Facultad de Trabajo Social
UNER

Especialización en Políticas Públicas
de Niñez, Adolescencia y Familia
- Trabajo de Integración Final -

JÓVENES INTERNADOS



Acerca del dispositivo de atención en salud mental para jóvenes. Análisis desde la perspectiva de los/as trabajadores en el marco del enfoque de derechos

Autora: Sol Victoria del Carpio
Directora: Jacinta Burijovich

Universidad Nacional de Entre Ríos

Facultad de Trabajo Social

Carrera de Especialización en Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia

Resol. “C.S” 320/11, 324/12

Trabajo Final

JÓVENES INTERNADOS
Acerca del dispositivo de atención en salud mental para jóvenes. Análisis desde la perspectiva de los/as trabajadores en el marco del enfoque de derechos

Autora:
Sol Victoria del Carpio
Licenciada en Psicología

Directora:
Jacinta Burijovich
Licenciada en Psicología
Magister en Administración Pública con especialidad en Salud

Sede: Centro

Tutora: Lic. Leila Luna

Entre Ríos, junio de 2017

RESUMEN

Título: JÓVENES INTERNADOS. Acerca del dispositivo de atención en salud mental para jóvenes. Análisis desde la perspectiva de los/as trabajadores en el marco del enfoque de derechos

Autora: Lic. Sol Victoria del Carpio

Directora: Mgter. Jacinta Burijovich

Año: 2017

Resumen:

En las últimas décadas, tanto el campo de la salud mental como el relativo a la niñez y la adolescencia se constituyeron en un escenario de avances normativos orientados al reconocimiento de los derechos humanos.

Este estudio tuvo por objetivo evaluar la adecuación del dispositivo de atención en salud mental para jóvenes del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba a los marcos normativos vigentes desde la perspectiva de los/as trabajadores.

Se siguió una estrategia metodológica cualitativa de tipo emergente aplicada a un estudio de caso.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a trabajadores; instancias de observación y registro en diario de campo. Se tomaron como fuentes secundarias de información registros institucionales de internación, historias clínicas de jóvenes internados/as en el periodo 2015-2016, y protocolos de actuación institucional.

El análisis se efectuó a través de codificación y categorización emergente según postulados de la Teoría Fundamentada.

Los principales resultados dan cuenta de que el dispositivo evaluado dista de adecuarse a los estándares establecidos. Se registran situaciones de vulneración de derechos y se evidencia la necesidad de crear dispositivos con anclaje comunitario que contemplen la especificidad de las problemáticas juveniles y garanticen la protección integral de sus derechos.

Palabras claves: Salud Mental - Derechos Humanos – Jóvenes

INDICE

1. INTRODUCCIÓN 4

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 5

2.1 Planteamiento y justificación del problema 5

2.2 Pregunta de investigación 9

2.3 Objetivos 10

3. MARCO TEORICO REFERENCIAL 11

3.1 Hacia un paradigma de protección del derecho a la salud mental 11

3.2 Salud Mental 13

3.3 El paradigma de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes 13

3.4 La categoría juventud. Juventud(es) como construcción social 16

4. METODOLOGIA DE TRABAJO 18

4.1 Tipo de estudio y diseño 18

4.2 Descripción del ámbito de estudio 18

4.3 Dimensiones de análisis 19

4.4 Población 20

4.5 Instrumentos de recolección de datos 21

4.6 Descripción del análisis de datos 22

4.7 Consideraciones éticas 22

5. ANALISIS 24

5.1 Jóvenes que atraviesan situaciones de internación en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial 24

5.2 Modalidades de abordaje y prácticas de atención 27

5.3 Reconocimiento de los/as jóvenes como sujetos de derecho 45

6. REFLEXIONES FINALES 55

7. BIBLIOGRAFÍA 59

8. ANEXOS 64

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se realizó en el marco de la carrera de Especialización en Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos, como modalidad de Trabajo de Integración Final. Su desarrollo contó con el apoyo de las Becas SALUD INVESTIGA “Dr. Abraam Sonis”, otorgadas por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Investigación para la Salud.

La motivación que da origen a este estudio surge a partir de una problemática presente en el ámbito de desarrollo profesional de la especializanda, que da cuenta del entrecruzamiento entre el campo de la salud mental y el relativo a los derechos de niños, niñas y adolescentes. La temática abordada permite de esta manera la integración de diversos contenidos contemplados en el desarrollo de la carrera ligados a las políticas públicas de niñez, adolescencia y familia, y su puesta en tensión y articulación con desarrollos teóricos y aspectos normativos específicos del campo de la salud mental.

El objetivo que guio el desarrollo de esta investigación fue evaluar la adecuación del dispositivo de atención en salud mental para jóvenes del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba a los marcos normativos vigentes desde la perspectiva de los/as trabajadores de los equipos de salud y cuidadores hospitalarios.

En un primer capítulo, se presenta el problema de investigación dando cuenta de los principales antecedentes recuperados y de la importancia de su estudio. En los capítulos posteriores se desarrollan los constructos teóricos que sustentan este trabajo y se especifican aspectos ligados al diseño metodológico. Posteriormente, tras exponer una lectura de los datos obtenidos a la luz de las dimensiones de análisis propuestas, se presentan algunas de las discusiones que se derivan de la realización de este estudio. Finalmente, se proponen una serie de recomendaciones para el diseño de programas y políticas tendientes a la promoción y protección del derecho a la salud mental de los/as jóvenes.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (en adelante CIDN), aprobada en 1989 y ratificada en nuestro país en 1990, inaugura un nuevo paradigma en materia de niñez y adolescencia, en tanto reconoce a niños, niñas y adolescentes (en adelante NNA) como sujetos titulares de derechos que deben ser garantizados por el Estado. Instituye a su vez, la necesidad de construir un sistema institucional, político, social y familiar que permita la protección de los derechos reconocidos, y reconozca el rol del Estado, la familia y la comunidad al respecto.

En Argentina, en el año 2005, se aprueba la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N° 26061, con la intención de dar lugar a una nueva institucionalidad que, en un marco de integralidad y corresponsabilidad, permita hacer efectivo el horizonte de transformación expresado en la CIDN. En la Provincia de Córdoba, en el año 2011, se sanciona la Ley de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes N° 9944, con la cual se pretende adecuar la normativa provincial a la ley nacional mencionada.

El reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho, implica un quiebre respecto al modo de concebir al niño y a su relación con la familia, la sociedad y el Estado. Así, se promueve una concepción en la que los niños/as y adolescentes ya no son definidos a partir de su incapacidad jurídica, ni caracterizados mediante atributos que refieren a su inmadurez, dependencia o carencia. Al contrario, se reconoce un proceso de desarrollo progresivo de la autonomía, y a los NNA como titulares de una amplia gama de derechos reconocidos. En este sentido, se consagran tanto derechos civiles y políticos, como económicos, sociales y culturales, dando cuenta de su interdependencia (Clérico, 2006). De este modo, se establece la exigencia de una protección integral y una satisfacción conjunta, en tanto cualquier situación de vulneración en uno de los derechos debe considerarse respecto al conjunto de derechos protegidos.

Este cambio de posición respecto a la niñez y la juventud[1] implica a su vez el pasaje de la consideración de las necesidades a la de los derechos. En este sentido, los niños/as ya no son representados normativamente como *objeto* de políticas con necesidades a suplir, como receptores pasivos de asistencia o intervención, sino como *sujetos* de derecho frente al Estado y la sociedad (Beloff, 2004).

[1] Si bien los marcos normativos considerados utilizan la noción de *adolescencia*, en esta investigación se utilizarán los términos *juventud/juventudes* en tanto se considera que desplazan el acento exclusivamente de los aspectos del desarrollo evolutivo y psicobiológico para considerar el proceso dinámico y contextual que da lugar a una diversidad de experiencias juveniles construidas socialmente (Reguillo Cruz, 2000; Chaves, 2010; Duarte Quapper, 2000).

En las últimas décadas, el campo de la salud mental también se constituyó en un escenario de avances normativos orientados al reconocimiento de los derechos humanos (en adelante DDHH).

Históricamente, la atención en salud mental (en adelante SM), signada por los lineamientos de un modelo asilar y bajo una lógica de cosificación de las personas, se caracterizó por abordajes basados en el encierro y en la utilización de tratamientos físicos tendientes al control social (Galende y Kraut, 2006; Foucault, 2006; Foucault, 2010; Goffman, 2007).

En Argentina, el informe Vidas Arrasadas (Centro de Estudios Legales y Sociales, 2007) documentó las sistemáticas vulneraciones de derechos humanos que tienen lugar en los grandes asilos y hospitales monovalentes de nuestro país dando cuenta de internaciones prolongadas, utilización de salas de aislamiento, falta de atención médica, condiciones insalubres de alojamiento, sobrepoblación, muertes no investigadas, ausencia de servicios comunitarios y medicalización de problemáticas sociales. Ello puso en evidencia la existencia de políticas orientadas a la segregación de las personas y caracterizadas por situaciones de abuso y vulneración de sus derechos fundamentales.

En este marco, la aprobación de instrumentos normativos con enfoque de derechos representó un cambio trascendental en lo que respecta a la forma de entender y abordar a la salud mental, en tanto legitimó un paradigma de atención basado en el reconocimiento de los usuarios/as[2] de servicios de salud mental como sujetos de derechos y en la promoción de un modelo de atención que sustituya al manicomio y garantice la dignidad humana.

En el ámbito internacional, ello se reflejó en la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante CDPD), sancionada en el año 2006 y ratificada por el Estado Argentino en el año 2008[3]. Los principios aquí establecidos, así como los enunciados en diversos instrumentos internacionales[4] son un antecedente central en lo que respecta a los posteriores avances normativos en materia de Salud Mental en nuestro país.

En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental (en adelante LNSM) N° 26657/2010 y su Decreto Reglamentario 603/2013, y en la provincia de Córdoba la ley de Protección de la Salud Mental N° 9848/2010, hacen eco del

[2] Se entenderá como usuarios a aquellas personas con padecimiento subjetivo que acceden a servicios de atención en salud mental.

[3] El objetivo de este instrumento es la promoción, protección y garantía del conjunto de los derechos humanos de las personas con discapacidad, incluyendo en este grupo poblacional a aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

[4] Declaración de Caracas para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud (OPS-OMS, 1990), los Principios para la Protección de Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental de la Organización de Naciones Unidas (ONU, 1991) y los Principio de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas (OPS-OMS, 2005).

reconocimiento de los usuarios de servicios de salud mental como sujetos de derecho.

Estas leyes establecen la sustitución del modelo de atención centrado en la internación hospitalaria por un sistema de salud mental inserto en la comunidad y basado en los principios de la Atención Primaria de la Salud, que garantice un abordaje interdisciplinario e intersectorial orientado a reforzar, restituir y promover los lazos sociales. Para ello, proponen la progresiva sustitución de las instituciones monovalentes de salud mental por una red integrada de servicios con base en las comunidades, lo cual requiere de la acción conjunta entre las áreas de educación, desarrollo social, trabajo, vivienda, cultura, entre otras, que permitan la implementación de acciones que tiendan a la inclusión social, laboral y la atención integral y humanizada en salud mental.

Si bien resultan innegables los avances conquistados en materia legislativa, se advierte que los marcos normativos no generan cambios *per se* (Cafiero, 2005). Tanto el campo de la salud mental como el relativo a la niñez y la adolescencia se encuentran en un momento de transición entre abordajes y dispositivos tutelares y aquellos que apuntan a garantizar y promover el ejercicio de derechos. Ahora bien, cabe preguntarnos por lo que ocurre en el entrecruzamiento entre los nuevos paradigmas de atención en salud mental y la incipiente conformación del sistema de protección integral de NNA, dado que ambos campos convergen si consideramos el grupo poblacional de NNA con padecimiento mental[5].

El informe anual de UNICEF (2013) acerca del Estado Mundial de la Infancia se aboca a la situación de niños y niñas con discapacidad. Se advierte que entre las respuestas más frecuentes se encuentra la institucionalización, el abandono o el descuido. Los NNA en situación de discapacidad, frecuentemente se encuentran entre los últimos en beneficiarse de los recursos y servicios existentes, y a menudo resultan objeto de discriminación y abuso. Entre las recomendaciones fundamentales para los Estados Partes, se acentúa “poner fin a la institucionalización de los niños y niñas con discapacidad (…). Esto debe estar acompañado de la promoción y el aumento del apoyo en favor de la atención basada en la familia y la rehabilitación basada en la comunidad” (UNICEF, 2013).

La situación de NNA con padecimiento mental en nuestro país es considerada una de las principales problemáticas en el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM, 2013). En este documento, en el que se establecen las líneas prioritarias de acción en políticas de salud mental para el período 2013-2018, se reconoce que la oferta de la red de servicios de Salud/Salud Mental no contempla la especificidad de la problemática en NNA y se determina entre sus objetivos prioritarios la necesidad de aumentar la accesibilidad mediante la adecuación o creación de servicios que tengan en cuenta la particularidad de cada edad; así como la de fortalecer la articulación entre actores del sector de salud, educación, desarrollo social, organismos de protección de derechos y

[5] Se utilizarán en forma indistinta los términos “personas con padecimiento mental” (termino contenido en las leyes N° 26657 y N° 9848) y “personas con padecimiento subjetivo”.

organizaciones de la sociedad civil. A su vez, el PNSM presenta como problemáticas la realización de investigaciones que no responden adecuadamente a las necesidades de los servicios y sistemas de salud; y el insuficiente avance de un sistema de monitoreo y evaluación de la calidad de la atención.

La Secretaria Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, desarrolló un sistema de información acerca de las condiciones de vida de NNA nuestro país[6] en el que releva diversas dimensiones relacionadas al desarrollo integral, entre ellas el Cuidado de la Salud (Ministerio de Desarrollo Social y UNICEF, 2013). Este sistema no cuenta con información que permita conocer acerca de los servicios de atención en salud mental a los que acceden NNA, ni la situación de institucionalización por motivos relacionados a la salud mental.

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones[7] generó en el año 2013 el Registro Nacional de Personas Internadas por motivos de Salud Mental (DNSMyA, 2013) con el objetivo de caracterizar demográficamente las personas que se encuentran internadas en instituciones de salud mental y conocer la adecuación de los servicios de salud a la LNSM. Sin embargo, hasta el momento, debido a que el registro se encuentra en su primera etapa de implementación (DNSMyA, 2014) y a que se han presentado serias deficiencias en su aplicación (CELS, 2015), no se cuenta con datos representativos acerca de las internaciones existentes, entre ellas, las de niños, niñas y adolescentes.

Ante la ausencia de información oficial, distintas investigaciones han documentado problemáticas en servicios de atención en salud mental infanto-juvenil en diversas jurisdicciones de nuestro país. En la Ciudad de Buenos Aires, se registran obstáculos en la internación de adolescentes y dificultades en la articulación interinstitucional e interdisciplinaria, a la vez que se advierte que la falta de dispositivos alternativos lleva a que las internaciones no sean el último recurso implementado (Heredia, 2015).

En la ciudad de Córdoba, la situación de NNA de hasta 14 años de edad internados debido a padecimientos subjetivos se documentó en una investigación que dio cuenta de diversas vulneraciones de derechos tales como ausencia de consentimiento informado y falta de acceso a la información, interrupción de la escolaridad durante la internación, prolongación de internaciones por causas sociales, falta de espacios y servicios de salud específicos con base en las comunidades, escasez de recursos humanos y materiales y una deficitaria administración de los mismos, así como la falta de coordinación y articulación interinstitucional e intersectorial que posibilite la implementación de abordajes integrales (Bonafé et al, 2015),

[6] La Encuesta sobre Condiciones de Vida de la Niñez y Adolescencia (ECOVNA) es un instrumento diseñado e implementado por la Secretaria Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia y UNICEF con el objetivo de ofrecer información acerca de las condiciones sociales y materiales de vida de NNA del país que permita monitorear las principales dimensiones que hacen a su desarrollo integral, así como aportar insumos para perfeccionar el diseño, la implementación y evaluación de políticas públicas destinadas a niños, niñas y adolescentes.

[7] Autoridad de Aplicación de la LNSM

En la última década, la tasa de hospitalización por causas psicosociales en niños, niñas y adolescentes en Córdoba muestra un importante incremento (Bella, Bauducco y Decca; 2012). Existen investigaciones acerca de los motivos y demandas de hospitalización en este grupo etario; sin embargo, son pocos los estudios que dan cuenta de las situaciones de internación por padecimientos mentales y la mayor parte de ellos han sido efectuados en poblaciones adultas (Bella, Bauducco y Decca; 2012).

La inexistencia de abordajes específicos que contemplen las particularidades de cada edad resulta relevante en la provincia de Córdoba. Esto se manifiesta en que no existen programas ni dispositivos de atención en Salud Mental específicos para jóvenes mayores de 15 años que contemplen el abordaje de situaciones que impliquen un riesgo cierto e inminente y requieran por tanto de una estrategia de internación. Los hospitales pediátricos que ofrecen servicios de salud mental brindan atención a NNA de hasta 14 años de edad. Ante esta ausencia, los/as jóvenes mayores de 14 años de edad, generalmente en situación de vulnerabilidad social, que requieren de hospitalización atraviesan situaciones de internación en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial (HNP).

Debido a que dicha institución no se especializa en la atención de jóvenes –su perfil se define como destinado a la atención de personas adultas de entre 18 y 65 años-, se han establecido acuerdos con la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia de la provincia de Córdoba[8] a los fines de contribuir a la protección de los/as jóvenes durante su internación. Sin embargo, no se cuenta con información documentada y sistematizada que permita evaluar la adecuación de este servicio de atención en salud mental a los parámetros establecidos en los marcos normativos vigentes en materia de niñez, adolescencia y salud mental.

En este marco, resulta de utilidad caracterizar este dispositivo y evaluar su adecuación a los estándares vigentes de protección de derechos. Para tal fin, presenta un particular interés considerar prioritariamente la perspectiva de los actores, contemplando a los/as trabajadores de los equipos de salud y cuidadores hospitalarios que intervienen en la atención.

Se considera que ello contribuirá en la elaboración de recomendaciones para el diseño e implementación de políticas públicas integrales que garanticen la protección y el efectivo cumplimiento del derecho a la salud por parte de los jóvenes.

2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo a los estándares de Derechos Humanos establecidos por la ley N° 26657 y la ley N° 26061, ¿en qué aspectos se adecúa a los marcos normativos vigentes el dispositivo de atención en Salud Mental para jóvenes que funciona en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial según la perspectiva de los/as trabajadores?

[8] Autoridad de aplicación de la Ley Provincial de Protección Integral de Derechos de Niños y Adolescentes N° 9944

2.3 OBJETIVOS

a. Objetivo general

Evaluar la adecuación del dispositivo de atención en salud mental para jóvenes del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba a los marcos normativos vigentes desde la perspectiva de los/as trabajadores de los equipos de salud y cuidadores hospitalarios.

b. Objetivos específicos

- Caracterizar la población de jóvenes usuarios que hayan estado internados en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba durante el periodo 2015 – 2016.

- Describir las características del dispositivo de internación para jóvenes que funciona en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba desde el punto de vista de los equipos de salud implicados en la atención y los cuidadores hospitalarios, considerando: a) modalidades de abordaje y prácticas implementadas, b) disciplinas intervinientes en la atención, c) articulación con organizaciones e instituciones intra e intersectoriales, d) reconocimiento de los jóvenes como sujetos de derecho y h) participación de los/as jóvenes en el proceso de atención.

3. MARCO TEORICO REFERENCIAL

3.1 HACIA UN PARADIGMA DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL

A lo largo de la historia de la humanidad, las concepciones sobre la *locura* fueron modificándose sustancialmente. Los cambios de percepción sobre la conducta “anormal” o el padecimiento mental generaron consecuentemente diversas modalidades de respuesta. Distintos autores (Foucault, 2010; Ingenieros, 2005), realizan una reconstrucción histórica al respecto dando cuenta cómo cada contexto socio histórico dio lugar a modos particulares de concebir y abordar la *locura*, llevando de explicaciones ligadas a posesiones divinas o demoníacas en la antigüedad a aquellas basadas en etiologías orgánicas con el desarrollo de las ciencias médicas. Es en la modernidad cuando se establece el campo de las “Enfermedades Mentales” dando origen a la Psiquiatría como disciplina idónea para su abordaje.

La exclusión y reclusión en instituciones cerradas así como los tratamientos físicos y correccionales caracterizaron el modelo asilar de abordaje de la *enfermedad mental* (Galende y Kraut, 2006). Las nociones de peligrosidad asociadas al padecimiento mental justificaron las prácticas manicomiales y el encierro como respuesta preponderante. Foucault (2005), respecto a las dinámicas características del modelo asilar, refiere que se instaura un poder disciplinario que posibilita un procedimiento de control constante a partir de un discurso de saber que se autoproclama verdadero. En una línea de sentido similar, Goffman (2007) cuestiona las instituciones totales -entre las que identifica a los hospitales psiquiátricos-, estableciendo que las personas internadas son tratadas como conglomerados indivisibles, manejados en masa por el personal de la institución cuyo deber es vigilar y controlar detentando un lugar de autoridad y superioridad.

