

XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2022.

Función social de la internación.

Solari, Andrés.

Cita:

Solari, Andrés (2022). *Función social de la internación. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-084/669>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoq6/v2q>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

FUNCIÓN SOCIAL DE LA INTERNACIÓN

Solari, Andrés

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo tiene por finalidad poner bajo la lupa un aspecto considerador central de las prácticas que se llevan adelante en una internación en un hospital especializado en salud mental de la CABA. Dichas prácticas tienen una evidente función social, tanto respecto de los pacientes, como de los profesionales. Algunas prácticas tienen efectos sociabilizadores como la resolución de tensiones interpersonales, o las actividades de cuidado compartidas. Otras apuntan a construir un sentido de comunidad. Mientras que respecto de los profesionales se da una socialización de los saberes y un proceso de desdisciplinamiento. También resulta importante pensar en los atravesamientos desde donde se hacen las lecturas de las situaciones que ocurren en las internaciones y las consecuentes prácticas que se dan, por ejemplo, la perspectiva de género.

Palabras clave

Función social - Internación - Pacientes - Profesionales

ABSTRACT

HOSPITALIZATION'S SOCIAL FUNCTION

The present work aims to put under the magnifying glass a central consideration aspect of the practices that are carried out in an internment in a hospital specialized in mental health of the CABA. These practices have an obvious social function, both regarding patients and professionals. Regarding patients some practices have socializing effects such as the resolution of interpersonal tensions, or shared care activities. Others aim to build a sense of community. While regarding the professionals there is a socialization of knowledges and a process of de-disciplinment. It is also important to think about the crossings from which the readings of the situations that occur in hospitalizations are made and the consequent practices that occur, for example, the gender perspective.

Keywords

Social function - Hospitalization - Patients - Professionals

Introducción

Atravesar por el dispositivo de internación en un hospital monovalente especializado en salud mental de mujeres es un gran desafío, por múltiples razones:

- *institucionales*, porque implica ingresar en la lógica de un nuevo lugar de trabajo, con nuevas normas, modos de hacer, lenguajes propios, códigos singulares;
- *clínicas*, porque implica el encuentro con una forma de padecimiento que suele ser difícil de encontrar en otros espacios, nos enfrentamos a maneras de tratar el sufrimiento poco frecuentes, surgen nuevas formas de intervenir que implica adentrarse a lo desconocido;
- *personales*, puesto que a cada uno este atravesamiento le toca en lugares que a otros no, se movilizan sentimientos y pensamientos que van intersectando el accionar y con los que hay que aprender a convivir, transitar, elaborar y poner a trabajar; y
- *sociales*, puesto que es un trabajo que intersecciona no solo con otras disciplinas como la medicina, el trabajo social, la terapia ocupacional y el derecho, sino también porque implica el reconocimiento de múltiples realidades y condiciones de vida que se ven atravesada por el padecimiento mental.

Es en ese contexto que una manera posible de hacer con lo que sucede es la escritura, el tomarse un tiempo para detenerse, pensar, elaborar teóricamente algo de lo que ha pasado. En el presente escrito se intenta dejar plasmadas algunas líneas de reflexión posible en torno a una práctica compleja, interdisciplinaria y multicausal.

Así se busca mostrar cómo en el trabajo cotidiano en un servicio de internación de un hospital monovalente especializado en salud mental de mujeres de la CABA, muchas de las prácticas que se llevan a cabo, algunas más planeadas que otras, tienen una clara función social, tanto respecto de las *pacientes* como de los *profesionales* que allí habitan, en más o en menos.

Función social en *pacientes*

Es cierto, conocido, y hay mucho escrito acerca de aquellas internaciones que se dan, y/o se prolongan, por causas sociales; nadie puede negar esa realidad, aunque no es ese el objetivo que se busca aquí, sino poner en cuestión que el efecto que algunas intervenciones realizadas por el equipo de profesionales generan, es sociabilizador (Brovelli, 2015), en quienes allí viven, conviven, transitan o acuden esporádicamente.

