

Internaciones por motivos de salud mental: Comentarios e interrogantes desde el campo de la salud mental comunitaria

Mental Health Hospitalizations: Comments and questions from the communitymental health field.

Fernando Colombero

Fernando Colombero

Licenciado en Terapia Ocupacional (Universidad Nacional del Litoral). Especialista en Salud Mental Comunitaria. Profesional del Servicio de Salud Mental Comunitaria del Hospital Zonal "Dr. Andrés Ísola" de Puerto Madryn, Chubut. Docente Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación Barceló. Ha integrado e integra diversos equipos interdisciplinarios asistenciales, de docencia, extensión e investigación

fernando.colombero@gmail.com

Resumen

En el presente texto se pretende compartir una producción de articulación teórico-práctica a partir de la experiencia de rotación por el Dispositivo de Internación de Salud Mental realizada durante los meses de octubre del año 2022 a enero del 2023. Ésta se desarrolló en el marco de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria, con sede en el Hospital Zonal A. Ísola de Puerto Madryn. En el escrito se ponen en discusión comentarios e interrogantes originados durante el recorrido, así como también se sitúan perspectivas, saberes y estrategias que guían los abordajes. Esto se desarrolla en torno a tres ejes: 1. Abordajes comunitarios en un dispositivo hospitalario, 2. La dimensión temporal en la internación, 3. La red de cuidados como dimensión social y compleja. Se concluye valorando la escritura del relato de experiencia como oportunidad para seguir complejizando los diálogos entre el campo de la terapia ocupacional y la salud mental comunitaria.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, internación hospitalaria, servicios comunitarios de salud mental, Derechos Humanos.

Abstract

The aim of this paper is to share the experience of a rotation carried out in a mental health hospitalization service, during the months of October 2022 to January 2023. The rotation was developed at the Interdisciplinary Residency in Community Mental Health, at the A. Ísola Zonal Hospital of Puerto Madryn. The paper discusses the questions and reflections that emerged during this process, as well as the perspectives and strategies that guide the interventions. This is developed around three axes: 1. Community approaches in a hospital service, 2. The temporal dimension of hospitalization, 3. The network of care as a social and complex dimension. The conclusion highlights the writing of the experience report as an opportunity to deepen and expand the dialogues between occupational therapy and community mental health.

Keywords: Occupational Therapy, hospitalization, community mental health services, Human Rights.

Introducción

En el presente texto se pretende compartir una producción de articulación teórico-práctica a partir de la experiencia de rotación por el Dispositivo de Internación de Salud Mental realizada durante los meses de octubre 2022 a enero del 2023. Ésta se desarrolló en el marco de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (RISMC), con sede en el Hospital Zonal “Dr. Andrés Ísola” de Puerto Madryn (HZPM).

La RISMC es una formación de posgrado de capacitación en servicio cuyo objetivo es el de formar profesionales (Lic. en Terapia Ocupacional, Psicología, Trabajo Social y Musicoterapia) para trabajar desde un modelo de orientación comunitaria, centrado en la promoción de la salud y en el abordaje de problemáticas psicosociales (Ministerio de Salud, 2015). La interdisciplina, la participación y la perspectiva de derechos se constituyen como ejes prioritarios de la formación.

En la RISMC se contempla que los residentes roten por los dispositivos de la Red Sociosanitaria del Servicio de Salud Mental Comunitaria, y en el caso del HZPM, cuenta con los siguientes dispositivos: Primer Nivel de Atención de Salud Mental (Centros de Atención Primaria de Salud), Centro de Día de Salud Mental, Centro Ocupacional-Laboral “Nuevos Sabores” y Dispositivo de Inserción Laboral “Cocinando Sueños”, Dispositivo de Inclusión Habitacional, Centro Integral de Tratamiento de las Problemáticas de Consumo (CIT), Dispositivo de Enlace, Internación de Salud Mental, Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental, Consultorios externos de psiquiatría, Centro de Salud Integral de Adolescentes (CESIA) Pozzi y Programa para personas privadas de la libertad (PPL).

En relación con la rotación por el Dispositivo de Internación de Salud Mental, se considera la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) y la Ley Provincial N° 384 (2009) como marco normativo de base y el campo de la salud mental comunitaria en diálogo con saberes plurales como fundamento de la praxis.

