoshop, hablamos de la Ley de Photoshop, hay una ley de la Provincia de Buenos Aires que dice que tiene que aparecer en la propaganda abajo “está publicidad fue modificada con Photoshop”, hablamos de eso hablamos de los mandatos, de la delgadez, de la gordura; para el día de la mujer pensamos en conjunto, sin bajar línea, bueno “¿a Uds. les gusta que la saluden?, ¿Uds. dicen feliz día?, ¿por qué?”, laburamos con el material que dio la OIT (Organización Internacional del Trabajo), estuvo muy bueno para visibilizar los cuidados, un video cortito, miramos las redes, que cuerpos aparecen en las redes, que rostros, que colores de pelo, que colores de piel. Yo les mostraba otras marcas que aparecen personas sin una mano, sin un brazo, con síndrome de down, una chica más rellenita que no suelen aparecer en las publicidades, bueno cómo otra diversidad y se sorprendían de qué eso aparecía también en las redes. Y me parece que eso también es trabajar. También tenemos chicas que opinan cosas distintas y te la tenes que bancar, por ejemplo que dicen yo solo voy a tener relaciones cuando me case, o mi marido es

el que me va a decir todo, bueno ahí aparece una mirada cómo bien heteronormativa, bien patriarcal y es fuerte, y después tenés usuarias que de la nada, te hablan del patriarcado, que te dicen “pero esto que vos estas diciendo “D” es el patriarcado ¿no?”. Woow, ahí yo dije ya está, con esto estamos, sería como generar la revolución en el hospital.

Es un poco por ese lado, hay una perspectiva de género con pequeñas intervenciones, que esas pequeñas acciones terminan siendo todo, me parece, y después están las acciones más de taller, y de pensar una propuesta desde cuestiones de juego, o reflexiones individuales, construir grupalmente un texto; incluso ahora con la pandemia.

Respecto del trabajo interdisciplinario te puedo decir que tenemos nuestras dificultades y conflictos como todo grupo humano y con distintas profesiones, con distintos bagajes, pero la verdad es que en ese sentido somos afortunades de que somos un equipo interdisciplinario hacemos reuniones, antes de la pandemia una vez por semana, y ahora con la pandemia cada 15 días virtual, las hacemos por zoom, obligatorias, obligatorias en el sentido de que intentamos participar todes. Y con este contexto el zoom te da la posibilidad de hablar de vos como trabajadora, de los acompañamientos, de las familias, de las usuarias, de las admisiones, de qué hacemos, de cómo seguimos trabajando.

Pero sí, trabajamos interdisciplinariamente y algo que no dije es que trabajamos intersectorialmente con otras instituciones. Si crees que en el hospital le vas a resolver todo a la persona te digo que no, a duras penas podemos acompañar algunas cosas, entonces si o si hay que salir del hospital y buscar otras instituciones con las que laburar, dependiendo de las necesidades de cada persona, la singularidad de cada situación, de dónde vive, de que instituciones hay, de cómo están esos apoyos comunitarios, etc. Pero con seguridad, también trabajamos con el afuera del hospital.

Del tratamiento farmacológico, no sé el hospital que opinará porque eso es algo muy general pero a nivel subjetivo puedo decirte que cómo Trabajadora Social no tenemos una formación específica. Sí, yo lo que he hecho, aprovechando que tengo compañeros piolas me he capacitado con ellos en psicofarmacológica, pero me falta todavía y por lo que he visto a lo largo de estos 3 años, me cambió la mirada, yo tenía una mirada más crítica de la medicación y la verdad es que he visto situaciones de depresión profunda (estamos poniendo etiquetas eh), la verdad que en hospital de día tratamos de que sean más aproximaciones diagnósticas, la idea no es estigmatizar a la persona, y decir bueno “depresión”, o “bipolaridad”, pero bueno cuando justo le enganchan la medicación es muy positivo, más todo lo que implica el otro tratamiento de su sociohabilidad, todos los talleres que te decía, el acompañamiento individual y grupal he visto grandes mejores. Entonces ahí empecé a creer algo en la medicina, en el sentido de lo farmacológico. Sí hay equipos en donde nos llegan a veces situaciones, no solo dentro del hospital, sino también de otras instituciones dónde me dicen les colegas psiquiatras que la persona vino muy medicada, y se dice que en internación se suele medicar más que en ambulatorio. O bueno esa suele ser la perspectiva de mi equipo, ir sacando de a poco la medicación y que la persona tenga cierta actividad autónoma. De la poca experiencia que tengo por ser Trabajadora Social y solo



tener 3 años de laburo en el hospital, teniendo en cuenta esos dos parámetros creo que la medicación influye para bien, antes era más descreída. Pero nunca la medicación como único abordaje.