A mediados del siglo XX, en el escenario de la postguerra, emergen diversas corrientes que cuestionan el modelo hegemónico y apuntan a generar procesos de reforma en el campo de la salud mental. La *desmanicomialización*, la *antipsiquiatría*, la *desinstitucionalización*, son algunos de los movimientos que se hacen presentes en un contexto mundial en el que comienza a tomar fuerza la proclamación y reivindicación de los Derechos Humanos.

En Argentina, como resultado de cuantiosos movimientos sociales y procesos de participación de usuarios/as, trabajadores y organismos del campo de la salud y los derechos humanos, busca instaurarse un nuevo paradigma de atención en salud mental que encuentra su expresión legitimada en la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 a fines del año 2010. En el mismo año, la Provincia de Córdoba sanciona la ley que, a nivel provincial, apunta a proteger el derecho a la salud mental (Ley N° 9848, 2010).

Estos avances normativos se encuentran enmarcados en el Enfoque de Derechos, marco conceptual y de acción para guiar a los Estados en la orientación de políticas que tiendan a fortalecer las instituciones democráticas a partir de la garantía y el resguardo de los derechos de las personas (Abramovich y Pautassi, 2009). El enfoque de derechos “en el campo de las

políticas públicas aparece como un paradigma que apunta a dejar de considerar a las personas como población con necesidades a ser satisfechas (...) y propone su consideración como ‘sujetos con derecho a demandar’ determinadas prestaciones y conductas, en tanto titulares de derechos que obligan al Estado" (Abramovich, 2006).

Entre los principios centrales que sostienen el paradigma de protección del derecho a la salud mental es posible destacar:

- La sustitución de modelo hospitalocéntrico por un sistema de atención en salud mental inserto en la comunidad.

En base a este eje, la atención en salud mental se debe proporcionar mediante los servicios de salud integral y en entornos comunitarios. En este sentido, se otorga un lugar prioritario a la restitución y promoción de lazos sociales y el sostenimiento de vínculos familiares y comunitarios.

Ello implica no sólo la transformación de las instituciones monovalentes y la promoción de la atención en salud mental en hospitales generales y centros de atención primaria de la salud; sino también el desarrollo de dispositivos sustitutivos al manicomio, tales como casas de medio camino, hospitales de día, centros de capacitación sociolaboral. A su vez, la estrategia de internación hospitalaria, cuando se requiera, debe ser un recurso de carácter excepcional y sostenido durante el menor tiempo posible.

- Abordajes interdisciplinarios

Las normativas actuales reconocen la necesidad de diversas disciplinas en articulación que contribuyan a abordajes basados en una perspectiva integral, en tanto promueven la conformación de equipos de atención en salud mental de carácter interdisciplinario, contemplando áreas y disciplinas tales como enfermería, trabajo social, terapia ocupacional (Ley N° 26657, 2010, art. 8). Ello se refleja también en la habilitación de profesionales de diversas disciplinas para la ocupación de cargos de conducción y gestión –lugar históricamente otorgado sólo a profesionales de las ciencias médicas-.

- Intersectorialidad

Se basa en la creación de una red integrada de servicios y programas con base en comunidad que resulten de la acción conjunta y coordinada de distintos sectores, tales como educación, cultura, vivienda, trabajo, comunicación tendientes a la implementación de acciones de inclusión social, familiar y comunitaria.

- El reconocimiento de los usuarios de servicios de salud mental como sujetos de derecho.

Los/as usuarios de servicios de salud mental han sido considerados tradicionalmente personas destinadas al tutelaje y con necesidades a ser asistidas. Este cambio de paradigma implica no sólo el reconocimiento como plenos sujetos de derechos sociales, económicos, culturales, civiles y políticos, sino también el establecimiento de protecciones y garantías específicas en tanto grupo social históricamente vulnerado.

Los marcos normativos vigentes establecen la presunción de capacidad de todas las personas, lo que conlleva el reconocimiento de la autonomía individual y la capacidad de tomar decisiones relativas a su propia vida.

En lo que respecta a la atención, se reconoce el derecho a poder tomar decisiones relacionadas con el tratamiento en la medida de sus posibilidades, a acceder a información respecto a su salud y a las alternativas terapéuticas garantizando el consentimiento informado y voluntario.

La participación activa en el proceso de atención implica consecuentemente una transformación de las relaciones tradicionalmente asimétricas entre profesionales de la salud y *pacientes* por relaciones horizontales que no impliquen posiciones diferenciales de poder. En este sentido, el reconocimiento del derecho a la información y la participación habilita una relación que no se caracterice por la subordinación profesional – persona que demanda atención, sino que, por el contrario, se reconozcan prácticas y conocimientos de los sujetos acerca de su vida, sus modalidades de atención, su realidad.

3.2 SALUD MENTAL

La salud mental es definida como un "proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona" (Ley N° 26657, 2010, art. 3). Esta definición contempla a la salud mental como un fenómeno complejo atravesado por múltiples dimensiones, como un proceso en interacción y constante movimiento, y no como un estado acabado e inmodificable.

Se adopta la conceptualización de Salud Mental contenida en los marcos normativos vigentes. En este sentido, la utilización del adjetivo *mental* no implica la conceptualización de la salud en términos fragmentarios, dado que "mal puede pensarse en una salud fragmentada en mente –cuerpo- sociedad. Como tampoco puede pensarse en una salud separada de las formas de cuidado y de las respuestas que la sociedad da frente a las problemáticas del enfermar" (Stolkiner, 2013); por el contrario, se propone considerar la particularidad del campo de la salud mental, desde una perspectiva de salud integral.

3.3 EL PARADIGMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

A lo largo del siglo XX tuvo lugar el desarrollo de un proceso de reconocimiento y protección de los derechos de niños, niñas y jóvenes que implicó un progreso en la garantía y la protección de los derechos humanos, a través de instrumentos jurídicos con creciente poder vinculante (Cillero Bruñol, 1999).

Al reconocimiento de que todos los seres humanos gozan de derechos, se añade la existencia de protecciones jurídicas y derechos específicos para determinados grupos de personas considerados en situación de vulnerabilidad.

De este modo, a partir de este proceso de especificación, se reconocen otros derechos además de los reconocidos para todas las personas, con la intención de atender a "situaciones y necesidades fácticas diferentes y plurales, desde un punto de vista cultural, social o biológico" (Clérico, 2006). Así es como fueron consideradas tanto la situación de los/as niños y jóvenes, como la de las personas con padecimiento mental.

La Convención Internacional de los Derechos del Niño, se presenta como un instrumento que reafirma el reconocimiento de los niños como personas, a la vez que ofrece una herramienta de protección específica tendiente a una garantía efectiva de derechos. A partir de allí, los Estados acuerdan un estándar mínimo de tratamiento de la infancia y se obligan a respetarlo, adoptando todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole necesarias para dar efectividad a los derechos reconocidos en este instrumento (Beloff, 2004). Ello da lugar a la sanción de las leyes nacional y provincial de protección integral de derechos de niños, niñas y adolescentes, con la intención de promover la institucionalidad del paradigma de protección integral a nivel local.

Entre las principales características del llamado "Paradigma de Protección Integral" pueden enunciarse la integralidad e interdependencia en la satisfacción de los derechos, la concepción de los niños/as y jóvenes como sujetos de derecho, y el paso de las necesidades a los derechos.

Lerner (2006) considera que se invierte el paradigma según el cual los niños/as y sus familias se encuentran en una "situación irregular", para pasar a entender por irregularidad a las faltas o dificultades de las políticas públicas, o a las prácticas que dificultan el ejercicio de derechos.

En este marco, las intervenciones del Estado no pueden limitarse a situaciones de vulneración de derechos, sino que abarcan todo el Sistema de Protección e implican en gran medida el diseño e implementación de políticas públicas ligadas a la niñez, la juventud y la familia que apunten a garantizar el derecho a la educación, a la salud, al conjunto de derechos sociales, económicos y culturales.

De este modo, el Sistema de Protección Integral requiere de "una nueva ingeniería institucional, diferente a la existente hasta el momento: con nuevos actores, nuevas relaciones entre actores, nuevos procedimientos, nuevas tecnologías de intervención…" (Cafiero, 2005).

Entre los principios centrales y derechos reconocidos que conforman el paradigma de protección integral se reconocen: el interés superior del niño, el principio de autonomía progresiva, el derecho a la participación y el derecho a la convivencia familiar.

A los fines de esta investigación, resulta de interés ahondar en las especificaciones contenidas en los principios mencionados, en tanto establecen parámetros que permiten la evaluación de políticas y programas –entre ellas

los programas de salud mental para jóvenes- a la luz del paradigma de protección integral.

- El principio del Interés Superior del Niño determina que “en todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienes social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una condición primordial a que se atenderá será el interés superior del niño” (CIDN, 1989, art. 3.1).

Ello implica además que, en caso de un conflicto en el que puedan verse involucrados niños, niñas y jóvenes, y otras personas o instituciones, primarían los intereses de aquellos (Freedman, 2006).

- El Principio de Autonomía Progresiva, implica el reconocimiento de la evolución progresiva de la competencia de los niños/as y jóvenes para ejercer sus derechos con autonomía. A partir de este principio, no es posible limitar derechos de niños/as o jóvenes a causa de distintas razones como madurez, capacidad para formarse un juicio propio, o desarrollo emocional; sino que son los adultos/as los responsables de posibilitar las condiciones para que los niños/as puedan ejercer sus derechos en cada momento (Beloff, 2004).

El ejercicio es progresivo en función de la evolución de sus competencias, y corresponde a los adultos brindar la orientación para que puedan ejercer sus derechos (CIDN, 1989, art. 5).

- El Derecho a la participación, reconocido en los distintos instrumentos normativos como *el derecho del niño a ser oído y que su opinión sea tenida en cuenta*, consiste en que niños/as y jóvenes estén en condiciones de formarse un juicio propio y expresar su opinión libremente, lo cual posibilita su participación en cuestiones que lo atañen. Este derecho “se extiende a todos los ámbitos en que se desenvuelven las niñas, niños y adolescentes; entre ellos, al ámbito estatal, familiar, comunitario, social, escolar, científico, cultural, deportivo y recreativo” (CIDN, 1989, art. 12), por lo tanto también al ámbito de la salud pública.

El joven aparece como verdadero sujeto de derecho cuando se pone en juego el derecho a ser oído y que su opinión sea tenida en cuenta, ya que esto deriva directamente de su participación. No es posible considerar a los niños, niñas y jóvenes como sujetos titulares de derechos sin contemplar a la participación como inherente a esta concepción (Minyersky y Herrera, 2006).

En este sentido, la participación de NNA no puede ser considerada al modo de un “como si”. Se entiende a la participación como la posibilidad de incidencia política real, la capacidad de transformación de los espacios concretos; por tanto, la participación de los NNA no puede limitarse a que su voz sea meramente escuchada pero sin inscribirse en una estructura de poder.

Desde esta concepción, no es posible poner en cuestión la capacidad de niños/as y jóvenes para participar, expresar, dar su opinión, “…lo que queda en duda es si el afuera, la lógica del poder en que están insertos en su pasaje por las múltiples instituciones sociales, representa un continente y posibilitador del

desarrollo de la participación en su sentido amplio, es decir del tomar parte en las decisiones que van moldeando sus vidas" (Konterllnik, 2000).

- El Derecho a la Convivencia Familiar

El paradigma de protección integral establece nuevos modos de pensar la relación entre el niño, la familia y el Estado. En este sentido, se establece que tanto la familia como el Estado son considerados corresponsables en el desarrollo de los niños, niñas y jóvenes.

Se reconoce el derecho a ser criado en la familia de origen (CIDN, 1989, art. 9; Ley N° 26061, 2005, art. 11; Ley N° 9444, 2011, art. 14) y a no ser separado de los padres contra la voluntad de éstos, a excepción de que, y a reserva de revisión judicial, autoridades competentes determinen que tal separación es necesaria en función del interés superior del niño/a o joven (O Donell, 2001).

Esta separación, tomada como recurso excepcional y limitada en el tiempo, debe ser realizada conforme al derecho del niño de dar su opinión y que ésta sea tomada en cuenta y respetando el derecho de preservar los vínculos familiares, y el contacto directo de modo regular, en el caso en que se considere que no atenta contra el interés superior del niño.

En todos los casos, la situación de pobreza y vulnerabilidad social no puede ser motivo de separación del niño/a de su familia. Por el contrario, en concordancia con el paradigma de Protección Integral, es el Estado quien debe garantizar aquellas medidas que contribuyan al fortalecimiento familiar y comunitario, prestando la asistencia necesaria para que los padres puedan desarrollar el cuidado y la crianza de sus hijos.

3.4 LA CATEGORÍA JUVENTUD. JUVENTUD(ES) COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL

Las concepciones en torno a la juventud atraviesan tanto los modos de relación adulto-joven como las modalidades de abordaje en torno a cuestiones que los implican.

Cada idea en torno a la niñez y juventud prescribe modos de ser y hacer(se) niño/a-joven, estableciendo *modelos* determinados. Respecto a las implicancias de estas categorizaciones, Bourdieu (1998), nos advierte que "siempre que se utilizan conceptos clasificatorios (…), estos comprenden a la vez una descripción y una prescripción, que no aparece como tal porque se la acepta (casi) universalmente, y admitida como normal…".

A su vez, resulta relevante considerar que no son justamente los/as niños/as o jóvenes quienes han construido las visiones hegemónicas sobre ellos/as mismos/as; por el contrario, tradicionalmente han sido los adultos quienes, han determinado los modos legitimados de definir a la juventud (Duarte Quapper, 2000).

Historizar el lugar que han tenido los/as niños y jóvenes en distintos momentos y sociedades, posibilita situar la temporalidad de estas categoría, a la vez que cuestiona su carácter universal y evidente.

En este sentido, en la definición de la categoría juventud, se advierte la necesidad de un desplazamiento del acento en el proceso de desarrollo psicobiológico natural que en esta etapa de la vida tomaría ciertas características definitivas y preparatorias para la adultez, hacia el contexto social de producción de subjetividades juveniles.

A los fines de esta investigación se empleará la categoría *juventud/juventudes* para enfatizar su carácter social e histórico. Al respecto, si bien los marcos normativos contemplados utilizan la noción de *adolescencia*, se considera que ella se encuentra ligada a discursos que contemplan prioritariamente las delimitaciones biológicas.

Conceptualizar la juventud como una construcción social implica considerar un proceso que tiene lugar en un contexto social, político, cultural y económico determinado, en el cual se vive lo que cada sociedad en particular define como juventud, a partir de experiencias atravesadas por la clase social, el género, la cultura, entre otros. Colángelo (2005) plantea la importancia de dar lugar al reconocimiento de distintos modos de ser niño/a y joven, mediante la adopción de una perspectiva que recupere la diversidad en un sentido amplio y atienda, al menos, a la diversidad cultural, a las desigualdades sociales, y a la dimensión de género.

En este sentido, referir a *las juventudes* (Duarte Quapper, 2000), posibilita poner el acento en la diversidad de modos de ser y de hacer(se) joven, de modos de habitar contextos particulares desde experiencias plurales y dinámicas.

4. METODOLOGIA DE TRABAJO

4.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

La investigación siguió una estrategia metodológica cualitativa de tipo emergente aplicada a un estudio de caso. La investigación cualitativa se enfoca a "comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto" (Sampieri, 2014). Se ha optado por un enfoque cualitativo debido a que el presente estudio buscó comprender la perspectiva de los/as participantes –en particular la de los/as trabajadores - profundizando en sus experiencias, opiniones, significaciones y el modo en que perciben la realidad a indagar. El diseño propuesto para este estudio fue de tipo *comprensivo-interpretativo.*

4.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, institución pública monovalente de salud mental dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Según información oficial, los hospitales monovalentes de la provincia son establecimientos de mayor complejidad destinados a la asistencia de "patologías muy específicas, con posibilidades de internación, indicada en régimen de agudos, en aquellas situaciones de crisis en las que el cuadro clínico del paciente representa un riesgo para sí mismo o para terceras personas. Su función es posibilitar una intervención terapéutica coordinada de recursos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, de contención institucional y complementarios, que permitan restaurar el daño psíquico individual y restablecer, a la mayor brevedad posible, los vínculos familiares y sociales del paciente" (Dirección General de Programas de Salud Mental de la Provincia de Córdoba, 2016).

El HNP ofrece entre sus prestaciones servicios de internación, asistencia en la emergencia y tratamiento ambulatorio. El grupo etario que contempla el perfil institucional es de personas adultas de entre 18 a 65 años.

Al interior del HNP funciona Radio Los Inestables, organización que ofrece diversos espacios de participación ligados al campo de la salud mental, la comunicación y los derechos humanos. Los usuarios jóvenes y adultos que se encuentran en situación de internación o que han estado internados participan de los espacios que ofrece esta organización. Es en este ámbito en el que se desempeña la especializanda, y en donde emerge el interés que da origen al presente estudio.

El HNP se encuentra ubicado en la denominada "Manzana de la Salud Mental". En forma aledaña se sitúa Casa del Joven (en adelante CDJ)[9], definida como una institución monovalente intermedia de salud mental para jóvenes de entre

[9] Si bien esta investigación toma como ámbito al Hospital Neuropsiquiátrico, se incluye una descripción acerca de Casa del Joven dado que, en cuanto institución destinada a la atención ambulatoria de jóvenes de entre 14 y 20 años, se encuentra directamente vinculada a la problemática abordada.

14 y 20 años, cuya función es el desarrollo de acciones de prevención, asistencia y rehabilitación. Las instituciones intermedias están destinadas a la atención de problemáticas psicosociales de riesgo o patologías severas que no requieren de internación y pueden ser abordadas en forma ambulatoria mediante tratamientos específicos.

4.3 DIMENSIONES DE ANÁLISIS

Dispositivos de atención en Salud Mental

Foucault (1985) definió la noción de "dispositivo" como una red de elementos, un conjunto heterogéneo compuesto por discursos, instituciones, habilitaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; refiriendo como elementos de un dispositivo tanto a lo dicho como a lo no dicho.

Bajo esta concepción, Agamben (2011) propone considerar a los dispositivos como al conjunto de prácticas, mecanismos, saberes, medidas e instituciones cuyo objetivo es gestionar, gobernar, controlar y orientar los comportamientos, gestos, discursos y pensamientos de los seres vivos. En este sentido, los sujetos son aquello que resulta del encuentro incesante con los dispositivos en los cuales han sido puestos en juego y que ellos mismos han construido.

A los fines de la presente investigación, se toma esta noción para referir particularmente a los dispositivos de atención en salud mental, contemplando bajo esta categoría a aquellos destinados al abordaje de la dimensión subjetiva del proceso salud-enfermedad-atención. Utilizar la noción de dispositivo permite considerar, no sólo el diseño e implementación de los servicios de atención, sino también abarcar aquellas dimensiones, discursos, concepciones, vínculos, que se traslucen bajo *lo dicho y lo no dicho.*

En el marco del paradigma de protección del derecho a la salud mental, se propone la noción de "dispositivos sustitutivos" para referir a aquellas acciones y servicios que se diferencian del modelo manicomial asilar y ofrecen modalidades de atención integral e intersectorial que promueven la inclusión social y la atención en salud mental comunitaria, tales como: "consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas" (Ley N° 26657, 2010, art. 11).

La noción de salud en tanto objeto complejo y multidimensional, implica desestimar la posibilidad de pensar en dispositivos fijos e invariantes. Por el contrario, los dispositivos se presentan "como un recurso de artificio, una maquinaria que se arma en virtud de las diferentes y complejas dimensiones que lo atraviesan para acoger, dar lugar allí a la posibilidad de un encuentro…"

(Waisbrot, 2010). En este sentido, el dispositivo es aquello que dispone al despliegue de líneas de visibilidad y de enunciabilidad particulares, creando condiciones para conectar lo que operaba disjunto y para desconectar lo que entraba unido o emparentando, instalando diversos devenires, ofreciendo condiciones de posibilidad (Fernandez, 2007).

Bajo esta noción, se evalúa el dispositivo de atención en salud mental para jóvenes a partir de las siguientes sub dimensiones de análisis:

- *Jóvenes que atraviesan situaciones de internación en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial*

- *Modalidades de abordaje y prácticas de atención*

- *Reconocimiento de los/as jóvenes como sujetos de derecho*

4.4 POBLACIÓN

a. Universo o población objetivo

La población sobre la que recaen las conclusiones de este estudio de caso está compuesta por el dispositivo de atención en SM para jóvenes que funciona en el HNP.