En las trayectorias vitales de todas las personas es posible que acontezcan crisis que produzcan alguna urgencia en salud mental, entendida como toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento. La urgencia no es un acontecimiento aislado sino parte del proceso de salud-enfermedad-cuidados, en el que la persona debe ser asistida de manera integral, y ser parte de un abordaje que se inscriba en el modelo comunitario de atención en salud (DNSMyA, 2013).

Según el marco normativo vigente, se considera la internación como un recurso más dentro de la estrategia terapéutica de abordaje de estas situaciones. Está indicada cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social y cuando brinde cuidados y atención que no estén

garantizados por fuera de la institución al momento de la evaluación (Ley N° 26.657, 2010). En dicha legislación se estipula que la internación por motivos de salud mental transcurra en el hospital general, de carácter transitorio, lo más breve posible, con el fin de cuidar a la persona y facilitar la reorganización de los aspectos de su vida que se hayan visto gravemente alterados en la crisis (DNSMyA, 2013).

Históricamente, la perspectiva de abordaje de las personas con padecimientos subjetivos estuvo centrada en la exclusión, el encierro y en las múltiples vulneraciones a los Derechos Humanos de las personas con trastornos mentales (Vommaro, 2011; Di Nella, 2012), por lo que el modelo de abordaje comunitario reivindica la concreción del ejercicio de derechos de todas las personas en condiciones de vida digna. Debido a esto, resulta oportuno describir el dispositivo de internación de salud mental en el Hospital General local y posteriormente se ponen en discusión comentarios e interrogantes originados durante la experiencia de rotación, así como también se sitúan perspectivas, saberes y estrategias que guían los abordajes.

Breve caracterización del dispositivo

El Dispositivo de Internación de Salud Mental depende del Servicio de Salud Mental del HZPM, único hospital general público de la ciudad. La vía de ingreso a la internación es a través de la Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental del HZPM. Conforme a la normativa vigente, éstas pueden ser voluntarias o involuntarias. En el caso de internaciones involuntarias, se debe notificar al Juzgado de Familia y al Órgano de Revisión de Salud Mental Provincial.

En cuanto a la cantidad de ingresos posibles, al momento de la rotación se contaba con once camas en el dispositivo. Cabe aclarar que cuando no hay disponibilidad de camas se ingresan en otro servicio del hospital (clínica médica, quirúrgica o tocoginecología). Por otro lado, en las situaciones de internación de niños, niñas y adolescentes menores de trece años, les usuaries transcurren la misma en el servicio de pediatría.

El alta se otorga procurando garantizar la continuidad de cuidados, es decir, con derivación a otro efector de la red sociosanitaria local (seguimiento en Centros de Atención Primaria de Salud, Centro Especializado de Salud Integral de Adolescentes, Consultorios Externos, Centro de día, Centro Ocupacional Laboral, Dispositivo Habitacional o Centro Integral de Tratamiento de las Problemáticas del Consumo), así como del ámbito privado o de otra jurisdicción, cuando correspondiese.

Suele presentarse el servicio como internación de agudos, es decir, se procura que cada internación sea lo más breve posible mientras se compensa el cuadro y remite el riesgo para sí y para otros. Durante el período que transitó este dispositivo (según registros propios) el promedio de duración de la

estadía de les usuaries fue de diez días aproximadamente. A su vez, la internación más breve fue de cinco días, mientras que la más prolongada fue de tres meses.

Cabe mencionar que el Hospital General de Puerto Madryn, dependiente del sistema público de salud, resulta la única institución de la ciudad que aloja urgencias subjetivas y que cuenta con un servicio de internación de agudos.

El equipo técnico del dispositivo al momento de mi rotación estaba conformado por tres psicólogas (una de ellas coordinadora del dispositivo y otra de licencia por maternidad), una trabajadora social, un médico psiquiatra, equipo de enfermería, una persona de administración y personal de maestranza.

Ediliciamente, el espacio cuenta además de las habitaciones (compartidas entre dos personas internadas en la mayoría de los casos) con un living-comedor, baños y un patio frontal que comunica con el resto de las instalaciones del hospital. Es en la sala del living-comedor (la cual está en comunicación directa con el office de enfermería) donde les usuaries realizan la mayoría de las actividades cotidianas, como comer, socializar con pares y visitas, mirar televisión y otras actividades de recreación.