10. ¿Te impacta trabajar en un Hospital de Salud Mental, en tu vida personal, de qué manera?

**Respuesta:** El trabajar de por sí ya impacta, desde una mirada más marxista de vender tu fuerza de trabajo, desde el hecho que te explotan, desde esa mirada el trabajar impacta. Una de las usuarias, una grosa, la madre trabajaba en el partido obrero, la madre después falleció y teníamos conversaciones de ese tipo, ahora no me acuerdo, pero me recomendó un libro y un día me encara y me dice “¿”D” vos que pensas de vender la fuerza de trabajo?” y hablábamos mucho de esas conversaciones filosóficas con ella, lo que el libro proponía era que se redujeran las jornadas laborales a 6 hs. para tener más espacio para el ocio, bueno maravilloso, a veces el resto nos miraba como diciendo “¿de qué están hablando?”, muy pocas de enganchaban porque era medio complejo y eran palabras medio filosóficas. Después ella contaba siempre que la madre había fallecido recientemente y la madre militó muchos años en el Partido Obrero. Así que de entrada creo que el laburo nos afecta, desde esa mirada, en eso soy bien marxista. El laburo afecta, el laburar en un hospital público afecta y laburar en un hospital público de salud mental a mí me afecta; no sé como sería laburar en un hospital general, esa te la debo. Si laburé en el Ministerio de Salud de Nación, cuando lo degradaron a Secretaría. Sobre todo siento que este último año se potenció que es muy difícil pensar en la propia salud mental de los trabajadores, en los propios cuidados que nos debemos, pasamos tanto tiempo pensando en los cuidados para y con las usuarias, sus familiar, gestionar con la Defensoría, cumplir con el Art. 22, la Procuraduría, estamos tanto tiempo pensando y atendiendo a todo el mundo, sobre todo este último año, que nos olvidamos de nuestro propio cuidado, de nuestra propia salud. Lo que hizo este último año de pandemia fue profundizar muchísimo más la angustia, la ansiedad, la irritabilidad, el retraimiento, el dolor, enfermedades psicosomáticas como dolores cervicales, gastrointestinales, migrañas, amenas, insomnio, etc. Y al mismo tiempo veo, al menos en el hospital de día que los lazos de solidaridad aumentaron, se crearon espacios más grupales, colectivos, de escucha, existían pero este tiempo se intensificaron. Hace dos semanas falleció una colega nuestra del servicio de COVID, entonces empiezan a pasar cosas que bueno profundizan mi vivencia de que ésta situación refleja con mayor peso lo que ya sucedía con la pre pandemia, los conflictos y las dificultades y los espacios de solidaridad y sostén.

Preguntas en relación a los derechos a los derechos sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres con discapacidad intelectual alojadas en dichos hospitales:

11. ¿Existen dentro de la institución programas específicos para mujeres o identidades gestantes?

**Respuesta:** Nosotras con otras colegas en el 2018 hicimos un programa de salud y género, hermoso, yo entré a finales de 2017 y no podía creer que no existiera mucho pensado al respecto, entonces motivé eso. Nos costó mucho escribirlo, pero no en el sentido de escribirlo sino por la burocracia del hospital, que funciona de manera vertical, además existen muchas representaciones sociales acerca de los prejuicios de que íbamos a hablar durante los talleres. Y la realidad es que eran

talleres comunes, para pensar la salud integral, para pensar el consentimiento, para pensarse ellas como personas sexuadas, no como objetos, era re lindo el laburo, implicaba trabajo del equipo interdisciplinario, eso a veces en internación es más complicado de plantear, nuestra propuesta era ir a los servicios más copados (en el sentido de dispuestos a trabajar con esto) al principio, no sé después nos agarraron las vacaciones, después la pandemia, y después está pasando la pandemia y este año estamos viendo si lo podemos remontar. Ósea el proyecto se gestó pero tuvimos muchas trabas para implementarlo, muchas resistencias.