Dicho dispositivo ha sido evaluado desde la perspectiva de los/as trabajadores, entre los que se incluyó a:

- Trabajadores de equipos de salud del HNP que intervengan o hayan intervenido en procesos de atención en salud mental de jóvenes hospitalizados en el período 2015 - 2016.

- Trabajadores de equipos de salud de Casa del Joven que intervengan o hayan intervenido en procesos de atención en salud mental en forma previa o posterior a la hospitalización de jóvenes en el período 2015 - 2016.

- Cuidadoras hospitalarias de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia de la provincia de Córdoba (en adelante SeNAF) que hayan acompañado a jóvenes durante su hospitalización en el HNP.

b. Unidad de análisis

El presente estudio tomó como unidad de análisis al dispositivo de atención en salud mental para jóvenes que funciona en el HNP.

Se identificó a los trabajadores como unidades de observación.

c. Muestra

La muestra fue de tipo intencional y se seleccionó en función del interés teórico (Sampieri, 2014). La conformación de la muestra contempló diversidad de sujetos y situaciones con el propósito de contribuir a ampliar las perspectivas sobre el fenómeno en cuestión. El número de casos no se estableció a priori (previo a la recolección de datos) sino que se tomó como criterio la saturación de categorías.

La muestra estuvo conformada por 12 trabajadores de distintas trayectorias, disciplinas y pertenencias institucionales:

- 9 trabajadores del HNP: 3 enfermeros/as que se desempeñan en distintos turnos (mañana, tarde y noche), 2 psicólogos/as, 2 médicos/as psiquiatras, 2 trabajadores/as sociales (en adelante TS). Se incluyeron profesionales integrantes de diversos equipos y con distintos tiempos de inserción institucional.

- 2 trabajadoras de Casa del Joven: 1 psicólogo/a y 1 médico/a psiquiatra.

- 1 cuidadora hospitalaria de SeNAF.

4.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el desarrollo de este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos de recolección de datos:

a. Entrevistas semiestructuradas

Se llevaron a cabo 12 entrevistas semiestructuradas a trabajadores de los equipos de salud del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial y de Casa del Joven, y a cuidadores hospitalarios.

Se diseñaron previamente tres guías de pautas[10] con los tópicos a indagar –una para cada grupo poblacional-. Las entrevistas fueron registradas a través de grabaciones de audio y luego transcriptas a texto para garantizar fidelidad respecto al discurso de los/as entrevistados.

b. Diario de campo

Se llevó a cabo un registro acerca de aquellos aspectos considerados significativos, tales como decisiones sobre el trabajo de campo, reflexiones, anotaciones sobre la observación y descripciones del contexto y ámbito institucional, datos que fueron incorporados en el análisis desarrollado.

c. Fuentes secundarias

Se llevó a cabo una revisión y análisis de los siguientes documentos institucionales:

- 12 registros mensuales de internación del Área de Estadísticas del HNP correspondientes al período 2015-2016

- 8 historias clínicas (en adelante HC) de jóvenes de entre 15 y 17 años internados en el periodo 2015 – 2016.

- Protocolos de actuación y documentos relacionados a la internación: Protocolo de guardia interdisciplinaria, modelo de consentimiento informado, hoja de internación, ficha de derivación.

[10] Se incluyen en Anexo las guías de pautas diseñadas para la realización de las entrevistas.

4.6 DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS DE DATOS

El estudio se realizó siguiendo los postulados de la Teoría Fundamentada, considerando que el propósito la misma es generar, a través de un procedimiento cualitativo, una teoría basada en datos empíricos que pueda aplicarse a áreas específicas, es decir, a un contexto concreto. En este sentido, "las teorías sustantivas son de naturaleza *local* (se relacionan con una situación y un contexto particular). Sus explicaciones se circunscriben a un ámbito determinado, pero poseen riqueza interpretativa y aportan nuevas visiones de un fenómeno" (Sampieri, 2014).

El procesamiento de la información se realizó a partir de la utilización de software ATLAS.ti. La codificación y categorización inicial se realizó atendiendo a las categorías que emergieron de los datos[11].

La información obtenida de registros de internación se procesó a través del software para análisis estadístico InfoStat.

Se realizó una *triangulación* de fuentes y métodos de recolección para lograr una mayor riqueza, amplitud y profundidad en los datos.

4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio contempla el resguardo de las pautas éticas internacionales para la investigación en salud[12], y fue evaluado y aprobado previo a su implementación por el Consejo de Evaluación Ética de la Investigación en Salud (COEIS) de la Provincia de Córdoba.

Los entrevistados participaron de forma libre y voluntaria, y fueron informados acerca de los propósitos de la investigación, asi como del anonimato y la confidencialidad que se garantizará respecto a la información provista. Todos los participantes suscribieron de manera escrita un consentimiento informado[13].

En consonancia con uno de los principios fundamentales del Enfoque de Derechos y con el derecho de niños/as y adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta en cuestiones que los atañen, se considera que la participación de los/as jóvenes usuarios de servicios de salud mental resulta imprescindible en el diseño, ejecución y evaluación de los programas y políticas en esta materia[14].

[11] Se adjuntan en Anexo los mapas de categorías construidos en el desarrollo del análisis de datos

[12] El diseño de la propuesta se realizó contemplando las sugerencias establecidas en la "Guía para investigaciones en salud humana" elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación según resolución 1480/11

[13] Se adjunta en Anexo el modelo de Consentimiento Informado.

[14] La Observación General N° 12 (Naciones Unidas, 2009) acerca del Derecho del Niño a ser oído, establece respecto al campo de la salud, que es necesario "introducir medidas para permitir que los niños aporten sus opiniones y experiencia a la planificación y programación de servicios destinados a su salud y desarrollo. Se deben recabar sus opiniones respecto de todos los aspectos de la prestación de servicios de salud, incluidos los servicios que se necesitan, la forma y el lugar en que se prestan mejor, los obstáculos discriminatorios al acceso a los servicios, la calidad y las actitudes de los profesionales de la salud y la forma de promover la

Debido a consideraciones éticas amparadas en el Interés Superior del Niño, se decidió no incorporar la perspectiva de los/as jóvenes contemplada inicialmente. Atendiendo a que la complejidad de la temática en estudio puede llegar a tener implicancias emocionales en los/as entrevistados, y dado que muchos de los/as jóvenes no cuentan actualmente con atención terapéutica que permita abordarlas, se consideró que no fue posible asegurar las condiciones de cuidado que garanticen su resguardo en esta instancia.

capacidad de estos niños para asumir niveles mayores de responsabilidad por su propia salud y desarrollo. Esta información se puede obtener, por ejemplo, mediante sistemas de recogida de comentarios para los niños que utilicen los servicios o participen en procesos de investigación y consultivos (…)".

5. ANALISIS

5.1 JÓVENES QUE ATRAVIESAN SITUACIONES DE INTERNACIÓN EN EL HOSPITAL NEUROPSIQUIÁTRICO PROVINCIAL

Existe una diversidad de modos de ser y hacerse joven (Duarte Quaper, 2000) atendiendo a las experiencias singulares y atravesamientos sociales, económicos, culturales, de género particulares. “El sistema de apropiación desigual de los medios de producción material y simbólica en la que vivimos no puede producir una única juventud de la que podamos (…) hablar generalizadamente” (Chaves, 2012).

Cualquier intento de homogeneizar, mediante una caracterización general, a los/as jóvenes que llegan a una situación de internación resultaría simplista frente a la complejidad de circunstancias y experiencias que se presentan. Aun así, cabe referir una serie de líneas de sentido que recurren y se reiteran respecto a este grupo poblacional.

Edad y sexo

El análisis del registro de internaciones del área de estadística del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial da cuenta de que, durante el período analizado (agosto 2015 – julio 2016), se han llevado a cabo 82 internaciones a jóvenes de entre 15 y 21 años de edad[15].

De los 68 jóvenes que han estado en situación de internación y/o re-internación, 10 de ellos tenía entre 15 y 17 años de edad al momento de la internación, lo cual representa un 14,7%.

Resultan más frecuentes las internaciones de jóvenes varones. Del total de jóvenes considerados, el 66% corresponde a jóvenes de sexo masculino (45 jóvenes varones), mientras que las jóvenes de sexo femenino representan un 33% (23 jóvenes mujeres).

Escolaridad

Los registros estadísticos institucionales no contemplan información específica acerca de las situaciones ligadas a la escolaridad de los/as jóvenes.

Sin embargo, el análisis realizado a partir de la revisión de historias clínicas de jóvenes internados de entre 15 y 17 años da cuenta de que los/as jóvenes, en su mayoría, no se encuentran escolarizados. Se refieren situaciones en las que

[15] Si bien esta investigación contempla especialmente al grupo poblacional de jóvenes de entre 15 y 17 años de edad, se incluyeron en este ítem los registros de internaciones de jóvenes de hasta 21 años debido a que en documentos institucionales del HNP se establece la intencionalidad de un resguardo especial para usuarios/as internados contemplados en este rango etario. Cabe señalar que las tres instituciones directamente vinculadas al dispositivo analizado (Hospital Neuropsiquiátrico, Casa del Joven y SeNAF) establecen delimitaciones etarias distintas respecto al grupo poblacional de jóvenes.

los obstáculos para el acceso o permanencia en el sistema educativo en ocasiones se relacionan con su situación de salud: “Se quedó libre en la escuela por faltas porque `me quedaba en casa deprimida´”; “Este año me porté mal en el colegio, tomé pastillas en el baño con unas amigas para drogarme. Ahora no me dejan volver hasta no llevar un informe psicológico“; “por la mala conducta que tenía en el colegio comenzó tratamiento” (fragmentos de Historias Clínicas de jóvenes de entre 15 y 17 años).

Al respecto, distintos trabajadores entrevistados coinciden en que en general, la ausencia de escolaridad es una característica que atraviesa a la mayoría de los jóvenes. La dificultad para sostener un espacio escolar por parte de los/as jóvenes se relaciona con la imposibilidad “de las instituciones para alojarlos y contenerlos con las necesidades que ellos tienen o las problemáticas que ellos tienen” (entrevista a psicóloga de HNP).

La desafiliación de la educación media resulta una problemática que genera desigualdad social (Tabaré, 2010); suele tener consecuencias negativas en lo que respecta a la participación social, económica y cultural de los/as jóvenes, y se presenta como un factor de reproducción de la pobreza (UNICEF Uruguay, 2013).

Prácticas de consumo

Las prácticas de consumo de drogas, legales y/o ilegales, resultan una constante entre los/as jóvenes que se encuentran internados, “la mayoría son adolescentes que consumen” (Entrevista a enfermera de HNP).

Al caracterizar a los/as jóvenes, los trabajadores refieren permanentemente a la presencia del consumo en sus vidas cotidianas, el cual es asociado a situaciones familiares y contextuales de vulnerabilidad social:

> “Y este último tiempo también, son chicos con la cuestión de adicciones, que están en situación de mucha más vulnerabilidad y como que hay que ir viendo el tema de las adicciones porque es lo que está recurriendo” (Entrevista a enfermero de HNP)

> “casi seguro que la mayoría vienen de familias en las que sí hay antecedentes de consumo, y poli consumo, no solamente en el adolescente, el padre, el hermano. Todo como muy vulnerable en el afuera, la mayoría” (Entrevista a enfermera de HNP)

En general se identifican consumos problemáticos y desde edades muy tempranas que inciden en el estado de salud de los jóvenes, y en ocasiones se manifiestan en situaciones de evidente deterioro psicofísico y cognitivo.

> “Chicos con antecedentes de consumo, chicos de 16 años que tienen años de consumo de todo tipo de sustancias, sin tratamientos previos” (Entrevista a TS de HNP)

> “Y algunos vienen ya que la cabeza no les da para nada digamos, es muy difícil trabajar con ellos, ya intelectualmente ya poco les

> queda, porque han empezado de chicos a consumir, y de verdad que uno los ve y no sabes para donde correr digamos, qué haces con estos chicos que no tienen quien los contenga, bueno, creo que la única salida por ahí a las situaciones familiares es el consumo, el consumo, pobreza, hambre, falta de afecto digamos, básicamente me parece" (Entrevista a TS de HNP)

Experiencias previas de institucionalización

Muchos de los/as jóvenes que son internados en el HNP han transitado por diversas situaciones de institucionalización a lo largo de sus vidas. Hogares de cuidado para personas con discapacidad, residencias para niños/as y adolescentes sin cuidados parentales o que han sido separados de su centro de vida, centros para jóvenes en conflicto con la ley, son algunos de las instituciones totales que los/as jóvenes han transitado en forma previa y/o posterior a la internación por motivos de salud mental en el Hospital Neuropsiquiátrico.

> "situaciones que han sido también más complicadas previamente y han pasado ya por otro tipo de instituciones, como lo que eran los antiguos institutos de menores o las instituciones para jóvenes con conflicto con la ley penal" (Entrevista a psiquiatra de HNP)

Acerca de las condiciones concretas de existencia de los/as jóvenes

Los/as jóvenes que llegan a una situación de internación se encuentran en realidades signadas por situaciones de fragilidad y vulnerabilidad social.

Al caracterizar a los/as jóvenes, los trabajadores refieren permanentemente a problemáticas sociales que atraviesan sus condiciones de vida.

> "no tienen donde estar, no tienen dinero, no es querido por la familia, es marginado totalmente, y vuelve al hospital" (Entrevista a enfermera de HNP)

> "son chicos con mucho… no sé, me sale la palabra vacío (…) chicos como muy solos, a la deriva, con mucha conflictiva familiar, con cuadros de mucha impulsividad, donde es muy difícil –no digo que no se pueda hacer-, pero donde es muy difícil entablar un vínculo muchas veces a través de la palabra, como que no tienen esto incorporado de la palabra, del hablar. Como mucho vacío en ese sentido. Y a la vez muy llenos de toda estas inestabilidades, (…) vidas de mucha violencia, de lazos sociales rotos…" (Entrevista a psicóloga de HNP)

> "la mayoría de los pacientes vienen con patologías duales, con familias muy fragmentadas –cuando llegan con algún familiar que los pueda acompañar-, o con un estigma muy grande en realidad en relación a la locura o a la problemática de salud mental"

(Entrevista a TS de HNP)

Las problemáticas identificadas como pertenecientes al campo de actuación de la salud mental se encuentran indisociablemente ligadas a las condiciones materiales de existencia y en general a la concreción de derechos económicos, sociales y culturales.

Algunos/as trabajadores consideran que estas problemáticas sociales se han exacerbado en los últimos años trayendo aparejado un aumento de las situaciones de desigualdad social, lo que ven traducido en una mayor cantidad de demandas de atención. Simultáneamente, el recorte y vaciamiento en algunas instituciones del Estado destinadas a la atención de niños/as y jóvenes en la que se han producido despidos de profesionales, imposibilita aún más el abordaje integral de estas situaciones.

> "hay poca gente y mucha, mucha demanda, muchas situaciones que últimamente se está viendo cada vez peor, (…) uno ya empieza a ver la situación económica, como padres sin trabajo, situaciones ya de quedar sin trabajo, de pobreza, entonces eso hace que genere mucha demanda, y si, se resuelve como se puede, `y bueno, medicalo', `y bueno, calmalo' y viste?, porque no hay un trabajador social que vaya a hacer la visita" (Entrevista a Psicóloga de CDJ)

> "y yo particularmente lo siento como este último año, esta nueva gestión nacional en la cual empezaron a sacar gente de SeNAF, empezaron a sacar gente de Violencia, gente del Complejo, (…) ahí te das cuenta cuál es el criterio, no?, la pobreza y el ser loco es lo que menos importa" (Entrevista a psicóloga de CDJ)

5.2 MODALIDADES DE ABORDAJE Y PRÁCTICAS DE ATENCIÓN

5.2.1 TIPOS DE ABORDAJE

Tal como se especificó, el HNP cuenta con distintas prestaciones para la atención de problemáticas de salud mental de usuarios adultos/as.

Si bien se puntualizará especialmente en la modalidad de atención a los/as jóvenes en cada uno de estos servicios, algunas cuestiones refieren a modalidades de abordaje institucionales generales.

Acerca de la inexistencia de recursos institucionales que brinden atención a jóvenes en situación de crisis y urgencias en salud mental

La LNSM establece que las internaciones son consideradas recursos terapéuticos de carácter restrictivo, por tanto deben llevarse a cabo en forma excepcional, durante el menor tiempo posible, y sólo cuando aporte mayores beneficios que otras intervenciones que puedan llevarse a cabo en el entorno familiar, comunitario o social. Respecto a la internación de niños, niñas y adolescentes especifica que "se procederá de acuerdo a la normativa nacional

e internacional de protección integral de derechos" (LNSM, 2010, art. 26). La internación de NNA "debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros" (LNSM, 2010, art.20).

Todos/as los trabajadores que han participado de esta investigación coinciden en el carácter restrictivo que implica implementar una estrategia de internación, motivo que lleva a que se considere la excepcionalidad de este recurso, especialmente cuando se trata de jóvenes:

> "la idea nunca es internar, siempre es tratar de resolver de otra forma, ya sea con los jóvenes en particular, en su domicilio, con acompañamiento de su familia o de la red que tenga (…). Se evalúa entre todos, qué posibilidad hay de que no se interne, qué hay afuera y con qué cuenta, cómo se puede armar algo, y si no, la última instancia es la internación" (Entrevista a TS de HNP)

> "Cuando se interna un paciente, aparte que lo marca la ley de salud mental es lo último que haces, la última instancia, y que generalmente es la última instancia, además de que son casos muy conflictivos, en donde no hay lazo familiar, donde se ha roto todo, el vínculo está totalmente roto" (Entrevista a enfermera de HNP)

Si bien se prioriza en la práctica cotidiana el desarrollo de abordajes ambulatorios, se identifican situaciones de crisis que implican un riesgo cierto e inminente para los/as jóvenes, ante las cuales se reconoce la necesidad de abordajes específicos.

> "el criterio de internación aguda, por una excitación psicomotriz, por una depresión profunda, con mucha ideación suicida, mucho riesgo para la persona, a ver, este tipo de criterio de internación realmente son contados con los dedos de las dos manos a lo largo de todo el año. Pero cuando se presentan son estruendosos, son muy fuertes, y requieren de un gran compromiso, de una gran agilidad mental y de evaluación de recursos para poder ver que se hace con eso" (Entrevista a psiquiatra de CDJ)

Para el abordaje de situaciones de crisis, CDJ propone una modalidad de trabajo "parecido a lo que sería una internación domiciliaria, que no es internación domiciliaria pero sí es un abordaje ambulatorio intensivo para pacientes que están en estado crítico y que pueden sostener -con sus padres que los contienen o mayores responsables- un tratamiento farmacológico en el domicilio (…). Se lo controla diariamente por guardia hasta que pueda luego empezar su terapia psicológica o el abordaje que sea indicado en forma ambulatoria" (Entrevista a psiquiatra CDJ).

Para el sostenimiento de esta modalidad es necesario que los/as jóvenes cuenten con la presencia de adultos/as en su centro de vida que tengan la posibilidad de acompañarlos en forma permanente. En estas situaciones, resulta central el rol de los/as adultos, quienes deben estar a cargo del cuidado

y acompañamiento intensivo, respetar las indicaciones de administración de la medicación y garantizar la asistencia a los controles diarios por guardia hasta que el/la joven pueda iniciar un tratamiento ambulatorio semanal.

Ahora bien, ante este escenario se presenta la pregunta respecto a qué ocurre con aquellos/as jóvenes que se encuentran en una situación de crisis y/o urgencia en salud mental y los recursos institucionales, socio familiares y comunitarios resultan insuficientes para sostener un abordaje ambulatorio.

En estas situaciones, los/as jóvenes atraviesan un proceso de internación hospitalaria en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, pese a que el perfil de dicha institución es destinado a la atención de adultos/as y por tanto no cuenta con los recursos institucionales, dispositivos específicos ni profesionales especializados en la atención a jóvenes, déficit que es identificado por los/as trabajadores:

> "Obvio que tampoco consideramos que el lugar para una internación de un adolescente sea un Neuropsiquiátrico de adultos, de agudos, pero no quedan otras posibilidades (…). Nosotros trabajamos en que, obvio, que la internación sea la última instancia en caso de necesidad" (Entrevista a psicóloga de CDJ)

> "Hay una franja muy complicada que es de los 14 a los 18 años, que no sabemos dónde internar nunca, y no lo vamos a saber. Yo, desde los veintipico de años que tengo en el sistema de salud mental te digo que internar a un joven de 14 a 18 años es la cosa más problemática que hay. (…) en los hospitales infantiles, en los pediátricos, no hay lugar porque supuestamente ya son mayores de 14 años, en un psiquiátrico como el Neuro tampoco se lo puede internar porque es un menor (…), bien, entonces, ¿qué hacemos con el joven?" (Entrevista a psiquiatra de CDJ)

> "A mí me parece que el joven no tiene que ser internado en un lugar de adultos. Como a rajatabla. No. Tiene que tener un lugar de internación, cuando lo requiere, en otro lugar distinto. Y con el tratamiento (…) de un equipo formado para trabajar con jóvenes" (Entrevista a TS de HNP)

Servicio de guardia

El Protocolo de Guardia Interdisciplinaria del HNP, formulado en el año 2011, establece que el servicio de guardia está conformado por un equipo interdisciplinario integrado por un médico/a psiquiatra, un psicólogo/a, un trabajador/a social y un enfermero, que estará a cargo de la atención de las urgencias ambulatorias y de las urgencias del internado. Se prevé que la guardia funcione de lunes a viernes las 24 hs en forma interdisciplinaria, mientras que los días sábados y domingos esté cubierta sólo por un profesional médico psiquiatra.