La dinámica cotidiana del equipo del dispositivo (a la cual me incluí como residente rotante) inicia con el pase de sala y luego se realizan las entrevistas con usuaries y/o referentes afectivos (familiares, amigos). A su vez, también se realizan entrevistas postaltas. También, suelen realizarse reuniones con otros actores intervinientes (terapeutas o equipos de la red, personal de la oficina central del Ministerio de Salud de la Provincia o del Ministerio de Defensa Pública, entre otros).

Desarrollo

A partir de preguntas que intentan organizar las reflexiones, se comparten algunas articulaciones teórico-prácticas elaboradas a posteriori de la experiencia de rotación. Como herramientas metodológicas han sido implementadas la observación participante y el diario de campo (Parra, 2010).

Siguiendo a la colega Testa (2020), me gustaría tomar la iniciativa de compartir estas elaboraciones en modo de comentarios, como herramienta que da mayor libertad cuando se trata de compartir algunas intuiciones, algo del orden de un cierto saber que no está cerrado. Dicha autora agrega que un comentario está destinado a ir y venir o a quedarse flotando, a disposición de quien quiera hacer algo con él.

1. ¿Cómo se inscriben las prácticas desde un modelo de abordaje comunitario en un dispositivo intrahospitalario?

La internación se sitúa como un dispositivo hospitalario preparado para alojar individualidades cuando atraviesan una crisis que irrumpe, dejando al sujeto sin recursos para responder, ante lo cual es necesario ofrecer un espacio/tiempo para que la

misma pueda alojarse y desplegarse. Se intenta introducir una demora para que el sujeto pueda escucharse y escuchar, “posicionarse como sujeto responsable de aquello que le sucede, como sujeto capaz de elaborar, significar y reconstruir aquello que le genera malestar” (Arias, 2019, p.8). Así es que se instaura un tratamiento, en la mayoría de los casos, que promueve una pausa para el usuarie, un “tiempo entre”, paréntesis para reorganizar hábitos básicos de cuidado, descanso y alimentación, así como es parte de un tratamiento psicofarmacológico y acompañamiento psicosocial para volver a ligarse con el “afuera”. Si bien éste nunca deja de ser parte del sujeto, se propicia una distancia hasta que progresivamente se van acompañando los vaivenes entre la internación y el lugar “extramuros” donde acontece la vida cotidiana. Esto implica que se intenta trascender una comprensión dicotómica y fragmentada del adentro/afuera, así como de “lo clínico” con “lo comunitario”, para apostar a los “entres”, a lo anfibio o a aquello que se va construyendo en relación dialéctica.

Por otro lado, una de las principales críticas que suele realizarse a este tipo de dispositivos es que prima el modelo médico hegemónico (MMH), desde el cual la salud queda reducida a la asistencia de la enfermedad, “el abordaje es enteramente sintomático y circunstancial; esto es, apegado a la idea directriz de remitir el cuadro” (Di Nella, 2012, p.50). A su vez, se ubica la concepción biologicista, ahistórica y descontextualizada del individuo, la mercantilización y la relación asimétrica de poder entre los actores como características imperantes del MMH (Stolkiner, Ardila, 2012).

En primer lugar, con relación a la visión individualista, ahistórica y acontextual, considero que en este dispositivo se sostiene como premisa ir evaluando la evolución del usuarie y acompañando cada situación particular, es decir, en sintonía con lo que se propone desde la perspectiva de la salud mental comunitaria, se intenta dar protagonismo a la voz del mismo, de su familia o referentes afectivos, contemplando su historia y su vida cotidiana. Esto implica, intentar comprender la singularidad del sujeto, en la trama de condiciones estructurales y colectivas que la posibilitan (Galheigo, 2003). Las colegas García Ariceta y Rosemblat (2019) traen el aporte de Silvia Kleiban (1997), quien propone “acompañar con la mirada y la escucha, buscar y sostener la singularidad, generando acciones particularizadas por sobre la estructura psicopatológica y por sobre la estructura institucional” (p. 67).