En principio se puede destacar la primera función social, la **resolución de tensiones interpersonales**. Muchas veces se

atiende a discusiones o peleas por cuestiones netamente cotidianas, como quién se sirvió primero una taza de té, quién agarró una cuchara de metal y sólo quedó una de plástico, o que una de ellas, enojada, insultó a la otra por alguna causa similar. Es en esos casos que desde el equipo se apunta a poder ensayar formas de resolución de dichos problemas, en un ambiente, conocido, cuidado; hacer un ensayo social para intentar solucionar una problemática que luego, en el caso de externarse, puede suscitarse en el día a día y han de llevarse la herramienta discursiva, conductual, para hacer con ello.

Luego se puede ubicar como segunda función social a la **identificación en el atravesamiento del proceso “salud-enfermedad-atención”**. Es sabido que portar un diagnóstico en salud mental ha sido, y aun hoy es para muchas personas, y en muchos lugares, sinónimo de estigma. Es frecuente que, en un hospital general, los médicos y/o enfermeros de una sala que tiene camas destinadas para “pacientes de salud mental” se quejen de su accionar, de que están “demandantes” y sancionan con su decir y con sus actos la diferencia con los “otros pacientes”. En un hospital monovalente esto suele verse inicialmente aplacado puesto que quienes allí están comparten esa característica de ser “pacientes de salud mental” y se da un proceso identificatorio con características particulares.

En primer lugar, hay una identificación a la institución en sí, se reconocen como formando parte del hospital, como pacientes de la institución; y es gracias a este fenómeno que se puede trabajar y superar rápidamente cualquier estigma que pueda recaer sobre el diagnóstico que cada una pueda portar. En segundo lugar, se da también una identificación asociada al pabellón en el que están internadas. Si bien es cierto que los terrenos comunes son inmensos, lo es también el hecho de que suele darse un fuerte componente de apropiación del espacio, se reconocen como pertenecientes a tal o cual servicio. Así, por ejemplo, durante el transcurso de la parte más álgida de la pandemia durante el 2021 casi la mitad del pabellón resultó contagiado y fueron trasladadas a un pabellón especialmente dedicado a recibir pacientes COVID positivas, de todo el hospital. Al acercarse a entrevistarlas durante la semana una charla inevitable era marcando las diferencias con el servicio del que venían, la diferencia con las compañeras que allí tenían, y preguntando por el estado de salud de las que habían quedado en el otro pabellón; en la misma línea, las no contagiadas consultaban diariamente por sus compañeras trasladadas, por cuándo vendrían nuevamente, etc.

Una tercera función social, las **actividades de cuidado compartidas**. Dentro de algunos servicios hay una heterogeneidad de mujeres internadas, algunas desde hace muchos años, otras algunos pocos, y otras apenas unas semanas o meses. Dicha heterogeneidad se ve duplicada por el hecho de que no todas están en condiciones de hacerse cargo de las actividades de la vida diaria, ni de ellas mismas. Es en ese contexto que se da un fenómeno de conjunto, en donde las tareas necesarias para el

normal desenvolvimiento de la vida del servicio se van dando de manera armónica (generalmente) porque allí donde alguna no puede, por ejemplo, ir a comprarse sus cosas, hay alguna que se ofrece a realizar dicha tarea, a veces de manera gratuita, a veces por un módico precio. Así tenemos quienes no quieren realizar dichas tareas, quienes no pueden, quienes se benefician y, obviamente, también están aquellas que se aprovechan.

Todas estas funciones sociales que se han comentado hasta aquí presentan a los servicios y las prácticas que allí suceden, desde esta perspectiva, como una suerte de *laboratorio social*, en donde se modelan situaciones que pueden y suelen ocurrir en la vida y que para muchas son difíciles de sortear a priori, y estos “ensayos” vienen al lugar de entrenarlas para poder responder ante dichas situaciones de manera más saludable.