Pese a lo establecido en los documentos institucionales, los trabajadores dan cuenta de que recientemente el carácter interdisciplinario del servicio de guardia se encuentra restringido, dado que durante la noche, es decir, de 20hs a 8hs sólo está cubierta por profesionales médicos psiquiatras. A su vez, debido a la falta de personal, los/as enfermeros no conforman los equipos de guardia en ninguno de los turnos, debiendo desempeñarse permanentemente en el área de internado, lo cual limita su accionar en el servicio de guardia sólo a las situaciones de urgencia específicas que así lo requieren.

Respecto a la atención de jóvenes en el Servicio de Guardia, dado que la institución cuyo perfil está destinado a la atención de jóvenes es Casa del Joven, se prioriza que en primera instancia los/as jóvenes reciban atención en dicha institución. Debido a que el horario de atención de CDJ es de lunes a viernes de 8 a 19hs, las situaciones de urgencia que se presentan fuera de ese rango horario son receptadas en el Hospital Neuropsiquiátrico.

> "el joven menor de 18 entre las 8 de la mañana y las 7 de la tarde tiene que ser atendido por la Casa del Joven, Casa del Joven tiene guardia en ese horario. Supongamos que viene fuera de ese horario, sí se los atiende acá porque no hay otro lugar" (entrevista a TS HNP)

Ello implica que mayoritariamente, con excepción de aquellas situaciones en las que los/as jóvenes son derivados desde Casa del Joven o que llegan con una orden de internación judicial, la asistencia de jóvenes en la guardia del hospital se realiza en el horario nocturno y por tanto, de manera unidisciplinaria.

En la guardia se realiza una valoración general de la situación: se llevan a cabo entrevistas con el/la joven y los/as adultos que se encuentren acompañándolo, se valora la posibilidad de sostener un abordaje ambulatorio en función de los recursos familiares y comunitarios, en caso de que se considere necesario se administra medicación para abordar las situaciones de excitación psicomotriz. Es decir, se intenta primordialmente que la internación sea la última alternativa posible.

> "[los jóvenes van] sobre todo cuando no hay mucha gente en la guardia, son situaciones de fin de semana, son situaciones de la noche, y la verdad que la guardia tiene un mecanismo de funcionamiento cada vez más acotado y lamentablemente cada vez más la intervención es psicofarmacológica (…). Entonces generalmente cuando llega acá, o con la policía, o con 25 familiares, o con los vecinos, o con lo que sea, hubo una situación ya desencadenada digamos. Entonces bueno, es escuchar un poco lo que le pasa al joven, lo que dicen los otros referentes, muchas veces hay cuestiones de consumo de sustancias, y bueno, y es difícil porque uno no sabe ni que consumieron, y a veces el estado es crítico en el sentido de la excitación, de la agitación psicomotriz, entonces muchas veces se termina medicando y después se ve qué, si hay personas que pueden resultar más bien tranquilizadores de la situación como para evaluar que vuelva al

> domicilio, o si es necesario valorar una internación que es el último de los recursos, pero bueno a veces también se tiene en cuenta" (Entrevista a psiquiatra de HNP)

Internación

- Admisión

La LNSM establece que en el caso de internaciones de NNA debe procederse como si se tratase de internaciones involuntarias, no porque los jóvenes no sean capaces de manifestar la voluntariedad, sino para garantizar de ese modo un mayor control de legalidad y celeridad. Ello implica que debiera ser notificada obligatoriamente en un plazo de 10 horas al juez competente y al órgano de revisión, y enviarse a las 48 horas un dictamen profesional que determine la situación de riesgo cierto e inminente que motivó la internación, la ausencia de otra alterativa eficaz para su tratamiento, asi como un informe acerca de las instancias que se hayan implementado previamente.

La forma de organización institucional y la distribución de equipos terapéuticos responsables según zonas geográficas, en ocasiones lleva a que la admisión no se realice en el momento inmediatamente posterior al inicio de una internación y que, por lo tanto, transcurran días hasta que se designe un equipo a cargo del tratamiento del/la joven. Si bien en dichas situaciones los/as jóvenes reciben asistencia por parte de los profesionales que se encuentren de guardia, no cuentan con un equipo referente que lleve a cabo una estrategia terapéutica y psicofarmacológica determinada.

> "Por ahí puede pasar, porque ha pasado, hay muchas cosas para pulir en el hospital, a los dos días les hacen la admisión, son dos días que el paciente está internado, y nadie le vio la medicación, nadie le hizo la entrevista (...). Ha pasado con menores, y casos gravísimos. Y uno termina siendo cómplice de eso a la larga y a la corta" (Entrevista a enfermera de HNP)

De este modo, si bien la decisión de internación en el caso de jóvenes se toma de manera excepcional y sólo cuando se han agotado otras posibilidades que resulten menos restrictivas, la demora de designación de un equipo a cargo trae aparejado, no sólo que los jóvenes no cuenten con un referente sino que se extiendan innecesariamente los tiempos de internación.

- Tiempos de internación y re internaciones

Cuando se trata de jóvenes, y particularmente jóvenes menores de 18 años, se considera especialmente prioritario que la duración de la internación alcance el menor tiempo posible.

La duración de las internaciones de jóvenes de entre 15 y 17 años en el período analizado tuvo un promedio de 15 días.

El promedio de duración de las internaciones de jóvenes de entre 15 y 21 años

en el período analizado fue de 41 días.

Si bien el 35% (29 internaciones) tuvo una duración menor a una semana, el 32% (26 internaciones) alcanzó una duración de entre 1 y 6 meses. Se registra incluso una internación de 407 días de duración.

Resulta significativo además, que del total de jóvenes internados en el periodo considerado, 16% tuvo al menos una re internación en el mismo período.

Las problemáticas sociales, la ausencia de una red de servicios con base en comunidad que garantice el abordaje ambulatorio, asi como los obstáculos en la articulación con el ámbito de la justicia cuando se trata de jóvenes en situación de judicialización, se presentan como motivos que dificultan la externación.

- Acompañamiento de adultos/as durante la internación

Según se especifica en documentos institucionales, entre los principios generales y modalidades que rigen las internaciones del HNP se determina que los usuarios/as de entre 15 y 21 años de edad deberán ser internados con acompañamiento de un familiar o adulto responsable, a fines de su propio resguardo y de una mejor estrategia terapéutica.

Si bien esta normativa institucional busca resguardar la integridad de los jóvenes en situación de internación dado que se reconoce que no es un espacio apto para su tratamiento, ello trae aparejado una serie de complejidades.

Ante la internación de un/a joven, en primera instancia se apela a que el acompañamiento pueda ser realizado por un adulto familiar, quien debe garantizar su permanencia en la institución diariamente, las 24 hs del día. Resulta dificultoso que este acompañamiento pueda sostenerse en el tiempo debido a las obligaciones laborales y cotidianas de los adultos/as, particularmente difíciles de sortear entre quienes se encuentran en situación de precariedad laboral.

Aun cuando los recursos familiares puedan organizarse para el cuidado de los/as jóvenes, cabe considerar que frecuentemente las situaciones de crisis que motivan una internación se encuentran ligadas a situaciones de alta conflictividad en el ámbito familiar. La internación en aquellas circunstancias da lugar a una ruptura de cierta cotidianeidad otorgando una distancia que contribuye a *descomprimir* la situación familiar crítica.

> “son instancias a veces hasta para descomprimir situaciones como muy conflictivas dentro de la casa que llevan a actuar al joven, ¿no?, porque se ahorcó, porque se quiso suicidar, entonces eso genera como ese descomprimir, porque bueno, la tensión está ahí” (Entrevista a psicóloga de CDJ)

Ahora bien, ello se ve obstaculizado si el adulto familiar que acompaña la internación es justamente aquel de quien el joven necesita distanciarse

momentáneamente; esto trae aparejado que modalidades relacionales conflictivas se reproduzcan y refuercen incluso en el ámbito institucional.

> “Hasta inclusive, cuando algún familiar tiene que quedarse en el hospital, porque como son menores hay una normativa del hospital donde se resolvió que tienen que quedarse con alguien por el riesgo que corren, y generalmente el familiar que se queda no está muy bueno que se quede porque es con quien tiene el conflicto o con quien debería separárselo durante la internación” (Entrevista a TS de HNP)

> “y el único adulto que se quedaba era la madre, la verdad que se repetían las situaciones en el internado (…) esa relación compleja entre ellos se reforzaba en el internado” (Entrevista a psiquiatra de HNP)

Además de las implicancias mencionadas en cuanto al abordaje terapéutico de los/as jóvenes, la permanencia de los/as adultos familiares en el internado en ocasiones resulta incluso perjudicial para su propio estado de salud. La complejidad de la situación que desencadenó la internación del joven que acompañan, el encuentro con otros usuarios en situación de crisis, la vivencia cotidiana de la dinámica institucional propia del internado de un hospital psiquiátrico, resultan algunos de los condicionantes que han llevado ocasionalmente al desencadenamiento de situaciones de crisis en los adultos/as designados para el acompañamiento y cuidado de los/as jóvenes.

> “Y con otro tipo de acompañantes que han sido a veces familiares, a mí me ha pasado en 2 o 3 oportunidades, de tener que medicar al familiar, de entrar en crisis el familiar. Que no sé si es por la misma particularidad de la familia, por la locura familiar, o por el contacto con el internado digamos. No es fácil estar en el internado. Siendo paciente no es, y no siendo paciente peor digamos. Y genera toda una cuestión con los enfermeros también, porque de pronto es alguien que no es paciente y que mira, entonces es una situación jodida digamos, no quieren saber nada (…). Esa vez, el familiar después pidió irse, y yo lo autoricé a irse, porque no soportaba estar ahí adentro” (Entrevista a psiquiatra de HNP)

Cuando se trata de jóvenes que no cuentan en su centro de vida con adultos/as que puedan realizar el acompañamiento, o de jóvenes que estén bajo el resguardo de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, se solicita a dicha dependencia la presencia de Cuidadoras Hospitalarias en la institución.

Las Cuidadoras Hospitalarias son trabajadoras pertenecientes a la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia dependiente del actual Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Provincia de Córdoba. Estas trabajadoras, en su totalidad mujeres, acompañan a niños/as y jóvenes durante su internación en distintas instituciones públicas o privadas de salud.

No se cuenta con información oficial disponible que dé cuenta acerca de las especificidades del rol, la modalidad laboral, las condiciones de trabajo, ni los requisitos para el desempeño de la función de Cuidador/a Hospitalario.

Las irregularidades que caracterizan el quehacer de las cuidadoras hospitalarias han llevado a diversas movilizaciones gremiales, e incluso a la presentación de Pedidos de Informe en la Legislatura de la Provincia de Córdoba[16] solicitando a las autoridades pertinentes respuestas que otorguen claridad al respecto.

Tal desconcierto encuentra resonancias al interior del Hospital Neuropsiquiátrico cada vez que se requiere acudir a cuidadoras hospitalarias para el acompañamiento de jóvenes en situación de internación.

> "[el rol] me parece que no sé cuál es, creo que, intuyo y me parece que se desprende de este nombre que se le da a esta gente que viene, ¿no?, acompañar, que es de cuidadoras. No son custodia, ni tienen ese régimen de la custodia, pero si es importante que estén cuidando, acompañando, en cercanía física, tienen la posibilidad de movilizarse por otras áreas del hospital, para acompañar a estos pacientes si quieren incorporarse en un taller, realizar una actividad. Me parece que la función es esto, acompañarlos en el proceso de internación, pudiendo también permitir que estén en otros espacios y que realicen otras actividades en ese tiempo, pero hay como muchas falencias (…) no sé si los cuidadores realmente saben a qué vienen" (Entrevista a psicóloga de HNP)

Si bien todos/as los trabajadores implicados, desde sus distintas pertenencias institucionales, reconocen la importancia de que los jóvenes no permanezcan solos en el internado y que cuenten con un acompañamiento permanente, la falta de un encuadre claro de trabajo, e incluso las divergencias entre el rol asignado y el rol asumido por las mismas cuidadoras hospitalarias lleva a que la tarea de *cuidado* se asuma de modos muy diversos llevando a atribuciones que en ocasiones exceden el acompañamiento momentáneo para el cual han sido convocadas.

> "Y, la función básicamente, supuestamente, que te hacen creer, es acompañar, pero es como te digo, si el chico está enfermo (…), si toma alguna medicación, tenés que encargarte de que tome la medicación, de que coma, que se bañe, de todo. En el Neuro también. O sea, son niñas que si vos no les decís "bañate", no se bañan, van estar ahí tres meses sin bañarse. Sí, yo creo que la función nuestra es ser mamás sustitutas, creo que es la palabra correcta, porque ellos lo primero que hacen es alejarlos de las familias, o seguramente las familias no quieren saber nada con ellos" (Entrevista a cuidadora hospitalaria)

[16] Proyecto Resolución N° 16618. Fecha 21/04/2015. Pedido de Informe a Ministerio de Desarrollo Social – Secretaria de Niñez, Adolescencia y Familia de la Provincia de Córdoba presentado por Legisladora Provincial.

> “las cuidadoras y el chico que está a cargo, es como que están de igual a igual por ahí, es como que nadie entiende cuál es su rol (…), por ahí como que deja pasar cosas y a veces como que se toma atributos de poner la autoridad, de ir y gritarles, esas cosas” (Entrevista a enfermero de HNP)

La principal falencia, enunciada por todos los/as trabajadores entrevistados, es la inexistencia de formación y preparación para el rol de cuidador. Quienes se desempeñan como cuidadoras hospitalarias no han accedido en ninguna oportunidad a un espacio de capacitación relacionado con la tarea que llevan a cabo, con la particularidad del trabajo con niños/as y jóvenes, ni cuestiones específicas al campo de la salud/salud mental. Además, no existe un procedimiento de selección que contemple formación, experiencia previa, aptitudes personales, competencias laborales ni demás requerimientos relacionadas a la especificidad de la función a realizar. Por tal motivo, el modo en que cada cuidadora realiza su tarea de cuidado y acompañamiento, así como el tipo de relación que se establece con los/as jóvenes queda librado por completo a la voluntad e intuición de las trabajadoras. Ello se ve agravado por la ausencia de espacios de supervisión e intercambio entre las cuidadoras y quienes están a cargo de la coordinación, imposibilitando la revisión y discusión acerca de las situaciones de los jóvenes que están a su cuidado así como de los emergentes institucionales que tienen lugar.

> “En el momento que yo estaba trabajando en SeNAF, capacitación cero. A vos te llamaban, la mayoría de las veces por teléfono, y te decían: *`bueno, de tal hora a tal hora, o tal día a tal día, te toca cuidar a fulano de tal en tal lugar’* Y listo. Vos llegabas allá y te enterabas. (…) y cuando iba allá mi compañera me entregaba el turno y le preguntaba como la había pasado el chico, como había estado su día. Y así, entre nosotras y como podíamos. Cada una se defendía como podía. Porque no tenemos capacitación, porque no somos enfermeras” (Entrevista a cuidadora hospitalaria)

> “no están capacitados y tenemos grandes problemas. No los saben manejar, la relación del vínculo, la transferencia. Ellos no tienen personal, nunca les mandaron enfermeros, entonces dicen *`es lo que hay, al paciente lo tengo que internar, porque es un menor, porque requiere la internación, y si no tengo enfermero por lo menos que vaya este cuidador’*, pero nosotros decíamos que casi en la mayoría preferíamos no tener cuidador, porque terminás cuidando al cuidador y al adolescente” (Entrevista a enfermera de HNP)

> “Yo la verdad que no sé qué capacitación les dan a las cuidadoras, pero sí deberían tener una base de psicopatología, y bueno, qué funciones le corresponden a ellas y hasta qué punto ellas pueden intervenir. Yo creo que es una tarea re difícil y la persona tiene que estar muy capacitada. Te digo que pobres estas mujeres que las ponen a hacer eso, que de la verdad que es re complicado y encima les pagan una beca” (Entrevista a TS de HNP)

La situación se complejiza aún más para las cuidadoras hospitalarias debido a la variabilidad de instituciones de salud –no sólo de salud mental- a las que son destinadas, y por tanto la diversidad de grupos etarios y de problemáticas de salud que motivan la internación de los niñas/os y jóvenes a los/as que prestan su cuidado.

El régimen laboral del Cuidador Hospitalario se enmarca en la figura de Becario. Las cuidadoras hospitalarias perciben una beca que no alcanza el equivalente al salario mínimo, vital y móvil, y cuyo pago no se efectiviza mensualmente sino con periodicidad variable, llegando a transcurrir varios meses sin recibir ningún tipo de remuneración por la tarea realizada. Además, no cuentan con aportes previsionales, ART, asignaciones familiares, licencias, ni ninguna prestación de seguridad social, lo cual refleja una situación de alta precarización laboral y de vulneración de sus derechos laborales.

> "he conocido a laburantes de SeNAF, y que te cuentan en las condiciones en que laburan y vos decís `*nosotros los puteamos por esto, por lo otro',* y bueno, sí, pero ellos están laburando en unas condiciones infrahumanas. Estas cuidadoras de SeNAF pobrecitas, pobrecitas" (Entrevista a psiquiatra CDJ)

> "nosotras ya hacíamos mucho barullo con la gente de ATE, porque queríamos que nos paguen, porque pasaban 3 o 4 meses que no cobrábamos, o por algún reclamo (…). [Las condiciones laborales] son muy malas, porque no te dan guantes, no te dan barbijos, no te dan ropa, o sea una chaqueta, no te dan alcohol en gel, protección ninguna. Si los chicos tienen alguna enfermedad vos no la sabes, porque no te informan. No te informan" (Entrevista a cuidadora hospitalaria)

Las mencionadas irregularidades encuentran su correlato en serias falencias que se presentan en la práctica cotidiana.

En reiteradas ocasiones los jóvenes permanecen solos en el internado por largos periodos de tiempo aun cuando tienen designado el acompañamiento de un/a cuidador hospitalario, lo cual constituye la principal preocupación para todos los/as trabajadores del HNP.

Las ausencias se deben a diversos motivos: la falta de una coordinación clara por parte de SeNAF en relación a la organización del trabajo, a la designación de la institución y de horarios de inicio y finalización de la jornada laboral que debe cumplir cada cuidador, lleva a que permanentemente haya turnos sin cubrir –y por lo tanto jóvenes que permanecen sin la presencia del cuidador-.

La disconformidad por parte de las cuidadoras hospitalarias respecto a las condiciones laborales y a la falta de reconocimiento de su tarea se presenta como un escenario que da lugar a ausentismos y falta de cumplimiento de horarios y tareas establecidas.

> "te saltaba el corazón de madre de tratar de hacer, y por ahí decías, `*¿vale la pena, por lo que están pagando?'* si después nadie te valora nada (…). Porque te cansas, porque te enfermas.

> Yo tenía la tensión a 16 un día. Te terminas enfermando ¿viste? Y decidís entre tus hijos, tu salud, o ese trabajo" (Entrevista a cuidadora hospitalaria)

Por otro lado, la inespecificidad del encuadre de trabajo y la falta de preparación para la tarea lleva en ocasiones al desarrollo de acciones que no sólo van en desmedro del acompañamiento sino que resultan inapropiadas para el ámbito institucional tales como el establecimiento de vínculos personales y relaciones afectivas con otros/as usuarios en situación de internación.

> "Esta chica de hecho que se fugó, ya en dos ocasiones, estaba con una cuidadora que llegó tarde, muy tarde la cuidadora, pero finalmente llegó, y después como que, conversando con enfermería, nos enteramos que la paciente en el momento en que se fue en realidad la cuidadora estaba en el patio, charlando con otros pacientes, no?, no cumpliendo la función, o sea, están por la persona que se encuentra internada, en un momento delicado de salud, teniendo en cuenta que no es una institución para ellos, que hay que acompañarlos por muchos motivos, que hay otras patologías, gente de otras edades, que tienen otros problemas, no es el lugar adecuado" (Entrevista a psicóloga del HNP)

> "No las controlan, establecen vínculos con otros pacientes, llámese vínculos hasta afectivos hemos tenido, eh? Casos gravísimos, en donde no sabías quien era quien" (Entrevista a enfermera del HNP)

El acompañamiento por parte de adultos/as en el internado, aun si pudiesen regularizarse las condiciones referidas, resulta un paliativo que no resuelve en sí mismo la falta de adecuación del dispositivo de atención a las especificidades de la población considerada. Sin embargo, la elevada exposición a situaciones de riesgo que implica para los/as jóvenes la vivencia de internación fundamenta la relevancia de la presencia adulta permanente en el escenario institucional.