Por otro lado, en dirección opuesta al MMH, el marco normativo vigente y el campo de la Salud Mental Comunitaria prestan especial énfasis a desnaturalizar la toma de decisiones por sobre la autonomía del otre, por lo que se debe partir de la presunción de capacidad de toda persona que llega al dispositivo y, en la práctica, se trazan caminos orientados por el ejercicio de derechos de les usuaries, priorizando su cuidado, los apoyos que necesita y el fortalecimiento del lazo social. Esto se observa en el compromiso cotidiano y la militancia

activa por parte del equipo con el que compartí la tarea, ya que esto no es algo que se da una vez y para siempre sino que es necesario interpelar, construir y reconstruir en lo cotidiano.

Aquí creo conveniente delimitar que, ante el escenario en el que una persona necesita apoyo mientras atraviesa una situación de crisis y el equipo de salud toma responsabilidades al acompañar su proceso de cuidado durante un período agudo, no es incongruente con la autonomía y el ejercicio de derechos del paciente. Aquí se presenta el desafío de no ser inocentes a la posición de poder que ocupa el profesional de salud en la institución hospitalaria, y por ende, la zona de frontera entre la responsabilidad ética de garantizar cuidados y la posición paternalista, por ejemplo, a la hora de determinar la involuntariedad de la internación, la prescripción de psicofármacos, decidir cuándo y cómo otorgar el permiso de salida y el alta, entre otros.

Ante este dilema ético, no se tiene que perder de vista (o de escucha) la voz en primera persona de las personas con las que trabajamos (Di Mare Durán, Presa, 2018), reivindicando la necesidad de dimensionar la posición de poder del profesional y la desigualdad con el usuario, pudiendo poner a circular algunas preguntas con el equipo: ¿Cuándo y cómo se da por resuelta la situación de urgencia? ¿Estamos incurriendo en una mirada policial, donde el paciente tiene que dar cuenta de un desempeño esperado para ser evaluado positivamente y lograr la salida (alta, permiso, etc.)? ¿Estamos apurando el alta o estamos otorgando el permiso respetando la dignidad del riesgo? ¿Estamos pensando juntas con el usuario la dirección de su proyecto de vida y las estrategias posibles para acompañarlo? ¿Se está negando la discusión sobre el alta a quien no tiene referentes afectivos que puedan garantizar continuidad de cuidados, a quien no tiene proyectos vitales que lo enlacen, a quien no cuenta con condiciones materiales o se piensa colectivamente cómo construir alternativas cuando “no las hay”?

2. ¿Cómo pasa el tiempo para las personas que se encuentran internadas en salud mental?

Otro de los cuestionamientos que suele realizarse a este tipo de dispositivos es sobre la dimensión temporal. Di Nella (2012) problematiza que a diferencia de otros regímenes de institucionalización (como cárceles, instituciones de menores) en la internación en salud mental uno no puede saber de antemano cuánto tiempo durará su estadía. De todos modos, quizás hay algo que sí sabemos, y es que se intenta garantizar que será lo más breve posible.

La permanencia en la internación puede ser muy variable, incluyendo personas que a los tres o cuatro días comienzan a recibir permisos de salidas y luego se les brinda el alta (con derivación para seguimiento ambulatorio), hasta algunas situaciones excepcionales que pueden sostenerse durante tres meses o más en el dispositivo. Cabe añadir que estas

delimitaciones temporales parten de registros propios ya que no se hallan publicaciones con datos empíricos sobre esta cuestión, siguiendo la tendencia nacional de escasez de datos epidemiológicos sistematizados respecto a las internaciones de salud mental en hospitales generales del sistema público de salud (Schiavo et al, 2017).

El marco normativo vigente resultó un viraje determinante en relación con la temporalidad de las estrategias de abordajes para atender y dar respuesta a las personas con padecimientos psíquicos. A partir de la sanción de la Ley Provincial N° 384 (2009) y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) se realizó gradualmente un proceso de reforma en las prácticas y dispositivos ya que históricamente se compulsaban tratamientos de salud mental basados en el encierro y aislamiento indefinido de las personas en hospitales monovalentes (Di Nella, 2012). Cohen y Natella proponen considerar que “todo escenario puede ser manicomio en la medida en que se establezca una relación de sometimiento de una persona sobre otra, un vínculo que oprima e impida el libre intercambio entre ambas” (Cohen, Natella, 2013, p. 154).

