

Intersecciones emergentes: Trabajo Social, crisis subjetivas y riesgo en salud mental en la guardia hospitalaria

BRUNI, Martín.

Lic. en Trabajo Social (Unicen); Mg. en Salud Mental Comunitaria (Unla); Residencia completa en salud mental (RISAM-MSal); Especialización en Trabajo Social Forense (UNR). Actualmente se desempeña en el Cuerpo Interdisciplinario Forense de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil.

Contacto: licbruni@gmail.com
ORCID: 0009-0009-4935-9691

Recibido: 30/07/2025 - **Aceptado:** 03/11/2025

Cómo citar: Bruni, M. (2025). Intersecciones emergentes: Trabajo Social, crisis subjetivas y riesgo en salud mental en la guardia hospitalaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), pp-pp

Resumen

En este artículo me propongo analizar el ejercicio profesional del Trabajo Social en guardias hospitalarias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en el periodo 2008-2024, así como la operacionalización del Artículo 20º de la Ley Nacional de Salud Mental, que habilita su participación en la objetivación del riesgo para indicar la internación involuntaria. La investigación, basada en metodología mixta (análisis documental de 32 artículos, encuestas a 74 profesionales y 2 grupos de discusión), permitió conocer y describir cómo las trabajadoras sociales configuraron su espacio laboral en urgencias hospitalarias desde el año 2008 hasta la actualidad, en el marco del trabajo interdisciplinario. La guardia constituye un espacio emergente de intervención profesional, en el cual las Trabajadoras Sociales tuvieron que deconstruir y reconfigurar demandas medicas con tintes conservadoras y filantrópicos para adecuar el campo de acción profesional. Se concluye

que el Trabajo Social contribuyó a fortalecer y complejizar la atención en salud mental en urgencias; que amplió sus funciones y competencias profesionales debido a la permanencia y confluencia de saberes instrumentales del equipo interdisciplinario y, que promovió una perspectiva de cuidado integral de las personas en situación de crisis subjetiva.

Palabras clave: trabajo social, guardia, riesgo en salud mental

Emerging Intersections: Social Work, Subjective Crises, and Mental Health Risk in the Hospital Emergency Department

Abstract

In this article, I aim to analyze the professional practice of Social Work in hospital emergency departments in the Autonomous City of Buenos Aires (CABA) during the period 2008–2024, as well as the operationalization of Article 20 of the National Mental Health Law, which authorizes its participation in assessing risk to determine involuntary hospitalization. The research, based on a mixed methodology (documentary analysis of 32 articles, surveys of 74 professionals, and 2 discussion groups), made it possible to understand and describe how social workers have shaped their

professional space within hospital emergency services from 2008 to the present, within the framework of interdisciplinary work. The emergency department constitutes an emerging space of professional intervention, in which social workers had to deconstruct and reconfigure medical demands marked by conservative and philanthropic approaches in order to adapt the professional field of action. The study concludes that Social Work contributed to strengthening and adding complexity to mental health care in emergency settings; that it broadened its professional functions and competencies due to the sustained presence and convergence of the interdisciplinary team's instrumental knowledge; and that it promoted a comprehensive care perspective for people experiencing subjective crises.

Keywords: social work, emergency department, mental health risk

INTRODUCCIÓN

El presente artículo se centra en recuperar los principales temas y conceptualizaciones planteadas en la Tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, defendida en el año 2025, titulada: *Trabajo Social en guardia de hospitales generales de CABA. Análisis del ejercicio y estrategia profesional*.

nal en salud mental, para la valoración del riesgo cierto e inminente, en el período 2008 - 2024.

El estudio tuvo como propósito asentar reflexiones analítico-descriptivas sobre el ejercicio profesional del Trabajo Social en servicios de guardias hospitalarias (en adelante TSG) en el marco del equipo interdisciplinario de salud mental y específicamente en el modo de valorar el riesgo cierto e inminente, e intervenir en consecuencia.