- *Situaciones de violencia en el internado*

Existe un importante consenso acerca del impacto negativo de la institucionalización en la vida de niños/as y jóvenes asi como sobre el aumento de los riesgos de sufrir distintos tipos de violencia (UNICEF, 2013). Además, cuestiones ligadas a la institucionalización tales como la estigmatización, el aislamiento y la falta de socialización llevan a niños/as y jóvenes a mayores riesgos de ser víctimas de violencia tanto durante la institucionalización como en forma posterior a ella (UNESCO, 2006).

Según el Informe Mundial sobre la Violencia contra los Niños y Niñas (UNESCO, 2006) existen una serie de factores que contribuyen a la violencia en las instituciones de protección -entre las que se incluye a las instituciones psiquiátricas-. Entre ellos se enuncia la baja prioridad e importancia otorgada por parte de los gobiernos a los niños/as y jóvenes más desfavorecidos de la

sociedad, entre ellos quienes tienen una discapacidad psicosocial. El personal inadecuado se presenta como otro factor clave ligado a la violencia en las instituciones, en particular, se considera la escasez de personal, la mala remuneración, el desempeño de trabajadores sin cualificación adecuada y la falta de supervisión. A su vez, otro elemento que agrava las situaciones de violencia se presenta cuando niños/as y jóvenes no están separados de adultos/as sino que se encuentran alojados en el mismo espacio. En estas situaciones, la edad, tamaño, sexo u otras características los coloca en un lugar de mayor vulnerabilidad.

Todos estos factores se entrecruzan en mayor o menor medida en el escenario institucional que aquí se analiza.

Respecto al personal, las condiciones laborales relacionadas a los Cuidadores Hospitalarios se desarrollaron en extenso. Sin embargo, cabe referir además a las circunstancias de los trabajadores pertenecientes al HNP. La escasez de personal de enfermería se presenta como una preocupación permanente, en tanto se considera que la cantidad de enfermeros/as es insuficiente para garantizar el adecuado desarrollo de las distintas tareas asignadas. El servicio de enfermería del turno noche, por ejemplo, cuenta con tan sólo 3 enfermeros que deben estar a cargo del cuidado de las personas que se encuentran internadas, realizar ingresos, atender urgencias del internado y urgencias ambulatorias en la guardia en el caso de que sean solicitados. Estas condiciones llevan a que las personas en situación de internación –entre ellos los/as jóvenes- transcurran largos períodos sin supervisión. Cabe destacar además la falta de personal de coordinación y la inexistencia de instancias de capacitación para quienes se desempeñan en este turno.

> “Bueno a cierta hora de la noche, las enfermeras del Neuro cierran con llave la puerta y es tierra de nadie eso. 12 de la noche más precisamente, atrás de una puerta de chapón, no existe más nadie. Los internos y las personas que cuidamos a los chicos quedamos solas, y desprotegidas” (Entrevista a cuidadora hospitalaria)

La escasez de personal es especialmente significativa los fines de semana. Se han registrado situaciones de extrema gravedad en el internado que no han podido ser asistidas a causa de contar con sólo un profesional médico a cargo del servicio de guardia.

En el internado, la convivencia de los/as jóvenes con usuarios/as adultos internados los expone a situaciones que ponen en riesgo su integridad psicofísica.

Respecto a los jóvenes varones, se reconoce particularmente la exposición a situaciones de violencia física, peleas, agresiones verbales, robos, que se desarrollan en una situación de subordinación de poder respecto a los usuarios adultos:

> “y es muy impactante… uno lo naturaliza pero es muy impactante para un joven entrar al internado. Qué se yo. Las peleas, el estado de algunos pacientes, el tipo de cosas que dicen, el olor, la pérdida de un espacio como de privacidad. Es una estupidez, pero dormir 2

> o 3 días en un espacio en el que a lo mejor te cambian y no tenés un lugar que es tuyo, cualquiera entra. Más allá de que se intenta cuidar con el cuidador, de que el joven pueda descansar a la noche y que alguien lo está mirando, pero no. Roban, se chorean cosas… eso viene siendo en los últimos años como una cuestión asi… como hay pacientes que son crónicos -lamentablemente porque no hay donde mandarlos-, se arman como territorios, entonces hay un código ahí medio tumbero casi, y no está bueno me parece" (Entrevista a psiquiatra de HNP)

El riesgo de abuso sexual, sobretodo en relación a las jóvenes mujeres, se presenta como una posibilidad permanente.

> "debería estar cuidando, sobre todo con las chicas, sobre todo con las chicas, acá hay adultos hombres mayores, viste?, y bueno, cuidarlas también de eso, porque las chicas no están bien, no dimensionan lo que la otra persona les dice o les propone, y bueno ahí deberían ellas estar ahí con las antenas bien alertas, justamente para eso, pero nosotros queremos cuidarlos, si están acá que por lo menos no les pase nada, porque la verdad que ese es el riesgo" (Entrevista a TS de HNP).

> "pasan un montón de situaciones, un montón de situaciones, algunos de los más grandes le pegan, son violados, vos ves un montón de cosas ahí adentro. (…) Porque los chicos que lleva SeNAF al Neuro, chicos y chicas, nenas y varones, conviven con los otros internos que son mayores de edad. Entonces, a lo mejor una de las niñas se estaba bañando, y de lo bien que está bien un interno mayor, que no tiene nada que ver con… y se mete el baño, porque ellos no están bien (…). Y bueno, en ese momentito que vos estás parado en la puerta, sac, se mete un tipo, y vos no tenés fuerza…" (Entrevista a cuidadora hospitalaria).

> "Bueno, la vez que yo cuidé una de las chicas, ella cuando lo decidía iba y se metía en la habitación de los varones. Y pasaba por uno de los internos y por otro, por otro, por otro, y por otro" (Entrevista a cuidadora hospitalaria).

5.2.2 INTERDISCIPLINA Y TRABAJO EN EQUIPO

La interdisciplina contribuye a una lectura integral limitando el reduccionismo biologicista que caracterizó a abordajes tradicionales del campo de la salud mental. En este sentido, la complejidad que suponen las problemáticas de salud mental impide su abordaje desde un único campo disciplinar, "se presentan como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos" (Barcala, 2009).

Todos los equipos de salud del HNP están conformados por profesionales de distintas disciplinas, sin embargo hay una predominancia de médicos

psiquiatras por sobre las disciplinas no médicas (psicología y trabajo social), lo que se refleja en la preeminencia de abordajes farmacológicos.

Debido a la escasez de psicólogos/as y trabajadores/as sociales, todos los usuarios/as internados reciben atención psiquiátrica; no así asistencia psicosocial. Los criterios que determinan la intervención de estos profesionales en cada situación difieren en los distintos equipos de atención; en algunos se identifica la valoración de la urgencia y en otros la disponibilidad de los/as profesionales en función de la cantidad de demanda con la que se encuentren:

> "Y la psicóloga depende, hay equipos que es depende del número de pacientes que tiene, ponen un tope de pacientes, y hay equipos que a lo mejor la psicóloga trata de que, si la cosa es como más grave, tratar de estar ahí, entonces no tiene número de pacientes, trata de ocuparse de los casos más… que no es por la edad digamos, sino que es por la urgencia. Que eso también yo digo *`bueno, qué paciente es grave y cuál no?', `por qué un paciente se merece un psicólogo y otro no?'*, pero bueno, eso es falta de recursos en realidad" (Entrevista a psiquiatra de HNP).

El carácter interdisciplinar de los abordajes que se llevan a cabo también difiere según los equipos de trabajo; en algunos, se limita a una división estanca de roles y tareas según formación disciplinar en desmedro de un abordaje integral y multidimensional. Las principales dificultades de articulación interdisciplinaria se presentan ligadas a diferencias paradigmáticas entre formaciones disciplinares, lo que se manifiesta en cierta desestimación hacia abordajes no clásicos por parte de profesionales psiquiatras ligados a una formación profesional tradicional.

> "Estamos parados en distintos paradigmas dentro de lo que es el hospital, como agentes, los mismos trabajadores de la institución. Cuando pensamos al hospital sostenido por la guardia únicamente, es porque no estamos viendo claramente cuál es la problemática… (Entrevista a TS de HNP)

> "Yo creo que al hospital le falta mucho, no trabajamos de manera interdisciplinaria. Cada disciplina hace lo que puede y son muy pocos equipos que en realidad trabajan interdisciplinariamente" (Entrevista a enfermera de HNP)

> "La rigidez de la psiquiatría dura, que hay psiquiatras como que *`no, que no rompa los huevos con que vamos a hacer domicilio'.* Que no son todos por suerte" (Entrevista a TS de HNP).

Debido a una escasez de recursos humanos, los/as enfermeros no integran los equipos de salud, sino que desarrollan sus tareas en forma permanente en el internado. Esto imposibilita su desempeño en abordajes tales como visitas domiciliarias, servicio de guardia, coordinación de actividades grupales.

> "En este hospital los enfermeros por una cuestión de personal no hacemos guardia, pero hace unos años atrás hacías guardia, y el enfermero era parte de ese equipo, era un integrante más del

> equipo. Ahora vos vas si te llaman, la guardia cuando necesitan un enfermero nos llaman, y no es lo mismo porque por ejemplo si vos perteneces a un equipo, a ver, de lunes a domingo va a haber alguien fijo... Un enfermero fijo en la guardia conoce los pacientes, es más vos podes hasta programar hacer visitas domiciliarias. Hace unos años atrás eso se hacía, se perdió, al no haber enfermeros eso se perdió. Los enfermeros no participamos más de la guardia, solamente vamos cuando se requiere la urgencia" (entrevista a enfermera de HNP)

La mayoría –en particular quienes se desempeñan en el turno noche- no accede a espacios de capacitación, supervisión ni a ateneos clínicos. Estas condiciones dificultan la comunicación y articulación interdisciplinaria.

5.2.3 ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL

La atención de salud mental, en tanto vinculada a las condiciones de vida de las personas, requiere de acciones coordinadas entre distintos actores y sectores. El desarrollo de abordajes integrales sólo es posible a partir de la creación de estrategias transversales que no se limiten a acciones llevadas a cabo por el sector salud. Ello resulta insuficiente, dado que las problemáticas que se presentan se encuentran vinculadas a múltiples atravesamientos que exceden las incumbencias de un solo sector, "Intervenir de modo coordinado para generar respuestas integrales es un gran desafío porque las culturas de gestión actuales han consolidado la lógica de compartimentos estancos, muy lejos de la colaboración interorganizacional" (Ase y Burijovich, 2016).

Pensar en términos de corresponsabilidad supone la construcción de formas de convergencia, de canales de comunicación, de circuitos de problematización, de modos de atención "que puedan constituir respuestas favorables a las interpelaciones y demandas que formula el sistema de derechos humanos; y que, a priori, resultan indescriptibles, indefinibles e innumerables" (Bosker, 2005). Ello implica la confluencia de distintas miradas y recursos asi como la superación de fragmentaciones y hegemonías en los abordajes.

En el dispositivo evaluado, se presentan serias dificultades en la comunicación y coordinación de acciones entre distintas instituciones implicadas, lo que se manifiesta tanto al interior del sector salud como con otras áreas del Estado.

- Articulación con otras instituciones del sector salud:

Algunos/as jóvenes, en forma previa a la internación en el HNP, han recibido atención en salud mental en otras instituciones de salud, la mayoría de estos en forma ambulatoria en Casa del Joven.

Los equipos de salud de Casa del Joven están a cargo de la atención de los/as jóvenes mientras estos se encuentran realizando un tratamiento ambulatorio. Cuando se indica una estrategia de internación, la atención pasa a estar a cargo de los/as profesionales del HNP.

Se presentan innumerables dificultades y malestares respecto a la (des)articulación entre estas instituciones.

La derivación para internación por parte de Casa del Joven ante situaciones que consideran críticas se contrapone a la renuencia a internar de los/as trabajadores del HNP debido a que no pueden garantizar el resguardo de la integridad de los/as jóvenes.

El servicio de guardia de Casa del Joven no cuenta con los recursos necesarios para la atención en la urgencia, sino que funciona bajo una modalidad denominada de “demanda espontánea”, en la que se atienden las demandas que puedan contenerse bajo esta modalidad de abordaje. Situaciones de excitación psicomotriz, o de crisis y/o urgencias de mayor gravedad son derivadas al HNP dado que se considera que exceden las posibilidades de abordaje en tanto no se cuenta con la complejidad de una guardia, personal de enfermería, ni la posibilidad de administrar medicación específica para la atención de la urgencia. La recepción de jóvenes menores de 18 años en la guardia del HNP genera resistencias por parte de los equipos de salud y sustenta la demanda de que el abordaje durante la internación esté a cargo de profesionales que ofrezcan atención especializada para este grupo etario.

> “yo creo que además de la falta de recursos hay fallas en la articulación de recursos, porque antes la gente de la Casa del Joven, cuando internaban a un joven venían a hacer el tratamiento acá, eso se dejó de hacer, entonces digo `¿Por qué, por qué dejó de intervenir, si son ellos los especialistas?’” (Entrevista a psicóloga HNP).

> “ellos creo que tienen un criterio de no internación, pero cuando lo requiere tampoco los acompañan, y pacientes que se han terminado matando acá, que eran pacientes de Casa del Joven, el terapeuta nunca los ha venido a ver, nunca lo ha venido a ver. Y vos decís, si a ese paciente le pagan privado van a verlo, te lo puedo asegurar. Pero ni siquiera por una cuestión de humanidad” (Entrevista a TS HNP).

> “fue un gran alivio dejar de ir a la institución [al HNP], internar, porque se dejó bien en claro que esto sería como cualquier hospital, si vos trabajas en el Hospital Córdoba y la internación se hace en el Hospital Misericordia el médico no va a ir al Hospital Misericordia, o sea se encarga el hospital de todo el tratamiento mientras está internado, y cuando se le da el alta vuelve, sí, a su médico. Y en este caso se hizo eso, dejar de internar nosotros, (…) mientras estaba internado que se haga cargo el personal, porque hay personal para una internación (…) y cuando se daba de alta, sí, se continuaba en su ambulatorio que era en la institución Casa del Joven por la edad” (Entrevista a psicóloga CDJ).

La ausencia de recursos específicos para el abordaje, la desarticulación/enfrentamiento entre ambas instituciones asi como la

fragmentación de las acciones, coloca a los jóvenes en un circuito de expulsión institucional en el que prima una *lógica de derivación* en detrimento de la construcción de una corresponsabilidad ante situaciones de vulneración de derechos.

> "Yo noto que no hay una articulación fluida con Casa del Joven, ni nuestra hacia ellos ni de ellos hacia nosotros. Por eso me parece que muchas veces queda ahí el paciente como boyando y perdido" (Entrevista a psicóloga de HNP)

> "lo más problemático es cuando empezamos con el ping pong del paciente que llega a internarse. Que nosotros consideramos que sí tiene criterio, que ellos consideran que no tiene criterio, y ahí es donde sale lo fino del enfrentamiento" (entrevista a psiquiatra de CDJ).

Se enuncia con recurrencia el malestar cotidiano ligado a las dificultades de articulación y a las diferencias de criterios en el abordaje de los/as jóvenes. Sin embargo, ello no invisibiliza que tales discrepancias se atribuyen principalmente a la ausencia de una respuesta estatal que a través del diseño e implementación de dispositivos acordes, con la consiguiente asignación de recursos necesarios, garantice una atención respetuosa de los derechos fundamentales de los/as jóvenes.

> "es un gran trabajo que nos queda, mientras tanto sí tenemos que poner la imaginación y sí nos tenemos que pelear con los cumpas de acá al lado, porque ellos tienen razón y nosotros también tenemos razón en que el joven necesita ser internado" (Entrevista a psiquiatra CDJ)

> "no hay políticas, o sea de los que tienen que decidir, tomar las decisiones de que la ley de salud mental se lleve a cabo, que los hospitales generales comiencen a internar. Al no haber una voluntad política y los que están a cargo de eso lo hagan valer, lo que hace es que haya como enfrentamientos o haga ruido entre compañeros. Porque nosotros somos compañeros de la gente que trabaja en el Neuro (...) porque los que se tienen que hacer cargo no lo hacen (…) quieren eso, que los enfrentamientos se hagan entre nosotros" (Entrevista a psicóloga CDJ)

- Articulación con instituciones de otros sectores

Si bien se reconoce la necesidad de acciones coordinadas con instituciones y organizaciones de distintos sectores como única vía que contribuya a un abordaje integral, generalmente no se establecen desde el HNP estrategias coordinadas con instituciones educativas, comunitarias, del ámbito de la cultura, deporte o trabajo. Ello se fundamenta en que, mientras los/as jóvenes se encuentran en situación de internación, todos los esfuerzos se destinan especialmente a atender la urgencia y posibilitar el alta institucional lo antes posible dada la prioridad de poner fin a esta medida de carácter excepcional.

Se considera que dichas estrategias competen y corresponden al abordaje que debe llevar a cabo Casa de Joven cuando los/as jóvenes continúen el tratamiento de modo ambulatorio.

> "acá en el Neuro no tenemos esa práctica porque de hecho intervenimos sólo cuando la situación es, digamos, de mucho riesgo, entonces para abordar esa situación puntual, pero después como derivamos a la Casa del Joven después perdemos el contacto" (Entrevista a psicóloga de HNP).

Ello implica que durante la situación de internación –que en jóvenes de entre 15 y 17 años alcanza un promedio de 15 días- no se realizan vinculaciones ni se delinean estrategias coordinadas con los espacios cotidianos de pertenencia de los/as jóvenes, tales como espacios educativos, laborales, recreativos o comunitarios.

Cuando se trata de jóvenes en conflicto con la ley, la comunicación y articulación con instituciones judiciales y con dependencias de SeNAF ligadas al sistema penal juvenil resultan especialmente dificultosas.

Se registran situaciones en las que los equipos de salud del HNP, a pesar de que consideran que no se presentan criterios de internación, deben proceder a internar a los/as jóvenes por orden judicial.

> "muchas veces se termina internando por una cuestión de resguardo, de resguardo propio digamos, de los profesionales, una cuestión legal, de cuidarse de que se hizo todo digamos (…) porque si por ejemplo un joven se suicida en una institución, o rompe o agrede a otros, o que se yo, van a ir contra el profesional que lo atiende ahí digamos" (Entrevista a psiquiatra HNP).

La burocratización con la que se caracteriza al ámbito judicial y el desconocimiento de los operadores judiciales respecto a cuestiones ligadas al ámbito de la salud, se identifican como factores que llevan a no sólo a exceder innecesariamente la duración de las internaciones sino a acciones y decisiones que resultan perjudiciales para la salud de los/as jóvenes.

> "[La articulación] fue muy difícil porque había un juzgado del interior que no entendía nada, que [la joven] tendría que haber salido mucho más rápido, y a pesar de que le hacíamos informes, llamábamos por teléfono, y volvíamos a hablar por teléfono, y llamábamos de nuevo, y otra vez llamábamos, era como hablar de un caso nuevo cada vez que hablábamos. Y vos te sentías impotente ante la situación porque veíamos que ella cada día se ponía peor estando acá adentro, y que por más que pusiéramos algo alarmante en el informe, o algo positivo, o algo negativo, o lo que pusiéramos, era como que nadie lo tomaba" (Entrevista a TS HNP).

5.3 RECONOCIMIENTO DE LOS/AS JOVENES COMO SUJETOS DE DERECHO

Significaciones de los/as trabajadores acerca de los/as jóvenes

Conviven diversas concepciones acerca de la juventud, que repercuten en los modos de definir, interpretar y pensar a este grupo social. La categoría juventud, en tanto categoría socialmente construida, advierte cómo cada sociedad define los modos esperables de ser joven en cada contexto socio histórico determinado. De este modo, "los sentidos que las culturas otorgan a los grupos de edad producen las condiciones simbólicas de cómo ser/estar en cada uno de ellos" (Chaves, 2010).

Existe una diversidad de discursos que remiten a distintos modos de representar a la juventud (Acevedo, Andrada, López; 2012). Dichas concepciones se han desarrollado desde una matriz adultocéntrica (Duarte Quapper, 2003) desde la cual no sólo se legitima la palabra adulta respecto a lo que debe considerarse por juventud, sino que se ubica al adulto como parámetro ideal respecto al cual el joven es definido.

En este marco, se toman en consideración las concepciones que sobre los/as jóvenes tienen los/as trabajadores -las cuales se dejan entrever en discursos y prácticas-, en tanto los modos cotidianos de concebir y referir a las juventudes inciden tanto en las modalidades relacionales con este grupo social como en los abordajes que con ellos se llevan a cabo.