Ante este panorama, la atención de salud mental en hospitales generales y la red de dispositivos local se configura como oportunidad para favorecer la permanencia y participación de las personas con padecimientos subjetivos en su comunidad y garantiza el proceso integral de continuidad de cuidados en el territorio donde las personas desarrollan su vida cotidiana (DNSMyA, 2018), cercanos a sus vínculos afectivos y con posibilidades de relaciones sociales que permiten la circulación, la confianza, la reciprocidad y los intercambios simbólicos y materiales (Testa, Spampinato, 2016).

Otro elemento de la dimensión temporal, además de la cantidad de tiempo que se prolonga la internación de cada quién, es la vivencia singular de la experiencia temporal y cómo ocurrirá su tiempo cada una de las usuarias.

Como se mencionó anteriormente, se ofrece en la internación la posibilidad de la pausa. El tratamiento en internación no queda supeditado a una entrevista de evaluación diaria de treinta minutos con el equipo interdisciplinario y al tratamiento psicofarmacológico, sino que involucra también la distancia con las condiciones cotidianas en las que se encuentran los “desencadenantes” del malestar, la posibilidad de reorganizar rutinas básicas de alimentación, higiene y ciclo vigilia-sueño, “recibir” cuidados de los agentes de salud y referentes afectivos (en el caso de que los hubiese). Como lo expresa Álvarez (2021), siguiendo a Palazzini (2020),

la creación de condiciones de estabilidad, diferentes estrategias de presencia y constancia que pueden ser la frecuencia de las entrevistas, los horarios de las comidas, los cuidados de enfermería, los movimientos del dispositivo o cualquier ritmo que se marque comienzan a ser línea de

conexión entre el sujeto en ruptura y el equipo, muchas veces previo a la aparición de la palabra. (p. 5)

A su vez, se intenta generar las condiciones para que esta pausa o paréntesis pueda ser tomada como oportunidad de descanso y de tiempo libre. Resulta interesante problematizar aquí libre de qué ataduras, en una época donde lo que prima es que “no hay tiempo”, con marcados imperativos de éxito y de hiperproductividad, de conectividad permanente, inmediatez y autoexplotación (Berardi, 2017).

Cómo se va a ocupar y significar el tiempo de la internación consiste en un proceso muy singular de cada quien, el equipo trabajará para sostener lo que se inaugure en ese tiempo. Precisamente, la autora Frigerio (2004) propone interrumpir (lo que es pura reiteración, repetición sin elaboración) para inaugurar. Inauguración como apertura y augurio, es decir, hacer que algo devenga posible cuando todo parece indicar lo contrario.

Muchas veces se sitúa que en el hospital se vive la fragilidad y el vacío de la espera, que abre un espacio potencial de creación (Lucca, 2022). Es tarea del terapeuta ocupacional y del equipo interdisciplinario acompañar un existir cotidiano del sujeto en un mundo no-cotidiano (Mattingly, 1998) y por lo tanto, potenciar la oportunidad de habitar la experiencia de ese “tiempo entre” como espacio de autoría (Fernandez, 2002), de creación, que no implique el mero acatamiento al mundo externo ni el puro mundo interno (Winnicott, 2003), como posibilidad de salud y transformación de la propia vida cotidiana (Colombero, 2025).

3. ¿Quién cuida a quien cursa un padecimiento psíquico? ¿Y después de la crisis?

Si bien numerosas autoras y activistas del campo de los feminismos vienen visibilizando la crisis de los cuidados (de la Aldea, 2019), me encontré afectado al constatar en la práctica diaria que muchos adolescentes y adultos internados no cuentan con una red, o al menos un referente afectivo, que oficie de cuidador/a. Esta tarea implica la posibilidad y disposición de poner en suspenso la dinámica cotidiana habitual cuando irrumpe una crisis, en pos de acompañar a quien se halla en situación de urgencia subjetiva (por ejemplo, una persona con conducta suicida o primera crisis psicótica). Por otro lado, se observa reiteradamente que hay usuarias que vienen requiriendo años de cuidados y alto nivel de apoyos y muchas veces la red se desgasta, se agota, y no hay quien sostenga (por ejemplo, con usuarias en situación de consumos problemáticos, episodios heteroagresivos y/o descompensaciones psicóticas reiteradas, entre otras).