Te puedo sumar que no son programas especiales los que existen, sino que depende de cómo labura cada servicio. Por ejemplo en mi servicio, antes de la pandemia, había una de las chicas que estaba embarazada y a mí, a su psiquiatra y a su psicóloga nos dijo que no lo quería tener, entonces lo que yo hice fue averiguar con el CESAC N° 10, con este equipo con el que te conté que habíamos hechos los talleres y la acompañé a la consejería (en ese momento eran las consejerías ILE), fue re fuerte, la acompañé porque ella me pidió porque sus referentes afectivos no podían, hablé un montón de veces con la tía, con la madre, le dieron el misoprostol, le explicaron como tomarlo, todo; bueno finalmente ella devolvió las pastillas y tuvo a la nena. Pero digo hemos acompañado situaciones aunque no hay un programa, ni un protocolo específico. De hecho cuando pensamos el programa este que te digo, de salud y género, con mi otra colega fuimos a hablar con el equipo de ginecología del hospital como para presentarnos, ver cómo estaban laburando, lo que hacían era como un laburo más individual, muy enfocado a los métodos anticonceptivos y de controles, ecografías, colpo, pap, etc., cuando les propusimos a ellas les pareció super interesante, de hecho ellas iban a ser invitadas para que las usuarias de internación sobre todo pudieran reconocer el rostro de quienes era las profesionales, entonces ellas nos decían que estaban queriendo capacitarse algunas (no todo el equipo porque algunas no querían) en ILE y poder hacer IVE ahora en el hospital. Eso nunca se hizo, vos tenías que derivar. En general con estas cuestiones en mi servicio me terminan implicando a mí porque me dicen “vos la tenés más clara, vos sabés”, pero digamos que no por eso el equipo rechaza eso, sino que escuchamos a las usuarias y si nos expresaban ese deseo de no tenerlo les dábamos una mano. Puntualmente me acuerdo de esta chica que te digo que la acompañé físicamente el día de la consejería, pero no es que existe un programa en hospital de día. Es un poco lo que te decía antes, se trata de si el servicio labura o no labura con esa perspectiva. Y también el hecho de ir tejiendo redes, conoces gente, en una salita, en un hospital, en capital, en provincia, evaluás dónde vive la persona, dónde le puede quedar más cómodo y la idea es alojarla, mientras más este acompañada, más sienta la cercanía, mientras menos invasivo sea, con más apoyo, bienvenido sea para el tratamiento integral. Además si no trabajas de esta manera te quedas muy sola.

Si la respuesta es Si:

11.A ¿Cuáles son y cómo se implementan? ¿Se construyeron en base a una perspectiva de género? ¿Existen protocolos de atención para mujeres gestantes dentro del Hospital?

**Respuesta:** NO APLICA

11.B ¿Dichos programas contemplan variables de protección de sus derechos sexuales, reproductivos y/o de maternaje? ¿De qué manera lo hacen? ¿Talleres, consejerías? ¿Acceso a métodos anticonceptivos? ¿Pueden verse con sus parejas? ¿De que forma, dónde, son encuentros supervisados?

**Respuesta:** NO APLICA

11.C ¿Existe un grupo especializado en el hospital que aborde el maternaje o lo derechos sexuales?

**Respuesta:** NO APLICA

SOLO SI EXISTE:

12. ¿Cuándo, cómo y por qué surgió? ¿Cómo trabaja, que abordaje brinda?

**Respuesta:** NO APLICA

13. ¿Derivan a otras instituciones cuando alguna paciente está cursando un embarazo o luego de éste? ¿A cuáles? ¿Qué pasa con sus hijxs una vez que nacen?

**Respuesta:** Sí, trabajamos con la Maternidad Sardá, el Santollani, tenemos población que vive en zona sur o en el límite con provincia para ese lado. Había un grupo también con el que trabajamos del H. Argerich, con una médica, Florencia, muy piola, que trabajaba con la ILE antes de la IVE, que yo derivaba mucho ahí. A esta médica Florencia le derivamos un montón, porque sé que es una chica abierta, piola, que las va a asesorar quizás con algún prejuicio pero al menos es conocida de nuestro ámbito. Después bueno, mucho laburo con el CESAC N° 10, muy lindo el trabajo que hacíamos respecto de la ILE, después con la IVE, pero también otras situaciones de promoción de derechos. Y esto va más allá de la cercanía de la vivienda de la persona, también lo hacemos por la cercanía con el hospital, entonces yo al menos una primera vez las podía acompañar, y si enganchaba coordinábamos el día que venía al control o si ya estaba de pre alta y venía a hospital de día 3 veces por semana en lugar de 5, fijábamos ese día y también bueno... dependiendo que profesional, porque no todas las ginecólogas del CESAC son piolas, yo trataba de preguntar cuales eran más afines, eso me lo decía una psicóloga o una trabajadora social con la que ya habíamos pegado buena onda por los talleres. Vas identificando quienes de las instituciones por fuera son más amigables.