Al referir a los/as jóvenes, algunos/as trabajadores entrevistados remiten a significaciones que enfatizan un carácter violento y ligado a la potencial peligrosidad de sus acciones. Este tipo de construcciones discursivas, desde las cuales los jóvenes son identificados como los *indomables, manipuladores, inadaptados,* mantienen cierta resonancia con discursos hegemónicos reproducidos por los medios masivos de comunicación que representan a los/as jóvenes como "la figura temible del "enemigo interno" que transgrede a través de sus prácticas disruptivas los órdenes de lo legítimo social" (Reguillo, 2000).

> "te tratan mal, tienen una jerga muy vulgar, tenés que saber del manejo de diferentes situaciones que ellas te imponen, porque ellas te imponen la situación entonces vos tenés que saber en el momento justo de poner los límites y no acceder a sus pedidos o a sus caprichos, porque son pacientes muy complejos, y son agresivos, muy agresivos, verbal o físicamente (…). Ellas te ven un panorama global y ya te controlaron todo, son terribles, son muy manejadoras las chicas estas" (Entrevista a enfermera de HNP)

> "esas chicas son especiales, tienen un carácter fuerte, por lo general no están ahí internadas porque son chicas… normales, están ahí porque son rebeldes, porque tienen alguna dificultad, entonces no son fáciles de dominar (…). Estas chicas te pegan una trompada, te tiran al suelo. No las podes manejar" (Entrevista a cuidadora hospitalaria)

> “lo que pasa es que el paciente que esta acá, está consumiendo, roba, delinque acá en el hospital, roba, rompe, como te puedo explicar… no le importa nada” (Entrevista a enfermera de HNP)

Se identifican también ciertas concepciones basadas en una noción de desarrollo evolutivo psicobiológico desde las cuales se prescriben los conocimientos y competencias sociales esperables para cada momento del ciclo vital. El grado de debilidad, inmadurez, dependencia, por ejemplo, aparecerían como característicos de determinada etapa. De este modo, existirían ciertos rasgos, características y conductas *esperables* para cada persona en función del momento evolutivo que atraviesa, cuya presencia determinaría, no sólo su pertenencia a un grupo etario, sino también la posibilidad de adjudicarle el carácter de normalidad/anormalidad en función de los cánones vigentes.

> “Es como un niño que tiene que volver a empezar, dar, hacerle el primer paso, el segundo paso, enseñarle a escribir, a amar, a querer, es todo un comienzo de todo, me parece” (Entrevista a enfermera de HNP)

El adulto es representado como aquel que detenta las competencias necesarias para la vida social y quien está en condiciones de instruir al joven/niño incapaz e inmaduro, lo cual resulta en una invisibilización de las experiencias y saberes de los/as jóvenes.

En lo que respecta específicamente a las significaciones construidas en relación a la salud mental, cabe destacar que históricamente, las personas con algún padecimiento mental han sido objeto de discriminación y segregación social. Diversas construcciones discursivas basadas en mitos y prejuicios acerca de la salud mental relacionan la locura a la violencia, la impredecibilidad, la incoherencia y la irracionalidad. Algunos de estos sentidos se reflejan respecto a los/las jóvenes en situación de internación.

> “A mí me han golpeado (…). Imagínate un enfermo psiquiátrico, te obligan a sacarlo a pasear por los pasillos del hospital cuando corres el riesgo de que se escapen. O sea, permanentemente ellos buscan escaparse” (Entrevista a cuidadora hospitalaria)

> “en el Neuro precisamente son todas personas que… no podes dejar nada porque te lo sacan, te lo rompen, te lo tiran, no actúan a conciencia”. (Entrevista a cuidadora hospitalaria)

En muchos de los contextos actuales de institucionalización de niños/as y jóvenes, perviven prácticas basadas en una matriz tutelar, asociadas a la denominada *doctrina de la situación irregular* (UNICEF, 2013). En este escenario, referir a los discursos sociales hegemónicos dada su posible incidencia en las prácticas cotidianas cobra especial relevancia al visualizar la triple estigmatización de quienes son nominados bajo el sintagma “joven, loco y pobre”.

A contracara de estos discursos signados por una lógica tutelar, que niega la capacidad de autonomía de los/as jóvenes usuarios de servicios de salud

mental, cabe destacar que la mayoría de los/as trabajadores entrevistados refieren a sentidos acordes a un enfoque de derechos humanos, identifican a los/as jóvenes como sujetos titulares de derechos reconocidos por el Estado, y enfatizan la vulneración de la que son objeto a causa del entramado político institucional que los lleva a encontrarse en una situación de internación en las condiciones actuales. Desde estas significaciones se evidencia un reconocimiento de los jóvenes como sujetos que producen prácticas y modos particulares de habitar la realidad asi como de la importancia de dar lugar a la expresión de las subjetividades juveniles.

> "Tratamos de tener presente que ante todo son sujetos de derecho" (Entrevista a psicóloga de HNP)
>
> "La ley dice claramente que el joven tiene que ser tratado por especialistas. Y acá son tratados por adultos, en un lugar de adultos, con una problemática de adultos, que es distinta a la problemática de un adolescente" (Entrevista a TS de HNP)
>
> "Es un mundo de adultos con intervención de adultos en un mundo de jóvenes. Y los jóvenes tienen otras inquietudes, otras necesidades, escuchan música fuerte, charlan de otras cosas, con un lenguaje que para un adulto va a ser ofensivo, pero para el joven "che culiado" es distinto porque no lo dicen ofensivamente, son lenguajes distintos, son mundos distintos. Necesidades distintas, inquietudes distintas, hablar de otros temas, nada que ver con un adulto" (Entrevista a TS de HNP)

La diversidad de pertenencias institucionales, trayectorias laborales y formaciones disciplinares de los/as trabajadores entrevistados, da lugar a distintos modos y sentidos preponderantes para referir al mundo juvenil. Si bien no es posible establecer grupos homogéneos en función de estas diferencias que refieran a uno u otro discurso en particular, se percibe cierta relación que da cuenta que predominan sentidos ligados a una lógica tutelar principalmente entre quienes han manifestado no contar con espacios de discusión y supervisión acerca de su trabajo; encuentran vedado el acceso a espacios de actualización profesional y formación en servicio; y/o dan cuenta de una preponderancia del trabajo individual por sobre el trabajo en equipo.

Derecho a la participación. Acceso a la información y consentimiento informado

El derecho a la participación se presenta como uno de los principios centrales del paradigma de protección integral de derechos de NNA, y es contemplado en los diversos marcos normativos como *el derecho del niño a ser oído y que su opinión sea tenida en cuenta.*

La Observación General N° 12 (Comité de los Derechos del Niño, 2009) sobre al Derecho del niño a ser escuchado, especifica respecto a los ámbitos ligados a la atención en salud que debe garantizarse la participación de niños/as y jóvenes en las prácticas y decisiones relativas a su propia atención en salud,

para lo cual se les debe suministrar información sobre los tratamientos que se propongan y sus efectos y resultados de manera apropiada y accesible a sus posibilidades.
El derecho a ser informado de manera comprensible acerca de todo lo relacionado a su situación de salud y tratamiento según las normas del consentimiento informado es reconocido tanto por la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud como por la LNSM.
La implementación del consentimiento informado en los ámbitos de salud responde a la cuestión del respeto al principio de autonomía de todas las personas. Respecto a niños/as y jóvenes en particular, cabe destacar que el Principio de Autonomía Progresiva contempla el desarrollo progresivo de la capacidad para el ejercicio autónomo de sus derechos, por lo cual la edad cronológica no debe resultar a priori un motivo de presunción de incapacidad por parte de los/s adultos.
Dado que la capacidad de formarse un juicio propio y expresar una opinión libremente se encuentra inexorablemente ligada a la posibilidad de acceder a información relevante y pertinente, se hará referencia a los alcances del acceso a la información relativa a su tratamiento por parte de los/as jóvenes, asi como a las posibilidades reales de toma de decisiones en los distintos momentos del proceso de internación hospitalaria.

Tal como se expuso respecto a las modalidades de abordaje al interior del HNP, en el servicio de guardia se informa al joven y al adulto familiar o institucional que se encuentre acompañándolo respecto a cómo será el proceso de internación y los motivos de la misma, en caso de que sea ésta la estrategia adoptada.

Muchos/as de las internaciones de jóvenes son determinadas por orden judicial, lo que ocurre con más frecuencia cuando se trata de aquellos/as que se encuentran alojados en residencias de cuidado o en instituciones para jóvenes en conflicto con la ley. En estas situaciones, los/as jóvenes no tienen la posibilidad de otorgar su consentimiento respecto a la internación que se llevará a cabo.

La excepción al consentimiento informado también está dada en aquellas situaciones en las que el equipo terapéutico evalúa la presencia de un riesgo cierto e inminente para la vida de los/as jóvenes y procede a la internación involuntaria como medio para resguardar su integridad.

Cuando no se trata de internaciones de orden judicial, se apunta a que la decisión de internación sea en lo posible una estrategia terapéutica voluntaria y consentida. Ello no sólo se debe a que así lo establecen los marcos normativos vigentes, sino que encuentra su fundamento en razones de índole terapéutica, dado que se considera que la voluntariedad y aceptación de la modalidad de abordaje implementada contribuye al logro de los objetivos terapéuticos y a su incidencia en la salud de los/as jóvenes.

> “Salvo situación de riesgo de vida, todo lo otro es voluntario. No podemos obligar a nada. Pero sí si hay un riesgo, ahí sí. Y los mejores resultados son cuando existe la voluntariedad digamos,

> que también hay que ver si comprende lo que le pasa, y bueno, qué está dispuesto a hacer y qué no, porque hay chicos que no comprenden, o que por su estado clínico en ese momento no están en condiciones de comprender. Pero siempre se va trabajando eso, entre el riesgo y la libertad de poder decir que quieren, salvo que haya una orden judicial digamos (…). Hay chicos de verdad que están en riesgo de hacerse daño a sí mismos, y hay que tomar decisiones, tienen que tomar decisiones los de afuera, el equipo, la familia, pero si no, no" (Entrevista a TS de HNP)

Pese a la imposibilidad de decidir que se presenta respecto a las internaciones involuntarias o por orden judicial, muchos/as de los profesionales muestran disposición a promover un entendimiento explicando a los/as jóvenes -de manera accesible y atendiendo a la adecuación del lenguaje a sus particularidades- acerca de la situación en la que se encuentran, modalidad que no se presenta en todas las situaciones sino que difiere en función del equipo o el profesional que se encuentre en el servicio de guardia al momento en que el/la joven ingresa.

> "y… ese es un tema. Cuando son traídos, que siempre, yo intento decirle cuál es la situación junto con la persona que lo trae (…), *`por qué me tengo que quedar internado acá?'*, y *`bueno, acá hay una situación, ésta, paso esto, pasó aquello, te cortaste 25 veces, la gente ya no sabe cómo ayudarte'*, *`bueno, yo voy a hacer lo que quiera, es mi vida'*, *`no, nosotros como profesionales del Estado tenemos que ordenar esto, y no es una decisión tuya'*, así [lo hago] yo. Y después bueno, se trata de ver en las entrevistas cómo sigue la cosa, y cuáles son los pasos a seguir" (Entrevista a psiquiatra de HNP)

El hospital no cuenta entre sus documentos institucionales con un modelo de consentimiento informado ni de asentimiento específico para jóvenes. La denominada Hoja de Internación, destinada a usuarios, familiares o responsables, informa de manera escrita acerca de algunas características de la institución tales como el perfil institucional, la conformación de los equipos de salud, criterios de internación y excepcionalidad de dicha medida, espacios físicos que se utilizarán en la internación y su organización, entre otros aspectos. En este documento usuarios/as y familiares pueden leer que "la internación será indicada como último recurso, cuando se hubieran agotado otras medidas terapéuticas ambulatorias, y las condiciones del sujeto de la internación sean de gravedad y/o impliquen riesgo para su integridad o la de terceros". La clara utilización de terminología técnica y la complejidad del lenguaje con la que se presenta la información puede resultar un obstaculizador que dificulte la comprensión por parte de los/as jóvenes.

A su vez, las historias clínicas analizadas dan cuenta de que en todos los casos en los que se llevan a cabo internaciones voluntarias de jóvenes, son los adultos/as responsables -en general madre o padre- y no los mismos/as jóvenes quienes firman el consentimiento informado al momento de la internación. Si bien el Protocolo de Guardia Interdisciplinaria de la institución

explicita que “el consentimiento informado será firmado por el paciente si se encuentra en condiciones psíquicas y físicas para ello. En caso contrario lo firmará el acompañante”, no ocurre en todas las situaciones que los/as usuarios jóvenes no se encuentren en condiciones para consentir. La superioridad de la palabra adulta –o de la firma adulta en este caso- por sobre la del joven, bien podría estar asociada a la existencia de prácticas institucionales de raigambre tutelar sustentadas en la noción de incapacidad atribuida a quienes no han alcanzado la mayoría de edad.

Algunos/as profesionales entrevistados enuncian que la firma del consentimiento escrito se presenta como un procedimiento formal y legal, e identifican la relevancia de la comunicación verbal para transmitir de manera clara la información y garantizar que el tratamiento sea voluntario. Sin embargo, la diversidad que caracteriza a los/as profesionales en cuanto a disciplinas, concepciones, acercamientos al trabajo con jóvenes, lleva a considerar que no es posible generalizar esta modalidad y por tanto garantizar que cuando se produce una internación los/as jóvenes cuentan con la información acabada y suficiente que les permita tomar una decisión, y sean ellos/as –y no los/as adultos/as- quienes consientan la internación.

Independientemente del tipo de internación (voluntaria, involuntaria, por orden judicial), y por tanto de la existencia o no de consentimiento por parte de los/as jóvenes, al ingresar al internado éstos han sido informados en mayor o menor medida acerca de cómo se desarrollará la internación, las medidas que se implementarán, y aspectos ligados a dinámicas y normas institucionales. Sin embargo, dicha información resulta insuficiente frente al desconcierto que genera en los jóvenes encontrarse con las implicancias de la institucionalización –en particular en quienes son internados por primera vez-.

> “Generalmente en la internación… o sea sí uno le da algunas indicaciones, son recomendaciones de enfermería, supóngase que no entren a la pieza, que no dejen entrar, que avisen si pasa algo, pero básicamente el equipo es como que le da una explicación general de la internación, pero bueno, como que no está muy detallada la cosa, qué si, qué no, cómo, qué pasa y ahí se ven en el internado con muchas limitantes más allá de lo que le dicen(…). Por ahí uno le explica en general, pero no le explica lo más fino digamos, que sería que permiso no va a tener los primeros días, que la visita no, que no puede salir, que… bueno, esas cosas son como muy generales, pero tendría que ser más fino en esas cuestiones, un poco porque para ellos es una sorpresa encontrarse en el internado. La internación en sí para los jóvenes es muy… no les gusta, es muy traumática la internación, permanecer en el internado, estar, cuesta mucho” (Entrevista a enfermero de HNP)

Los profesionales de enfermería son quienes están en el espacio físico del área de internado en forma permanente, por lo cual el contacto con los/as usuarios que están en situación de internación es en general más frecuente. Por tal motivo, reciben mayormente las demandas de información por parte de los/as jóvenes y perciben su desconocimiento, desacuerdo y/o confusión respecto a

las prácticas ligadas a su tratamiento.

> "no saben en qué momento van a ser [las inyecciones], cómo van a ser*, `por qué son indicaciones, si yo no vi a mi médico, por qué lo prescriben, por qué me hacen inyectables, por qué no me dan otra medicación´*. Pero bueno, por ahí son indicaciones del médico, pero de un médico de guardia, un médico del momento, alguien nuevo *(…). `Por qué, para qué, por qué no los dejan salir, por qué no pueden llamar por teléfono´* (…). Eso creo que es lo más difícil para ellos, encontrarse con eso" (Entrevista a enfermero de HNP)

Más allá de la información provista por el servicio de guardia y enfermería, al iniciar una estrategia de internación, el equipo de profesionales que realiza la admisión es quien debe informar a los/as jóvenes acerca de su estado de salud, el abordaje que se propone y la forma en que se llevará a cabo, asi como todo lo relativo a su tratamiento.

> "[Quien informa] generalmente es el que hace la admisión. A ver, cuando se interna es el primer paso digamos. Depende en que situación esté el joven o la joven para poder explicarle algunas cosas. La admisión es la primera entrevista, el primer contacto que tiene con el equipo, entonces la persona que le toca la admisión es la encargada de explicarle. Y bueno después cuando ya lo toma un profesional ese será el encargado de ir informándole, en realidad trabajando con él a ver cómo esta y que se va a ir implementando, y en que está de acuerdo y que no" (Entrevista a TS de HNP)

En ocasiones, como se explicitó respecto a la Admisión, puede ocurrir que transcurran días hasta que los/as usuarios sean entrevistados por el equipo que realice la admisión y posteriormente por el profesional que estará a cargo del tratamiento, lo cual implica que el usuario, en este caso el/la joven, no cuente con un profesional referente al que remitirse ni con información suficiente respecto a cómo será su abordaje.

> "Primero la admisión del equipo, nosotros tenemos reuniones de equipo una vez a la semana. Hasta que no llega la reunión, esa persona no tiene asignado un médico. A ver, está re mal, porque supongamos que la reunión es el jueves. Si ingresa el viernes el paciente, hasta el otro jueves no tiene asignado un médico, entonces lo va viendo el que está, el sábado lo ve uno y asi, y no tiene un referente digamos que diga *"este es mi médico"* a partir del primer día, que debería ser lo lógico" (Entrevista a TS de HNP)

Probablemente la muestra más clara del descontento respecto del tratamiento sea la denominada *fuga* que caracteriza el final abrupto de muchas de estas internaciones. Frecuentemente, el tratamiento se interrumpe antes de la decisión de alta institucional por parte del equipo debido a la huida de los/as jóvenes de la institución.

> "yo creo que al momento ya se quieren ir, no quieren, es como que sienten un rechazo a quedarse en el internado, porque se limitan muchas cosas, suponte salir, ir al kiosco, hablar con su médico,

> comunicarse rápido, esas cosas. Hay como muchas limitantes diríamos… eso si se nota desde que ingresan" (Entrevista a enfermero de HNP).
>
> "la mayoría se terminan fugando, se terminan yendo, no sé cuántos de todas las internaciones de menores que hay son los que se van de alta después de haber seguido un tratamiento y haberlo podido sostener en el transcurso de la internación. Son fugas, idas, venidas" (Entrevista a psicóloga de HNP)
>
> "Acá para ninguno yo creo que va a resultar, porque con solamente entrar y ver ya te das cuenta, yo creo que todos se quieren fugar, se quieren ir, no soportan esto" (Entrevista a psicóloga de HNP)

Escaparse, fugarse, se presenta en este escenario como la alternativa frente a un abordaje que se vivencia constrictivo, ante la ausencia de un/a adulto que resulte referente y con el que se puedan rediseñar conjuntamente las estrategias planteadas, frente a una institución que no logra responder a sus necesidades.

Particularmente en lo que respecta al tratamiento psicofarmacológico indicado durante la internación, la explicación que se otorga a los/as jóvenes es más bien acotada. Es decir, se informa que se les suministrará una medicación para el tratamiento de su problemática específica, pero no se profundiza en relación a diversas cuestiones implicadas en un abordaje psicofarmacológico tales como la modalidad de administración, efectos deseados y adversos, alternativas al esquema de medicación propuesto, entre otros. Ello requeriría, -en caso de que los/as jóvenes se encuentren en un estado de salud que lo permita- de una instancia particular en la que el conocimiento técnico psicofarmacológico pueda transmitirse mediante un lenguaje comprensible y adaptado a la particularidad de cada joven.

> "y se les explica poco, que van a ser medicados porque esta es una internación psiquiátrica, que por las cuestiones que han sucedido se indica una medicación, pero no hay una instancia diferenciada" (Entrevista a psiquiatra de HNP)
>
> "[no saben acerca de la medicación] Porque el equipo no les dice, porque ellos no preguntan. Algunos te preguntan, vos les explicas, qué se yo... `*Es necesario que tomes la medicación'*, te tomas el trabajo en algunos y en otros no. Trabajamos la adherencia entre comillas. Trabajar la adherencia sería esto: sentarte con ellos, con cada uno, poder explicarle para qué está tomando la medicación, poder hablar de la enfermedad, de lo que a él está pasando, pero bueno, sería lo ideal, hacemos las cosas a medias, porque somos pocos, porque también se ha hecho rutinario esto de que ellos vengan a buscar la medicación" (Entrevista a enfermera de HNP)

Se identifican diversos obstáculos que limitan la posibilidad de acceso a la información y de toma de decisiones en los que respecta al abordaje psicofarmacológico.

La necesidad de una mayor cantidad de recursos profesionales en el servicio de enfermería se presenta como uno de los motivos que dificulta la posibilidad de trabajar en mayor profundidad y en forma individualizada con los/as jóvenes acerca de la importancia de la medicación y sus implicancias.