Cueto et. al. (2015) dirán que la sumatoria de estas funciones sociales dan cuenta de la construcción de un **sentido de comunidad**, que funciona como un promotor de involucramiento tendiente a provocar cambios favorables. Incluso se puede ver que aquellas pacientes que son las “menos sociables” también forman parte de la construcción del mencionado sentido. También dirán que el sentido de comunidad implica cuatro aristas estrechamente interconectadas: la *membresía* -el poder diferenciar los que son de la comunidad de los que no lo son-, la *influencia* -capacidad de influir sobre el colectivo que luego volverá sobre sí como influencia del colectivo-, la *integración en la satisfacción de necesidades* -desde las más generales y comunes, hasta las más individuales y singulares, y la *conexión emocional* -integración e intercambios afectivos significativos entre ellas, entre ellas y el servicio, entre ellas y el equipo tratante.

Ahora bien, y siguiendo a Cueto et. al (2015) ¿es posible promover activamente el sentido de comunidad una vez que se lo ha identificado como tal? Su respuesta es afirmativa y enumeran una lista de acciones promotoras:

1. Sonreír o saludar
2. Organizar una fiesta (o cualquier actividad conjunta que escape de las lógicas cotidianas)
3. Ofrecer ayuda (o buscar ayuda si no se cuenta con los recursos para ofrecerla)
4. Dar la bienvenida a los nuevos
5. Pasar tiempo fuera de la comunidad
6. Ser discreto
7. Cuidar de su entorno
8. Recibir bien la espontaneidad de los miembros
9. Implicarse en lo relevante para la comunidad

En los servicios podemos encontrar estas acciones propuestas y fomentadas por todos los actores integrantes, ya sea en el espacio de asamblea semanal, en los ingresos de las nuevas pacientes, en eventos aislados que puedan darse y requieran la ayuda de alguien, en los festejos varios que se dan durante el año ya sea en ocasión de algún cumpleaños o día especial, como el día de la primavera, etc.

Función social en profesionales

El efecto de las prácticas en internación también alcanza a los miembros del equipo tratante, fundamentalmente en una función social primordial que es la **socialización de los saberes**, que implica la ruptura de modelos hegemónicos propios del modelo asilar, atomista, que busca el orden y la disciplina estricta y verticalista (Ventureira, 2020).

Integrarse en un servicio de internación hoy, implica entrar desde la mirada de un nuevo paradigma, el *paradigma de la complejidad*, que implica una amplia variedad de características a tener en cuenta, entre ellas la tolerancia de la incertidumbre, repensar las formas y también reformar el pensamiento. Implica también reconocer que hoy ya no tiene tanto valor una *cabeza repleta*, sino que más bien vale una *cabeza bien puesta* que es aquella que realmente puede hacer con lo que tiene y con lo que hay, que puede seleccionar y organizar el conocimiento para intervenir de forma activa y efectiva. (Morin, 2002)

Para poder lograrlo es necesario aquello que podemos leer en Jacques Rancière (2007) como **desdisciplinamiento**, entendido como emancipación de los amarres de una sola disciplina, que no implica renunciar a ella, sino salir de la omnipotencia de creer, y/o querer, explicar todo lo que sucede desde la propia disciplina, implica un *no encerrarse* dentro de los muros disciplinares y ser permeables al encuentro dialógico interdisciplinar a la hora de pensar, leer, organizar, planear e intervenir en la práctica.

Un adecuado abordaje interdisciplinar es, necesariamente, desdisciplinado, y eso repercute en todos los miembros del equipo puesto que permite descansar en otros, tomar distancia de lo concreto que acontece y aprender y aprehender otros puntos de vista; implica también la prevención de la disminución de la eficacia por sobrecarga, la prevención de la destrucción de la confianza en sí mismo por desborde, es un aliado en el soportar la incertidumbre, y, si todo anda bien, implica una potenciación del equipo. Para ello hacen falta dos sencillas características o disposiciones personales, aunque no siempre fáciles de encontrar, que son *atención* y *voluntad*.

Algunas reflexiones finales

Hay un elemento más a tener en cuenta que hace a la función social de la internación y que tiene que ver con una lectura atravesada por la perspectiva de género de lo que allí acontece. Hay una relación entre el género, la socialización del género, los síntomas y su abordaje, así como también con relación a ciertas propuestas terapéuticas que se suceden en la institución.