Por nuestra condición humana, todes somos frágiles, vulnerables y dependientes. Ningún humano logra vivir sin los cuidados imprescindibles en momentos precisos, cómo la infancia, vejez, o en situaciones de discapacidad, enfermedad, duelos, etc. (de la Aldea, 2019). También podemos afirmar que pensar

la organización social del cuidado es inescindible de la trama socioeconómica y, por ende, de las relaciones de poder/dominación. Aquí, es interesante problematizar interseccionalmente (género, raza, etnia, y otras tramas de vulnerabilidad) cómo se organiza el diamante del cuidado (Venturiello, 2020) entre el estado, la familia, el mercado y la sociedad civil.

A lo largo de la historia, las tareas de cuidados se delegaron a la esfera privada, fuera de las visibilizaciones políticas y económicas, recayendo generalmente en las mujeres (Bonavitta, 2019). Resulta así evidente que es imprescindible producir otras políticas públicas, alternativas y estrategias terapéuticas en los casos en que “la familia no es continente” o se encuentra igualmente en vulnerabilidad. Quizás, este es uno de los puntos nodales en la debilidad de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657), es decir, cómo garantizar la continuidad de cuidados en el ambulatorio en salud mental en particular, atendiendo la situación sociopolítica actual y local: años de crisis sanitaria y económica en la provincia (entramada en con el contexto nacional y global), la fragilidad de las instituciones estatales en este período, la intensidad y la voracidad del ritmo cotidiano, la soledad y la extrema individuación de la sociedad, entre otras características epocales que podríamos traer a la discusión.

La pregunta es, en síntesis, como hacemos “lo posible” para intentar garantizar el derecho al cuidado y de autonomía en términos de lo que propone Pautassi (2018): Derecho a cuidar, derecho a ser cuidado, derecho al autocuidado y derecho a no cuidar. Desde el campo de la salud mental comunitaria, se piensan como implicancias de los equipos interdisciplinarios el fortalecimiento de vínculos de cuidados y de lazos comunitarios solidarios (Bang, 2014) así como también la agencia por transformaciones en las políticas públicas contemplando las intersecciones entre el Estado, lo social y las políticas en salud (Stolkiner y Ardila, 2012).

Conclusión

En el presente texto se entretujieron algunos comentarios e interrogantes a partir de la experiencia de rotación en el dispositivo de internación de salud mental, intentando compartir interpretaciones posibles y reconstruir interrogantes, los cuales muchas veces no esperan una respuesta, sino que se abren para motorizar el potencial creativo necesario para sostener la tarea de manera ética e implicada, y redimensionar desde dónde venimos y hacia dónde queremos ir como colectivo de profesionales que trabajan en el campo de la salud mental. Así, se puso en diálogo cómo se inscriben las prácticas comunitarias en un dispositivo intrahospitalario, la dimensión temporal durante la internación y la red de cuidados, como dimensión social y compleja.

La escritura se presentó como oportunidad de pausa en la vorágine cotidiana para dar lugar a la narración de lo que nos pasa en

las prácticas, abriendo interpelaciones y develando líneas de complejidad. Este relato asume la aventura de la transmisión de una experiencia para continuar dando espesor a los diálogos entre el campo de la Terapia Ocupacional y la salud mental comunitaria. ■

[Recibido 28/11/2024 - Aprobado 28/06/2025]

Referencias:

- Álvarez, M. C. (2021). *Estar Analista en la urgencia. Relato de experiencia de rotación en dispositivo de internación*. Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria, Hospital "Dr. Andrés Bóola", Puerto Madryn, Chubut.
- Arias, A. (2019). Cartografía de las urgencias subjetivas en un hospital público. *Revista La Plaza AT*, 6, 1-10.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-399>
- Berardi, F. (2017). *Fenomenología del fin: sensibilidad y mutación conectiva*. Editorial Caja Negra.
- Bonavitta, P. (2019). ¿Por qué cuidamos las mujeres? Cartografía sobre el espacio privado como territorio para otros. *Revista del Cisen Tramas/Maepova*, 7(2), 23-43.
- Cohen, H., Natella, G. (2013). *La desmanicomialización. Crónica de la Reforma del Sistema de Salud Mental de Río Negro*. Lugar Editorial.
- Colombero, F. (2025). Producir salud y cuidados a través de prácticas interdisciplinarias: una lectura de terapia ocupacional en la guardia de salud mental. *Revista Margen*, (116), 1-8.
- De la Aldea, E. (2019). ¿Por qué hablar de crisis de los cuidados? En De la Aldea, E. *Los cuidados en tiempos de descuido* (pp. 21-26). LOM Ediciones.
- Di Mare Durán, L. y Presa, J. (2018). Sujetos inesperados... ¿hasta cuándo? Acerca de un caso clínico. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (2), 13-17.
- Di Nella, Y. (2012). *Inclusión Mental. Políticas públicas con enfoque de derechos*. Editorial Koyatun.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones [DNSMyA] (2013). *Lineamientos para la atención de la Urgencia en Salud Mental*. Ministerio de Salud de la Nación: Argentina.
- Dirección Provincial de Salud Mental Comunitaria. (2015). *Programa General de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria*. Ministerio de Salud de la Provincia de Chubut.
- Fernández, A. (2002). *Poner en juego el Saber: propiciando autorías de pensamiento*. Editorial Nueva Visión.
- Frigerio, G. (2004). Identidad es el otro nombre de la alteridad. La habilitación de la oportunidad. En Frigerio, G., Diker G. (comps.). *Una ética en el trabajo con niños y jóvenes. La habilitación de la oportunidad*. NOVEDUC.
- Galheigo, S. M. (2003). O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 14(3), 104-109. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v14i3p104-109>
- García Ariceta, V. y Rosemblat, F. (2019). Diferentes momentos en un tratamiento de Terapia Ocupacional en un hospital de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires: Del "vine a morir" al "salir a la pelea". *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 5(1), 69-74.
- Kleiban, S. (1997). T.O. Una apuesta singular. En C.O.L.T.O.A. *Terapia Ocupacional*. Grupo Editor.
- Ley N° 384 de 2009. Ley Provincial de Salud Mental. Provincia de Chubut. 19 de Octubre de 2009.
- Ley N° 26.657 de 2010. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Nación Argentina. 2 de diciembre de 2010.
- Lucca, A. et al. (2022) *Hospital San Martin: ¿Qué lugar para las prácticas en salud mental? Ateneo Clínico*. Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental, Paraná, Entre Ríos.
- Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots: The narrative structure of experience*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139167017>
- Palazzini, L. (2020). *La práctica del analista en la urgencia Subjetiva*. [Disertación en Actividad Científica RISaM].
- Parra, M. A. (2010) *Ficha de Cátedra: Herramientas cualitativas de investigación/intervención en contextos comunitarios*. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad Nacional del Comahue.
- Pautassi, L. (2018). El cuidado como derecho. Un camino virtuoso, un desafío inmediato. *Revista de la Facultad de Derecho de México*, 68(272-2), 717-742. <http://dx.doi.org/10.22201/fder.24488933e.2018.272-2.67588>
- Schiavo, C., Tate, A. ., Penna, M., Stampella, L. ., Grendas, L. N., Romarion Benitez, V., Rose, L., Videtta, R., Arnaldo, J. & Richly, P. (2017). Análisis comparativo sobre las características de las internaciones en una sala de Salud Mental en un hospital general de agudos. *Vertex Revista Argentina De Psiquiatría*, 28(133, mayo-jun.), 183-187.
- Spampinato, S. B., Testa D. E. (2016). Emprendimientos Sociales en Salud Mental. Transformar desde "abajo". *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 2(2), 19 -27 .
- Stolkiner, A. y Ardila, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Revista Vertex*, 23(1), 57-67.
- Testa, D. (2020). "Un cuarto propio" y dinero en la billetera: condiciones de producción en terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 28(4), 1357-1364. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2047>
- Venturiello, M. P. (29 de abril 2020). *Diálogos sobre el cuidado: experiencias, reflexiones e investigaciones*. [Archivo de video] <https://www.youtube.com/watch?v=pKpdNi8ZsX0&t=8s>
- Vommaro, H. (2011). Historia de la internación. En Vommaro, H., Garramuño J., Tobal D. *Desafíos en Salud Mental*. (pp. 129-152). Ed. Polemos.
- Winnicott, D. (2003). *Realidad y Juego*. Gedisa.

Cómo citar este Relato de Experiencia:

Colombero, F. (2025). Internaciones por motivos de salud mental: Comentarios e interrogantes desde el campo de la salud mental comunitaria. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 11(1), 44-49.