La disponibilidad de medicamentos, en cuanto a cantidad y diversidad, también resulta una limitante en aquellas situaciones en las que los profesionales médicos manifiestan disposición a ajustar el esquema de medicación propuesto en función de demandas de los/as mismos jóvenes pero ello se ve imposibilitado ante la faltante de estos recursos en la institución.

En otro sentido, se enuncian obstáculos ligados a ciertos modos de ejercicio profesional que inhabilitan y descalifican la capacidad de un/a usuario de tomar decisiones respecto a la atención en salud. Dichas concepciones y prácticas encuentran sustento en una hegemonía del saber profesional que privilegia el conocimiento técnico biomédico por sobre la experiencia y el saber del usuario acerca de su propio cuerpo y de su procesos de salud-enfermedad-cuidado.

> "yo al menos de mis compañeros escucho que son bastante receptivos a reclamos, preguntas, inquietudes que los pacientes tienen, cuando algo se puede resolver y modificar, digo siempre tienen una buena predisposición en hacerlo, y si no, si la indicación es esa, porque es eso lo que hay, y bueno, muchas veces también hay mucha limitación desde farmacia, viste que hay poca medicación, que no está lo mejor, entonces bueno, a veces no se puede atender ciertas demandas pero en la medida de lo posible los he visto a ellos como muy receptivos con ciertas cuestiones y en otras situaciones lamentablemente no tienen capacidad de decisión, se restringe un montón de cuestiones, pero dentro de lo posible, bueno, tratamos de que sí. Tratamos de que sí" (Entrevista a psicóloga de HNP)

> "En relación a la medicación me parece que a veces es más difícil. No sé si se explica con tanta claridad. Por ejemplo, justo escuchaba una conversación hoy en donde decían: `*que entienda que es el médico el que sabe'* (…). No es que a él se le explique tanto en relación a la medicación, cuáles pueden ser los efectos. Es complicado también, porque no a todo paciente le sería tan fácil escuchar o qué hacer con lo que escucha, pero bueno, esto se podría discutir en cada caso, buscar la forma, pero bueno, en general no me parece que sea algo que surja, explicar para qué es la medicación. Si `*bueno la medicación es para lo que vos estas diciendo'* y si hay alguna pregunta más de detalle si se le contesta, pero también he escuchado esto otro `*la medicación se tiene que tomar, cómo puede ser que el cuestione'"* (Entrevista a psicóloga de HNP)

Este escenario refleja que las posibilidades de autonomía con las que cuentan los jóvenes al interior de la institución se encuentran por demás cercenadas. Algunos/as profesionales intentan dar lugar a la palabra de los jóvenes dentro de lo que la estructura institucional lo permite.

> “Yo trato de hacerlo participar lo más que se puede, pero generalmente es una instancia en que ya poca decisión tienen ellos, porque es esto, cuando ya llega acá es que ya pasó por 25 lados, y haciendo mucho quilombo (...), cuando llegan acá es que ya está todo re mal” (Entrevista a psiquiatra de HNP)

> “si, por ejemplo a veces el paciente viene y te dicen quiero ir al taller, bueno tratamos en la medida de lo que se pueda, dejando registrado en la historia, en los cuadernos, el paciente manifiesta querer ir al taller, luego a los días te enteras de que el paciente quiere ir al taller, por lo menos pudo decidir que quiere ir al taller” (Entrevista a enfermera de HNP)

> “Y si, se trata de dar mínimamente lugar por supuesto a que sí está acá puedan tomar alguna decisión. Esto por ejemplo surge de los pacientes: *“yo no quiero ver a tal persona, no quiero que me visite tal persona”*, a ver, se habla con la familia *“bueno usted entienda, ya veremos cómo transcurre, pero está restringida, esta persona no va a poder ingresar al internado”*, digo, no es poca cosa que pueda decidir quién lo ve y quién no (Entrevista a psicóloga de HNP)

Resulta innegable la importancia de que la opinión de los/as jóvenes sea tenida en cuenta en aspectos tales como la participación en un espacio de taller, o la interrupción de la comunicación con un vínculo familiar.

Ahora bien, lo que es cuestionable es si ello representa un efectivo ejercicio del derecho a la participación. La participación se presenta como “el “derecho a tener derechos”, como el derecho que posibilita el ejercicio, la denuncia, la defensa de todos los demás derechos” (Piotti, Marrone, Machinandiarena; 2012). En este sentido, considerar a la participación como la capacidad de transformación real de la vida cotidiana, requiere de espacios e instituciones en las que la voz de los jóvenes no sólo sea escuchada sino que efectivamente represente una incidencia concreta posibilitando la elección y decisión acerca del decurso de sus vidas.

6. REFLEXIONES FINALES

Este trabajo de investigación estuvo guiado por el objetivo de evaluar el dispositivo de atención en salud mental para jóvenes que funciona en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba considerando su adecuación a los estándares de Derechos Humanos establecidos por los marcos normativos en materia de niñez, juventud y salud mental. Para ello se consideró la perspectiva de los/as trabajadores directamente vinculados al dispositivo desde diversas pertenencias institucionales y perspectivas disciplinares.

El interés prioritario de la especializanda al inicio del proceso de investigación, en concordancia con los principios del paradigma que sustenta este estudio, consistió en incorporar especialmente la voz de los jóvenes usuarios de este dispositivo, lo cual se vio imposibilitado dado que no se presentaron las condiciones para llevarlo a cabo garantizando el resguardo de su integridad. Complementar los resultados de este estudio a partir de la incorporación de la perspectiva de los jóvenes se constituye en una de las principales líneas de indagación a profundizar que se desprenden de esta instancia de trabajo.

Los principales resultados de este estudio dan cuenta de que el dispositivo de atención en salud mental para jóvenes que funciona en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba dista de adecuarse a los estándares establecidos en las legislaciones actuales.

El paradigma de protección del derecho a la salud mental propone la sustitución del modelo hospitalocéntrico por un sistema de atención inserto en la comunidad que posibilite el sostenimiento de vínculos familiares y comunitarios. En este sentido, la mera internación de jóvenes por motivos de salud mental en un hospital monovalente para adultos revela la inexistencia de dispositivos sustitutivos específicos para este grupo poblacional que aborden las situaciones de crisis y urgencias y se alejen del tradicional modelo manicomial.

La escasez de recursos humanos y de abordajes interdisciplinarios, la preminencia de prácticas psicofarmacológicas, la ausencia de profesionales con formación especializada, los déficits en la articulación interinstitucional e intersectorial, la extensión innecesaria de la duración de la internación, se presentan como algunos de los elementos que caracterizan la atención de los/as jóvenes y agravan aún más la situación de vulneración que representa en sí misma la institucionalización.

Se identifica una exposición permanente a graves situaciones de violencia que ponen en riesgo la integridad psicofísica de los/as jóvenes. Las mismas se desarrollan en un escenario que no sólo obliga a jóvenes a cohabitar los mismos espacios físicos institucionales que los/as usuarios adultos en situación de internación, sino que además reedita las clásicas características propias del modelo asilar tradicional -cuyas implicancias ya han sido ampliamente documentadas-.

La falta de acceso a la información y las barreras para la toma de decisiones por parte de los jóvenes respecto a su situación de salud y a las modalidades

de atención, dan cuenta de la raigambre de una matriz tutelar. Se identifica una tensión paradigmática en discursos y prácticas; entre profesionales que reconocen a los/as jóvenes como sujetos de derecho e identifican críticamente las vulneraciones a las que se ven expuestos pero encuentran límites a su práctica cotidiana en una cultura tutelar institucional en la que los/as usuarios –y en particular los/as jóvenes- se presentan como objetos de cuidado reflejando nociones propias del paradigma de la situación irregular.

El carácter restrictivo de las internaciones asi como las deficientes condiciones institucionales mencionadas son reconocidas por los/as trabajadores quienes pese a agotar los medios disponibles para evitar una estrategia de internación, se encuentran con la inexistencia de dispositivos acordes y la necesidad de dar respuestas a las situaciones de crisis y urgencia en salud mental.

Los intentos de *aggiornar* el dispositivo en cuestión a los fines de limitar la exposición a riesgos -tales como la exigencia de acompañamiento por parte de adultos/as-, resultan paliativos que no resuelven en sí mismos la problemática que se presenta.

Se evidencia la existencia de problemáticas complejas que exceden las posibilidades de intervención de los dispositivos disponibles, y que llevan a que los/as jóvenes queden entrampados en extensos circuitos de derivación interinstitucional sin encontrar espacios que garanticen un abordaje adecuado.

En este incesante *boyar* entre instituciones, se produce un permanente (des)encuentro entre los jóvenes y los dispositivos del Estado construidos para su abordaje que bajo sus intentos de brindar protección paradójicamente vulneran sus derechos fundamentales.

La vida cotidiana de los/as jóvenes que han estado internados está atravesada por un escenario en el que se identifican situaciones de pobreza, desempleos en las familias, experiencias de situación de calle, expulsiones del sistema educativo. La situación de vulnerabilidad social y el limitado ejercicio de los derechos económicos sociales y culturales de los jóvenes dan cuenta del particular entramado socio político de distribución desigual del poder.

En esta forma de interacción con el Estado, ser un/a joven usuario implica estar subordinado a la voluntad de otros. “Los [jóvenes] pobres son, en esta relación, objeto de un constante peloteo” (Auyero, 2013), en el que el tránsito interinstitucional exacerba la situación problemática e implica al Estado en la producción de sufrimiento (Auyero, 2013).

La complejidad de las problemáticas actuales lleva a la necesidad de construir estrategias que contemplen la multidimensionalidad de las situaciones que se presentan. Perpetuar intervenciones hospitalocéntricas y centradas en el abordaje psicobiológico, desancladas de la realidad social, económica e histórica, implica desoír los aspectos constituyentes de los modos de producción de las subjetividades juveniles.

Las situaciones familiares y sociales traen aparejadas nuevas formas de sufrimiento, ante las cuales las respuestas tradicionales resultan inapropiadas e insuficientes. Se evidencia la necesidad de abordajes que incluyan las

dimensiones de integración – exclusión social en la comprensión de las situaciones que dan lugar a padecimientos subjetivos (Barcala, 2011). En este escenario, “constituye un desafío individual y colectivo desde nuestras pertenencias institucionales ser protagonistas de un movimiento con una eficacia tal que rescate la subjetividad de los niños y niñas e impulse, desde una dimensión política y ética, la construcción de políticas y prácticas alternativas” (Barcala, 2012).

Considerar la salud mental vinculada a las condiciones de vida, lleva a identificar la necesidad de modelos de atención que no conlleven una separación de la persona de su núcleo vincular, sino que por el contrario posibiliten a niños, niñas y jóvenes la integración a su comunidad, el fortalecimiento de sus redes cercanas, de sus espacios de pertenencia y participación.

Este estudio se realizó con la intención de generar un aporte en la visibilización de esta problemática que contribuya al reconocimiento de la necesidad de crear dispositivos sustitutivos de atención en salud mental que contemplen la especificidad de la población de jóvenes y se encuentren articulados en una estrategia de atención comunitaria.

A partir de las discusiones mencionadas, se delinean las siguientes propuestas y desafíos pendientes para avanzar en el diseño de programas y políticas tendientes a la promoción y protección del derecho a la salud mental por parte de los/as jóvenes:

- Fortalecimiento de organizaciones comunitarias, de la sociedad civil y de espacios de participación juvenil tendientes a la promoción de derechos sociales, culturales, civiles y políticos.

- Fortalecimiento de servicios de atención en salud mental con base en comunidad tales como equipos de atención psicosocial en centros de salud y equipos de atención comunitaria. Cantidad y diversidad de recursos humanos que garanticen un abordaje interdisciplinario y cuenten con formación especializada en derechos de niños, niñas y adolescentes.

- Abordajes territoriales de situaciones asociadas al consumo problemático de drogas basados en un enfoque de derechos humanos.

- Programas de fortalecimiento familiar que promuevan el acompañamiento a familias de jóvenes que se encuentren atravesando situaciones de crisis y/o urgencia en salud mental.

- Dispositivos de atención ambulatoria en comunidad para situaciones de crisis y urgencia para niños/as y jóvenes.

- Dispositivos de internación domiciliaria, y de atención e internación breve en hospitales generales para aquellas situaciones en las que resulte estrictamente necesario.

- Formación en salud mental y derechos humanos destinada a actores de ámbitos educativos, de organismos de protección de derechos de niños/as

adolescentes y del sistema penal juvenil, tendientes al fortalecimiento de acciones de articulación intersectorial e interministerial.

La aproximación a la complejidad de la realidad analizada dio lugar a nuevos interrogantes y líneas de investigación plausibles de profundizar en otras instancias de indagación.

La problemática del suicidio de jóvenes al interior de instituciones paradójicamente destinadas al abordaje del sufrimiento resulta una preocupación prioritaria entre los/as trabajadores del dispositivo analizado. Previo a la realización de este estudio la institución presenció el fallecimiento de un joven a causa de un suicidio cometido al interior de una *sala de aislamiento* del hospital; se han registrado además referencias de trabajadores acerca de intentos de suicidio que han puesto en grave riesgo la vida de jóvenes en situación de internación. Los alcances de este estudio no han permitido abordar esta problemática, que probablemente sea la manifestación más cruda del fracaso y la obsolescencia de los modos de abordaje existentes y de la desidia del Estado respecto a la protección y el resguardo de derechos de los/as jóvenes en situación de vulnerabilidad.

Otra línea de indagación posible que se desprende de este trabajo se relaciona a las trayectorias de institucionalización que se construyen a lo largo de la vida de los/as jóvenes que en determinados momentos transitan por un espacio de internación por motivos de salud mental. Las historias de jóvenes de las cuales se tuvo conocimiento a través de este trabajo permiten esbozar diversos trayectos que se reiteran demarcando destinos que parecieran estar prefijados: jóvenes en situación de discapacidad, jóvenes con problemáticas asociadas al consumo de drogas, jóvenes en conflicto con la ley penal, transitan circuitos institucionales diferenciados entre dispositivos que los colocan como objeto de cuidado o de control social. Resulta de interés ahondar en las implicancias subjetivas que se construyen, asi como en las posibilidades de transformación de estas trayectorias.

7. BIBLIOGRAFIA

Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. Revista de la CEPAL, 88, 35-50.

Abramovich, A. y Pautassi, L. (2009). El enfoque de derechos y la institucionalidad de políticas sociales. En Abramovich, V. y Pautassi, L. (comps): La revisión judicial de las políticas sociales. Estudio de casos. Buenos Aires: Editores del Puerto.

Acevedo, M., Andrada, S. y López, E. (2010): La implicancia de la concepción de sujetos en la investigación con jóvenes. Una experiencia de construcción y selección de herramientas teórico-metodológicas. En: Actas electrónicas de las II Reunión Nacional de Investigadores/as en Juventudes Argentina. Salta: ReIJA

Agamben, G. (2011): ¿Qué es un dispositivo? Sociológica, año 26, número 73, pp. 249-264.

Ase, I. y Burijovich, J. (2016): Capacidades estatales y nuevos derechos: El caso de los nuevos marcos normativos en salud mental. En: Rossetti, A. (Comp.) Salud Mental y Derechos Humanos: Reflexiones en torno a un nuevo paradigma (pp.41-64). Córdoba: Espartaco Córdoba

Auyero, J. (2013): Pacientes del Estado. Eudeba: Buenos Aires

Barcala, A. (2009): “Programa de atención comunitaria a niños/as y adolescentes con trastornos mentales severos: una construcción que articula la experiencia clínica, la investigación académica y su transferencia al sistema sanitario”. Revista Vertex, 2009, 1.

Barcala, A. (2011) El impacto de las políticas neoliberales de los 90 en el ámbito de la salud mental. En Invención de enfermedades. Traiciones a la salud y la educación. La medicalización de la vida contemporánea. Editorial NOVEDUC. Buenos Aires, Argentina. Año 2011, pags. 219-228 (256 pp).

Barcala, A. (2012): Nuevas intervenciones ante complejas situaciones con las que nos confrontan niños, niñas y adolescentes en situación de alta vulnerabilidad psicosocial. La Experiencia de PAC. Un programa emblemático. En Forum Infancias, 2012, 6, 10.

Bella M, Bauducco R, Decca M, Leal J. (2012): Análisis de la demanda de hospitalización por causas mentales en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Periodo 2009-2011. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Volumen 69 2012 Supl. Nº2

Beloff, M. (2004): Un modelo para armar y otro para desarmar: protección integral de derechos del niño vs. Derechos en situación irregular. En: Beloff, M. (2004) Los derechos del niño en el sistema interamericano. Editores del Puerto: Buenos Aires

Bonafé et al. (2014) Mirar tras los Muros: situación de los derechos humanos de las personas privadas de libertad en

Córdoba. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

Bonafé et al. (2015): Mirar tras los muros: situación de los derechos humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba. Segundo Informe Provincial. Año 2014. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

Bosker, M (2005): Derechos de niñas, niñas y jóvenes. Políticas de gestión territorial. Lumen Editorial: Buenos Aires

Bourdieu, P (1998): Espíritu de Familia. Antropología social y política. Hegemonía y Poder. Eudeba: Buenos Aires

Cafiero, J.P. (2005): Desafíos para los Municipios y las organizaciones sociales que actúan en el campo de la niñez, la adolescencia y la familia, Nueva ley del Niño de la Provincia de Buenos Aires. Publicación de UNICEF y el Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Buenos Aires.

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2007): Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Buenos Aires: Siglo XXI.

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2015): Derechos humanos en Argentina: Informe 2015.- 1ª ed.- Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores

Chaves, M. (2010): Juventudes, territorios y complicidades. Una antropología de la juventud urbana. Buenos Aires: Espacio Editorial

Cillero Bruñol, M. (1999): Infancia, Autonomía y Derechos: una cuestión de principios. Minoridad y Familia. Revista Interdisciplinaria sobre la Problemática de la Niñez – Adolescencia y el grupo familiar. N° 10. Delta Editora: Paraná

Clérico, M: (2006): Derechos Fundamentales. En: Derecho de la Niñez y la Adolescencia. Beloff, M. y Clérico, M.: I Seminario para la implementación del Código para el Sistema de Protección y los Derechos Fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes. ENJ: República Dominicana

Colángelo, A (2005): La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje.

Comité de los Derechos del Niño (2009): Observación general N° 12 sobre el derecho del niño a ser escuchado. 20 de julio de 2009

Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas, 20 de noviembre de 1989

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Naciones Unidas, 13 de diciembre de 2006

Dirección General de Programas de Salud Mental de la Provincia de Córdoba (2016): Guía de Instituciones y Servicios de Salud Mental de la Provincia de Córdoba. Gobierno de la Provincia de Córdoba: Córdoba

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA) Ministerio de Salud de la Nación (2014): Registro Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental y Adicciones: a un año de su implementación

Duarte Quapper, K. (2000) "¿Juventud o juventudes?". Acerca de cómo mirar y remirar las juventudes de nuestro continente. Revista Última Década, (13). 59 – 77.

Fernández, A. (2007). El dispositivo: la experiencia de la diversidad. En: Fernández, A. Las Lógicas Colectivas. Imaginarios, Cuerpos y Multiplicidades. Cap. II Segunda parte Buenos Aires: Ed. Biblos.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF (2013): Estado Mundial de la Infancia 2013. Niños y niñas con discapacidad.

Foucault, M: (1985): Saber y Verdad. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta

Foucault, M. (2005). El poder psiquiátrico. Curso 1973-1974. Buenos Aires: FCE

Foucault, M. (2006): Vigilar y Castigar, nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Editorial Siglo Veintiuno Editores

Foucault, M (2010): Historia de la locura en la época clásica

Freedman, D. (2006): Funciones normativas del interés superior del niño. Revista Más Derecho. Di Plácido: Buenos Aires

Galende, E. y Kraut, J. (2006) El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Goffman, E. (2007) Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Heredia, M (2015): Representaciones y prácticas de los profesionales de la guardia de un hospital pediátrico general de la ciudad de Buenos Aires en el contexto de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Estudio exploratorio de tipo descriptivo

Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014): Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A

Ingenieros, J (2005): La Locura en Argentina. Córdoba: Editorial Buena Vista

Konterllnik, I. (2000): La participación de los adolescentes: ¿exorcismo o construcción de ciudadanía?. En: Tenti Fanfani, E (Compilador): Una escuela para los adolescentes, Buenos Aires, UNICEF-Losada.