Es sabido que uno de los grandes mitos en la socialización del género es *mujer = madre*, la maternidad como aquello que realiza a las mujeres. Ahora bien, esta escena en la mayoría de los casos atendidos en los servicios se ve complicada por el grave padecimiento mental de las mujeres que por allí transitan, y es en ese contexto que es frecuente ver mujeres cuyos síntomas implican alucinar hijos que no tienen, relaciones familiares pro-

fundamente perturbadas con sus hijos. Ahora bien, conociendo todo lo hasta aquí planteado, ¿da lo mismo resolver un conflicto familiar con un hermano o un primo que con un hijo?, ¿debería tomarse en consideración el atravesamiento del género en dicha problemática?, ¿en qué otras se encuentra el mismo atravesamiento?

Finalmente es dable detenerse un momento a mencionar que muchas pacientes a la hora de proyectar un alta de la internación son enviadas a P.I.D.O, un programa de pre-alta en donde se trabajan cuestiones atinentes a la vida cotidiana que se evalúan para determinar el nivel de autonomía que es esperable que la paciente alcance, y en función de ello poder decidir el nivel de apoyo con el que deberá contar. En dicho lugar las actividades siempre tienen que ver con tareas que son típicamente asociadas a las mujeres, como cocinar, limpiar, lavar, hacer la cama, y hacer las compras. Por un lado, uno podría argumentar que sí, son actividades de la vida cotidiana, pero también lo son otras tareas que típicamente son asociadas a los hombres, como arreglar las cosas que se rompen en el hogar, etc. Esta es una cuestión que atraviesa al conjunto de los actores que participan en la vida del hospital y que debería repensarse, o al menos debatirse para poder ver desde dónde se proponen las tareas que se proponen, desde dónde se piensan las intervenciones que se realizan.

Conclusión

Revisar la propia práctica debería ser una tarea permanente, pero no solo desde el propio marco teórico o la propia disciplina, sino también desde el resto de los saberes que nos atraviesan y con los cuales compartimos las tareas diariamente.

Atravesar una rotación como es la de internación nos pone en contacto con una multiplicidad de actores con los que interactuar y eso propicia un intercambio que puede volverse muy rico si uno puede capitalizar lo que allí acontece. El conocimiento fluye, algunas veces se explicita como tal, otras es puesto en acto y uno debe realizar una lectura para encontrarse con él, como fue dicho, en algún punto es cuestión de voluntad.

El presente trabajo buscó poner "sobre la mesa" algunas cuestiones relevantes en torno a los efectos de nuestras lecturas e intervenciones en la práctica, no solo con las pacientes en cuestión sino también en lo que hace a la relación profesional y a la propia disciplina y práctica. Es cierto que es un ejercicio complejo, interminable, pero su ejercicio alcanza para hacer tambalear nuestras certezas y permitirnos ser más permeables a otras posibilidades en juego.

BIBLIOGRAFÍA

Brovelli, K. et. al. (2015) Vivir en el Hospital. Aportes para analizar la situación de las personas con internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Revista *Margen* n° 18- Septiembre 2015. CABA.

- Cueto, R.M., et. al. (2015) Sentido de Comunidad como fuente de bienestar en poblaciones socialmente vulnerables de Lima, Perú. *Psyche*, vol. 25, n° 1, pp. 1-18. Chile.
- Morín, E. (2002) *La cabeza bien puesta. Repensar la forma. Reformar el pensamiento*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ranciere, J. (2007) *El maestro ignorante: cinco lecciones sobre emancipación intelectual*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Ventureira, A. (2020) *El cambio de paradigma en Salud Mental: análisis y problematización con respecto a la política sustitutiva y sus dispositivos*. Tesis de grado. Universidad Nacional de Rosario. Recuperado de: http://cosechador.siu.edu.ar/bdu3/Record/REHIPUNR-oai:rephip.unr.edu.ar:2133_19010