En nuestro servicio, de hecho critico un montón si las quieren mandar dentro del hospital, ya está, aunque en algún momento estuvieron internadas dentro del hospital ya está, ahora los tratamientos son ambulatorios, salvo que no consigan turnos en los hospitales generales o que hace tiempo les estemos tratando de conseguir y se nos traba, o bien que sea algo urgente, o de neurología pero sino yo les digo “chicas afuera, basta”, y también se los digo a los del equipo porque también hay algo de comodidad para el equipo, para las usuarias, es lo conocido, es donde hicieron referencia, está bien, pero en algún punto estamos vulnerando sus derechos porque con qué necesidad tiene que hacerse sus controles ginecológicos en el hospital monovalente cuando la persona está externada, no hay ninguna necesidad. Pero bueno tampoco ser estricta, vas viendo si hay situaciones de urgencia...

14. ¿Conoces si existen convenios firmados con otros Organismos en relación a la protección de sus sexuales, reproductivos y de maternaje de las mujeres?

**Respuesta:** Habría que averiguar, quizás los hay y no estamos al tanto; si es así también sería preocupante porque estamos trabajando en un hospital y los propios trabajadores no estamos al tanto de eso pero entiendo que no los hay.

15. ¿Cómo describirías la relación existente entre la legislación vigente en la materia y su implementación en términos de acceso real a la información y a la libertad sexual, reproductiva y de maternaje?

**Respuesta:** De nuevo, solo puedo hablar de mi experiencia en hospital de día, y en hospital de día les decimos a todas nuestras usuarias “la maternidad será deseada o no será”. De hecho pasaron varias cosas en ese sentido, yo tengo mi pañuelo verde por ejemplo y ellas saben que estoy a favor del aborto, pero a veces me preguntan ‘¿“D” por qué usas ese pañuelo?’. Antes de la pandemia fuimos al Museo Sivori e hicimos varias actividades, articulamos con el museo, íbamos una vez por mes y después íbamos a comer a los parques y ahí me dicen “¿Qué es este pañuelo?”, sabían lo que era pero querían provocar, una dijo “porque yo soy de salven las dos vidas” y yo le dije “bueno podemos intercambiar opiniones” y ahí salta otra y dice “no, yo estoy a favor” íbamos volviendo en el bondi, discutiendo, charlando... Digamos tratamos de no imponer nuestra postura, sobre todo ahí que también había una TEO (terapista ocupacional), y una psicóloga, la psicóloga no estaba de acuerdo entonces bueno la idea es no imponer nuestra visión sino respetar lo que dicen las leyes, darles la información, explicarles que eso existe, cuales son sus derechos, y si ellas quieren ejercerlos que sepan que vamos a estar. Yo siempre les digo “la información es poder” entonces necesitan siempre estar informadas, para ustedes mismas y para cualquier otra amiga que tengan o alguien que crean que necesite saberlo.

Siempre intentamos no imponer nuestra visión pero sí me pasó que tuve unas practicantes de Trabajo Social de la UMSA, que hicieron un taller y en la consigna había que asociar imágenes, en una diapositiva había un pañuelo verde y uno celeste, y se armó en el grupo un lío, justo era un grupo de usuarias nuevas que se estaba conformando, y después me vino a comentar una psicóloga que se ve que se lo comentó una usuaria en su terapia individual, me lo dijo bien y me preguntó “¿qué hicieron en el taller?”, una chica que estaba un poco más a favor del pañuelo celeste, y yo le dije “mira lo que propusieron fue una discusión super interesante” y bueno para mí de eso se trata, discutir, charlar y sobre todo respetarnos. Ella lo que me decía era que quería que las usuarias supieran de la objeción de conciencia, que les puede pasar que una persona cuando ellas llegan a una institución se niegue a hacerles el aborto, esto con la ILE, ¿no?, ahora con la IVE ya es distinto, pero esto no fue hasta hace mucho. Y bueno yo tampoco me imagino que una vez aprobada la ley cambié todo, porque todos opinan distinto, y todos trabajan distinto.

Sin ir más lejos este señor en San Juan que le quiere impedir el acceso a la IVE a su ex pareja, con lo cual falta un recorrido. Bueno, a lo que me refiero es eso, en hospital de día tenemos parte del equipo que no es que este desinteresado sino que no sabe, no saben pero preguntan, les llama la atención

y cómo que me tienen de referente o me preguntan cosas o se enganchan, o cuando propuse las capacitaciones participaron todes, opinaban, les interesaba, digo que seguro que nos faltan cosas para recorrer y que sean efectivas, pero me parece que dentro de todo hay una apertura y hay un laburo de respeto.

16. ¿Cómo institución tienen algún tipo de vínculo con las asociaciones civiles de familiares de personas internadas por padecimientos mentales? ¿Esta temática de derechos sexuales y reproductivos la trabajan de forma conjunta?