Lerner, G. (2006): La redefinición de las funciones de los órganos administrativos y judiciales en la protección de los derechos de los niños en la ley 26.061. RDF N° 33 LexisNexis: Buenos Aires

Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes 26.061. Argentina, 26 de octubre de 2005

Ley de Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes en la Provincia de Córdoba Nº 9944. Córdoba, Argentina, 4 de mayo de 2011

Ley Nacional N° 26.657 de Salud Pública - Derecho a la protección de la Salud Mental. Argentina, 3 de diciembre de 2010

Ley Provincial N° 9.848 Régimen de la Protección de la Salud Mental en la Provincia de Córdoba. Córdoba, Argentina, 20 de octubre de 2010

Ministerio de Desarrollo Social y UNICEF (2013): Encuesta de Condiciones de Vida de Niños, Niñas y Adolescentes de Argentina (ECOVNA) 2011/2012. Bs As.

Minyersky, N. y Herrera, M. (2006): Autonomía, capacidad y participación a la luz de la ley 26.061. En: García Méndez, E. (Comp.). Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Análisis de la Ley 26.061. Editores del Puerto: Buenos Aires

O Donell, D. (2001): La Convención sobre los Derechos del Niño: Estructura y Contenido. Derechos de la Niñez y la Adolescencia, Antología. CONAMAJ, Escuela Judicial; UNICEF: Costa Rica

Organización de Naciones Unidas (ONU) (1991): Principios para la Protección de Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (1990): Declaración de Caracas para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005): Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas

Piotti, M., Marrone, A., Machinandiarena, P. (2012): La participación de Niños/as y Adolescentes en el Sistema de Protección Integral de Derechos, ¿eso es posible?. En: Gabriel Lerner y Daniel Molina (comp.) Libro de Ponencias del V Congreso Mundial por los Derechos de la Infancia y la Adolescencia. Secretaria Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia: Buenos Aires

Plan Nacional de Salud Mental (PNSM). Ministerio de Salud de la Nación, octubre de 2013

Reguillo Cruz, R (2000): Emergencia de culturas juveniles. Estrategias del desencanto (1 a, ed.) Buenos Aires: Grupo editorial Norma.

Stolkiner, A. (2013): Las formas de transitar la adolescencia hoy, y la salud/salud mental: actores y escenarios. Novedades Educativas No 268, Año 25, pp 40 – 46.

UNESCO (2006) Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas.

UNICEF (2013): Internados. Las prácticas judiciales de institucionalización por

protección de niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Montevideo. Uruguay: Mastergraf SRL

Waisbrot, D. (2010): Variaciones y vacilaciones del dispositivo psicoanalítico. Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares, Tomo XXXIII, Nº 1, 2010, pp 49-70

8. ANEXOS

8.1 Modelo de Consentimiento informado

Córdoba, …. de …….. de 2016

La investigación “Dispositivo de atención en salud mental para jóvenes. Análisis desde la perspectiva de trabajadores en el marco del Enfoque de Derechos” es llevada a cabo por la Lic. Sol del Carpio bajo la dirección de la Mgter. Jacinta Burijovich.

El objetivo de la investigación es evaluar el dispositivo de atención en Salud Mental para jóvenes que funciona en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba desde la perspectiva de los trabajadores, a la luz de los actuales marcos normativos vigentes en materia de Niñez, Adolescencia y Salud Mental.

La información obtenida en esta investigación será tratada bajo estrictas normas de anonimato y confidencialidad.

.....

Por medio de la presente, acepto participar libremente de la investigación a través de la realización de una entrevista.

Me informaron que mi participación no es obligatoria, y que puedo reservarme el derecho de no contestar aquellas preguntas que considere, así como interrumpir mi participación si lo considero conveniente. Me comunicaron además que la entrevista será registrada con un grabador de audio, y que se garantizará el anonimato y la confidencialidad de la información.

Nombre y apellido

DNI

Firma

Datos de contacto de la profesional a cargo de la investigación:

Nombre:

Teléfono:

Correo electrónico:

8.2 Guía de pautas para entrevistas semiestructuradas a trabajadores del HNP

CATEGORÍAS	PREGUNTAS
Pregunta abierta	1. ¿Me contaría sobre la situación de internación de algún/a adolescente en el HNP que para vos haya sido significativa? Nota: desde el momento en que se tomó contacto con la situación hasta que finalizó.
Acerca de los/as jóvenes que reciben atención en el HNP: *Caracterización sociodemográfica* *Problemáticas actuales*	2. ¿Cómo caracterizaría a los/as adolescentes y jóvenes que están o han estado en situación de internación en el HNP? (considerar edad, género, escolaridad, situación familiar, laboral, socioeconómica, lugar de residencia) 3. ¿Cuáles crees que son las principales problemáticas que atraviesan los jóvenes en su vida cotidiana? 4. ¿Cuáles son los principales motivos de consulta/derivación al HNP?
Modalidades de abordaje y prácticas de atención	Respecto a las modalidades de atención que se brinda a los/as jóvenes en esta institución, 5. ¿Cómo es la atención a jóvenes en la guardia? 6. a) ¿Cómo se desarrolla la internación? ¿Qué prácticas o modalidades de atención se llevan a cabo durante la internación y de qué modo? (tratamiento psicofarmacológico, entrevistas individuales, abordajes familiares, participación en talleres artísticos terapéuticos, otras) b) ¿Con que frecuencia los jóvenes tienen contacto con su equipo de salud durante la internación? c) ¿Crees que la internación se utiliza como último recurso? d) ¿Cómo es el abordaje ante una excitación psicomotriz? ¿Se utiliza alguna medida de sujeción o salas de aislamiento? 7. ¿Qué particularidades tiene la atención cuando se trata de jóvenes en conflicto con la ley penal? 8. ¿Cómo continúa la atención luego de la internación?
Interdisciplina	9. ¿Qué disciplinas participan en la atención de los jóvenes? ¿Cuál es el rol de cada una? ¿De qué modo se comunican? 10. ¿Quiénes intervienen en: a) la elaboración de los diagnósticos? b) en la indicación de la internación? c) en el diseño de una estrategia de intervención? d) en la decisión del alta institucional?
Participación de los jóvenes: *Consentimiento informado* *Toma de decisiones* *Relación jóvenes - equipo*	11. ¿De qué manera se informa a los jóvenes acerca de las modalidades de abordaje y las prácticas que se proponen para su atención (internación, entrevistas, medicación, otras)? ¿Cómo se obtiene el consentimiento? 12. ¿Los jóvenes toman decisiones respecto a su tratamiento? ¿De qué tipo? 13. ¿Cómo crees que es la relación entre los jóvenes y los profesionales?

Sostenimiento de vínculos con el entorno familiar, comunitario, social. *Frecuencia y modalidad de comunicación.*	14. a) ¿De qué modo y con qué frecuencia los jóvenes mantienen alguna comunicación con los vínculos de su entorno familiar, comunitario, escolar, durante la internación? b) Desde el equipo de salud ¿Han llevado a cabo estrategias específicas de sostenimiento de vínculos o de revinculación con el entorno?
Articulación con otras instituciones o dispositivos de salud	15. Para el abordaje de situaciones relacionadas a los jóvenes ¿Realizan alguna articulación con otras instituciones o dispositivos de salud? ¿Con cuáles? ¿En qué situaciones? ¿Cómo resultan? (En caso de que no se incluya en la respuesta, preguntar específicamente ¿Han realizado alguna articulación con: a) ¿Casa del Joven? b) ¿Algún hospital general en donde el joven haya recibido atención? c) ¿Centro de Salud o espacio de atención en comunidad? d) ¿Talleres o dispositivos artísticos terapéuticos? e) ¿Acompañantes terapéuticos? ¿otros?
Intersectorialidad	16. Para el abordaje de situaciones relacionadas a los jóvenes ¿Realizan alguna articulación con otras instituciones que no sean del sector salud (SeNAF, educación, justicia, trabajo, deporte, cultura, organizaciones sociales o espacios comunitarios)? ¿Con cuáles? ¿En qué situaciones? ¿Cómo resultan? 17. ¿Cómo es el trabajo con los/as cuidadoras hospitalarias? ¿Existe alguna modalidad de comunicación y/o articulación entre las cuidadoras que acompañan a los jóvenes y el equipo de salud a cargo de su atención? 18. Cuando se trata de jóvenes en conflicto con la ley penal, ¿qué obstáculos o posibilidades se presentan en la articulación con la justicia?
Formación	19. ¿Ha tenido la posibilidad de participar de espacios de formación o capacitación sobre adolescencia y juventud? ¿Qué temáticas han abordado?
Dificultades	20. ¿Cuáles son los principales desafíos o dificultades con los que se encuentra en la atención a jóvenes?
Propuestas	21. ¿Cómo cree que debería ser un abordaje en salud mental que contemple la especificidad de adolescentes y jóvenes?

8.3 Guía de pautas para entrevistas semiestructuradas a trabajadores de Casa del Joven

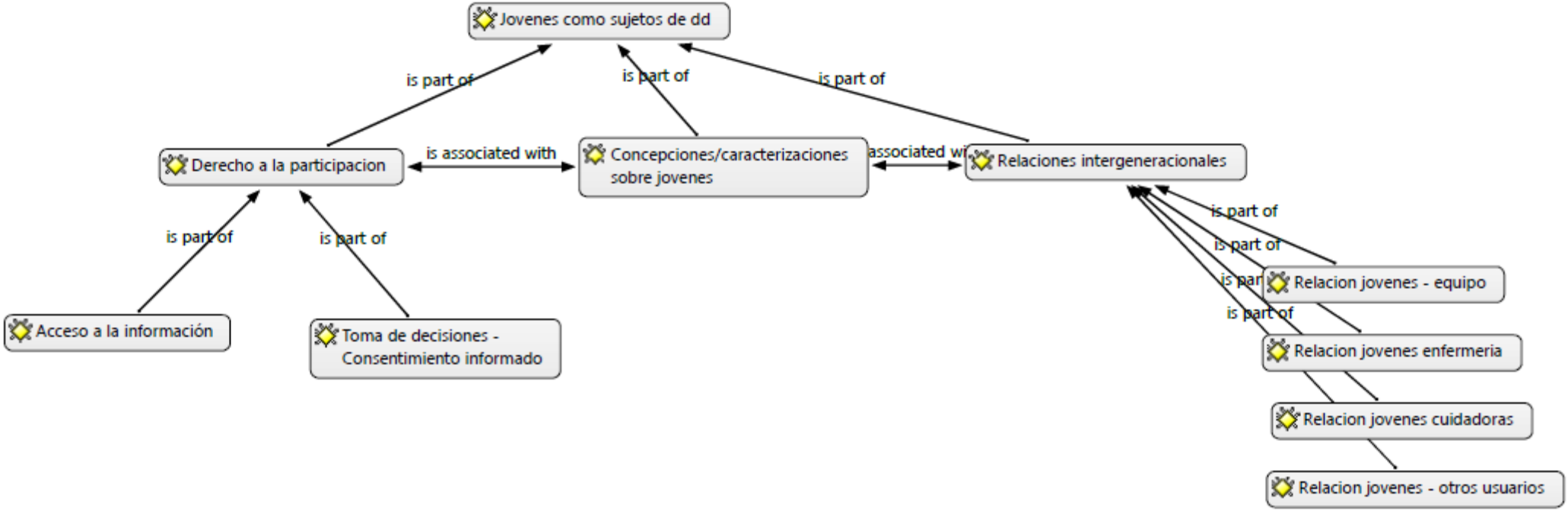
CATEGORÍAS	PREGUNTAS
Acerca de Casa del Joven *Modalidades de abordaje y prácticas de atención*	1. ¿Cuáles son los programas y modalidades de abordaje que se llevan a cabo en esta institución?
Pregunta abierta	2. ¿Me contaría sobre la situación de algún joven usuario de Casa del Joven que haya sido internado en el HNP? Alguna situación que haya sido significativa por cualquier motivo
Acerca de los/as jóvenes que reciben atención en el HNP: *Caracterización sociodemográfica*	3. ¿Cómo caracterizaría a los/as adolescentes y jóvenes que están o han estado en situación de internación en el HNP? (considerar edad, género, escolaridad, situación familiar, laboral, socioeconómica, lugar de residencia)
Internaciones	4. ¿En qué situaciones se indica una internación? ¿Qué disciplinas intervienen en la indicación de una internación? 5. ¿Cree que la internación se indica como último recurso? 6. ¿Cuáles son los principales motivos de internación? 7. ¿Cómo cree que resulta para los jóvenes la experiencia de internación en el HNP? 8. Respecto a los jóvenes que atraviesan una situación de internación ¿Cómo es la atención por parte de los equipos de Casa del Joven antes, durante y después de la internación? 9. ¿Qué particularidades tienen estas situaciones cuando se trata de jóvenes en conflicto con la ley penal?
Articulación con instituciones sector salud	10. ¿De qué manera se articula con los equipos de salud del HNP?
Intersectorialidad	11. Al momento de indicar una internación, o durante la misma, ¿Realizan alguna articulación con otras instituciones que no sean del sector salud (SeNAF, educación, justicia, trabajo, deporte, cultura, organizaciones sociales o espacios comunitarios)? ¿Con cuáles? ¿En qué situaciones? ¿Cómo resultan? 12. ¿Tienen algún contacto o articulación con las cuidadoras hospitalarias de SeNAF que acompañan a los jóvenes durante las internaciones?
Propuestas	13. ¿Cómo cree que debería ser un abordaje en salud mental que contemple la especificidad de adolescentes y jóvenes?

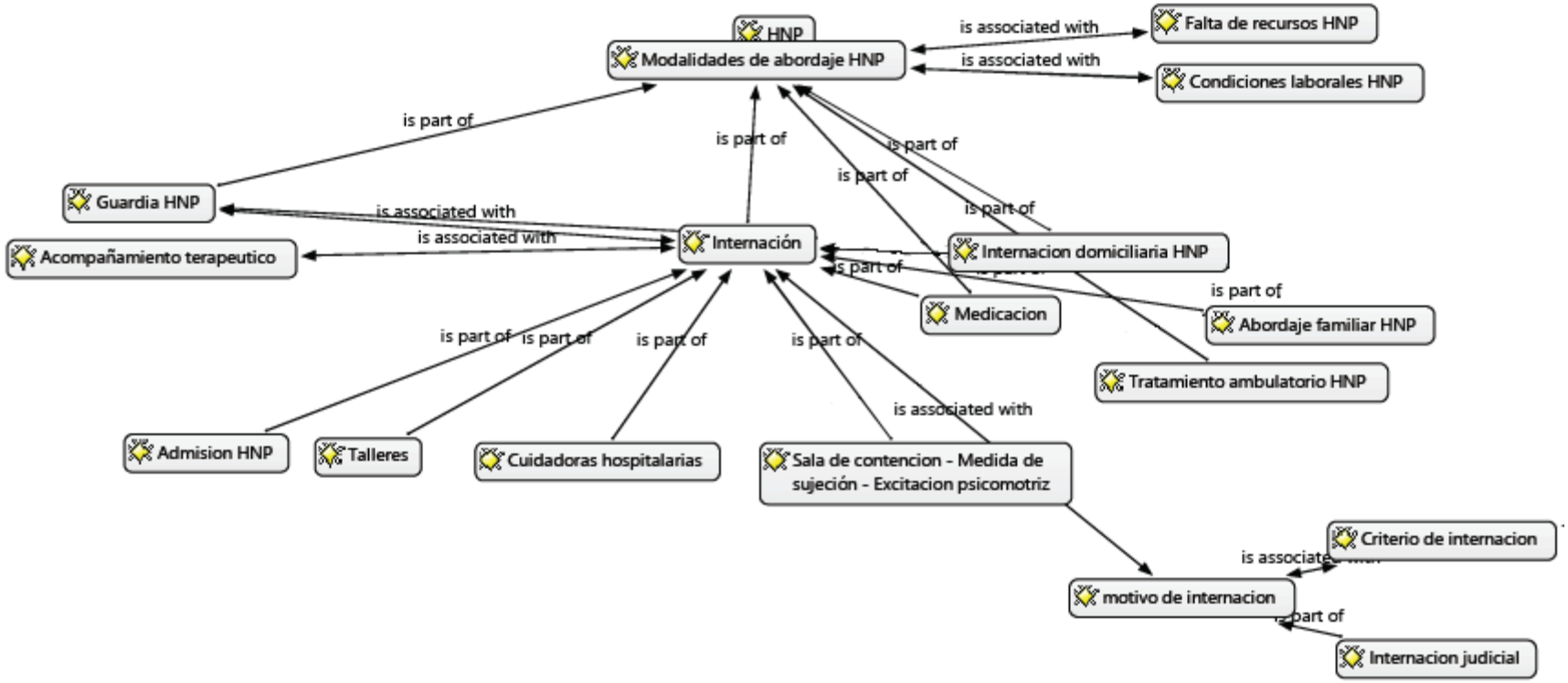
8.4 Guía de pautas para entrevistas semiestructuradas a Cuidadores Hospitalarios

CATEGORÍAS	PREGUNTAS
Pregunta abierta	1. ¿Me contaría sobre algún acompañamiento realizado a un/a adolescente en el HNP que haya sido significativo? Nota: desde el momento en que tomó contacto con la situación hasta que finalizó
Acerca de los/as jóvenes que reciben atención en el HNP: ***Caracterización sociodemográfica*** ***Problemáticas actuales***	2. ¿Cómo caracterizaría a los/as adolescentes y jóvenes que están o han estado en situación de internación en el HNP? (considerar edad, género, escolaridad, situación familiar, laboral, socioeconómica, lugar de residencia) 3. ¿Cuáles cree que son las principales problemáticas que atraviesan los adolescentes en su vida cotidiana? 4. ¿Cuáles son los principales motivos de consulta/derivación al HNP?
Roles y funciones	5. ¿Cuál es su función y qué tareas desarrolla en el acompañamiento a adolescentes en el HNP?
Modalidades de abordaje en HNP	6. a) ¿Podría describir cómo se desarrolla la internación de los adolescentes, que actividades o prácticas se llevan a cabo y de qué modo? b) ¿Y cómo cree que es *para* los adolescentes la experiencia de internación? 7. ¿Qué particularidades tiene la atención cuando se trata de jóvenes en conflicto con la ley penal?
Articulación con equipo de salud ***Articulación entre cuidadoras***	8 ¿Cómo es el trabajo con los/as profesionales del HNP (psiquiatras, psicólogos, TS, enfermeros)? ¿Existe alguna modalidad de comunicación y/o articulación entre el equipo de salud a cargo de la atención de los jóvenes y las cuidadoras hospitalarias que los acompañan? 9. Ha estado en alguna situación de descompensación de algún adolescente que acompañaba ¿Cómo actuó ante esas situaciones? 10. ¿Cuenta con algún espacio en el que se encuentren con otros cuidadores/as o con coordinadores para conversar/pensar acerca de las situaciones de los jóvenes que acompañan? ¿Tiene algún tipo de comunicación con/ entre los cuidadores que están acompañando un mismo adolescente?
Relación con los jóvenes	11. ¿Cómo es la relación que se establece entre las cuidadoras y los jóvenes que acompañan?
Participación	12. ¿Crees que los jóvenes pueden dar su opinión y tomar decisiones en cuestiones que tengan que ver con su tratamiento?

Sostenimiento de vínculos con el entorno familiar, comunitario, social. ***Frecuencia y modalidad de comunicación.***	13. ¿De qué modo y con qué frecuencia los jóvenes mantienen alguna comunicación con los vínculos de su entorno familiar, comunitario, escolar, durante la internación?
Formación	14. a) ¿Ha tenido la posibilidad de participar de espacios de formación o capacitación relacionados a la salud mental? ¿De qué tipo? ¿Qué temáticas se abordaron en dichos espacios? b) ¿Y en espacios de formación relacionados a la adolescencia y la juventud? ¿Qué temáticas se abordaron?
Condiciones laborales	15. ¿Cómo son las condiciones laborales de las cuidadoras hospitalarias? ¿Crees que ello interfiere en el desempeño de sus funciones? ¿De qué modo?
Dificultades	16. ¿Cuáles son los principales desafíos o dificultades con los que se encuentra en el acompañamiento de los jóvenes en el HNP?
Propuestas	17. ¿Cómo cree que debería ser un abordaje en salud mental que contemple la especificidad de adolescentes y jóvenes?

8.5 Análisis de contenido. Mapas de categorías construidos en ATLAS.ti




HNP
Modalidades de abordaje HNP
is associated with
Falta de recursos HNP
is associated with
Condiciones laborales HNP
is part of
Guardia HNP
is associated with
is associated with
Acompañamiento terapeutico
Internación
is part of
is part of
is part of
is part of
Internacion domiciliaria HNP
is part of
Medicacion
is part of
Abordaje familiar HNP
Tratamiento ambulatorio HNP
is part of
is part of
is part of
is part of
is associated with
Admision HNP
Talleres
Cuidadoras hospitalarias
Sala de contencion - Medida de sujeción - Excitacion psicomotriz
Criterio de internacion
motivo de internacion
Internacion judicial

JÓVENES INTERNADOS

Acerca del dispositivo de atención en salud mental para jóvenes. Análisis desde la perspectiva de los/as trabajadores en el marco del enfoque de derechos

Universidad Nacional de Entre Ríos

UNER Facultad de Trabajo Social