**Respuesta:** No, en lo que respecta a hospital de día no.

17. ¿Cómo pensás que sería la mejor manera de intervenir para abordar la problemática de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres alojadas en los hospitales monovalentes?

**Respuesta:** Para las mujeres que están internadas deberíamos arrancar por la base de cumplir con estos talleres que yo te decía, eran 4 talleres, uno era para reflexionar sobre qué entendemos sobre salud, pensar en las cuestiones de solidaridad, porque piensa que ellas conviven 24 hs., y tienen horarios de desayuno, tienen que levantar la mesa, lavar los platos, entonces todo eso en algunos servicios tienen que pensarse en el marco de abordajes de convivencia. Y ojo que eso es una forma de laburar con perspectiva de género porque todo eso nos habla del respeto, de escuchar la diversidad, digo la convivencia... la solidaridad, el compañerismo, de no gritarse, de tratar de escucharse, todo eso se trabaja en los servicios de internación, yo he visto que esto lo trabajan a partir de asambleas, están buenas, están piolas, me parece que sostener esos espacios de asambleas en internación es importante. Y al mismo tiempo ver si podemos implementar como un primer paso, estos talleres que te dije, tampoco es que eran muy profundos laburamos lo básico, esto: promoción de derechos, el consentimiento, que consientan un vínculo ¿no?, cómo cuidarse, como decir no, que no es no, poder decir lo que me gusta a mi, lo que no me gusta, bueno como cuestiones muy básicas, hablar de la salud de manera integral, hablar de esas cosas. Y en paralelo, esto sería muy introductorio, porque para mi todavía está en pañales, a mi me da la sensación que en internación es necesario, pero depende de cada servicio, espacios de formación y/o intercambio entre profesionales me parece que lo que falta mucho es eso, mucho recorrido por ahí. Y en hospital de día como te digo, mal que mal la llevamos bastante bien, porque aquellas personas que no saben, como te digo en general intentan saber, no es que es gente que tiene mala intención o está en desacuerdo, o sabe pero de oídas o tienen algunas cosas un poco más claras, a veces tenemos residentes o concurrentes que también la tienen clara y les interesa más, entonces armamos actividades con esas personas. Les interesa y me piden “che Debi, ¿armamos algo de esto? No sé bien como hacerlo”, entonces creo que vamos bien, con humildad lo digo.

Hay permeabilidad, hay interés, no es que son todos cavernícolas, el cambio del coordinador dentro del servicio nuestro también trajo movilidad en la manera de pensar, hay apertura para hacer cosas y también tenemos nuestros espacios de discusión, yo no quiero que todas las personas piensen igual a mi, sino que me parece mucho más valioso un espacio donde nos escuchamos, discutimos, nos matamos, pero al menos tenemos una postura unificada hacia la usuaria, el usuario, hacia su familia, sus

referentes afectivos, pero sí me parece que en internación por lo poco que sé están funcionando bien las asambleas, y ya existen en la mayoría de los servicios que yo sepa. Y me parece que está piola eso, que forma parte de alcanzar el objetivo. Falta de todas formas. Igual es re interesante esto que me preguntas, son cosas que quizás como profesionales no nos replanteamos todo el tiempo. Lo veo en los concurrentes y residentes, que quizás a veces por ser más jóvenes, a veces se enganchan más o preguntan más, o lo promueven más. En cambio, tenemos gente en el hospital que está hace 30/40 años está más cerca de jubilarse y bueno eso también va a traer movimiento, yo creo que hay algo de lo generacional que se nos juega. Por un montón de razones, porque las leyes que promueven estos derechos son relativamente nuevas, aunque no pero para su ejercicio profesional sí. Si yo empecé a ejercer en el año 2010, tuve antes trabajos y prácticas pre profesionales pero no es lo mismo, entonces para mí que arranqué en el año 2010, el año 2012, fueron años en los cuales se crearon un montón de leyes que se dieron ya con mi ejercicio profesional en curso.

18. Ya estamos terminando la entrevista, ¿hay algún dato o comentario que le parece importante y que quisiera agregar?

**Respuesta:** No, me parece que hablamos de todo. La entrevista fue bastante abarcativa y demando un montón de tiempo. Pero bueno, espero que te sirva, más o menos creo que te dije todo, cómo laburamos, que te llevas una impresión general.

19. ¿Conoces a alguien que consideras que sería valioso entrevistar en relación a este tema? ¿Podrías ponerme en contacto con esa persona?

**Respuesta:** No se me ocurre nadie, porque a “M” ya la entrevistaste y somos las que más manejamos el tema.