Los objetivos específicos fueron:

1. Identificar elementos significativos para la construcción y análisis de la historia del ejercicio profesional del Trabajo Social en el servicio de urgencia.
2. Conocer cuáles constituyen las características que particularizan la intervención social en urgencias de otros espacios socio ocupacionales.
3. Identificar y describir las problemáticas o afecciones que atraviesan a los usuarios en la urgencia, así como las formas en que las Trabajadoras Sociales las comprenden.

4. Conocer si la Ley N° 26.657 contribuyó y/o obstaculizó aspectos vinculados al ejercicio profesional en urgencias del Trabajo Social y al abordaje interdisciplinario
5. Conocer el tipo de participación y valoración, de las trabajadoras sociales, sobre el artículo 20 de la Ley N° 26.657, en el marco de intervenciones interdisciplinarias.

Identificar si existen regularidades y particularidades en las condiciones del ejercicio profesional en guardia, en dos hospitales generales, uno sin y otro con sala de internación por salud mental.

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El recorte problemático lo vincule a los efectos de dos marcos legislativos en salud mental que habilitaron la participación del Trabajo Social en el equipo de salud del servicio de urgencias hospitalarias y específicamente en la evaluación de riesgo cierto e inminente.

Por un lado, la Ley de Salud Mental de CABA N° 448 -sancionada en el año 2000- posibilitó la conformación de los equipos interdisciplinarios¹ en guardias de hospitales generales, pediátricos y de infecciosas, efectivizándose en el año 2008.

Y luego, en el año 2010, la Ley Nacional de Salud Mental (en adelante LNSM), mediante Artículo N° 20 habilitó a que el equipo de salud mental tenga la responsabilidad compartida de indicar una internación de carácter involuntaria, incluyendo al Trabajo Social como parte fundamental de tal indicación.

De este modo, la ocupación del espacio socio-ocupacional de la guardia en hospital general fue novedosa para la intervención del Trabajo Social, develando una vacancia en referenciales teórico-metodológicos y operativos instrumentales sobre la intersección urgencias-riesgo en salud mental.

En consecuencia, el problema de la investigación recuperó tal vacancia e intersección; puntualizando en cómo el Artículo N° 20 de la LNSM se operacionaliza desde el Trabajo Social en el marco del trabajo interdisciplinario.

METODOLOGÍA

El diseño de la investigación fue flexible, de tipo cuali-cuantitativo, centrado en conocer, describir y analizar la praxis del TSG desde el año 2008 al 2024. Para tal fin se utilizaron metodologías mixtas (Hernández Sampieri; 2014) de diferente alcance e intencionalidad, ordenadas secuencialmente en tres fases, lo que

permittió realizar una compleja aproximación analítica multireferencial al problema de estudio ya mencionado.

En la primera fase, realice un análisis documental de 32 artículos académicos escritos por TSG en Hospitales generales de CABA, que sirvió de insumo para dar cuenta de los debates y perspectivas sobre la intervención social y para configurar el diseño del instrumento cuantitativo posterior.

Como segunda fase metodológica, utilice una encuesta diseñada en base a los datos obtenidos ulteriormente, a mi experiencia de intervención y a materiales bibliográficos vinculados. El instrumento se difundió mediante la técnica bola de nieve y contó con la participación anónima de 74 TSG.

Luego, en la tercera fase, desarrollé dos grupos de discusión con 9 TSG pertenecientes a dos hospitales generales -uno con sala de salud mental y otro sin ese servicio- donde se recuperaron las perspectivas sobre las temáticas resultantes de las fases anteriores. Una vez concluidas las tres fases metodológicas procedí a la elaboración de un análisis superador y más complejo, en el cual se incluyeron e interrelacionaron los datos obtenidos en las fases.

Antes de avanzar con los resultados, resulta pertinente explicitar ciertos posibles sesgos metodológicos que podrían haber incidido en la formulación de los criterios de selección de los instrumentos, así como en su diseño, aplicación y en el tratamiento de los resultados.

En primer lugar, cuento con una trayectoria profesional de más de diez años en servicios de urgencias de hospitales generales y, paralelamente, en un dispositivo de primera escucha especializada en la atención de personas con problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas.

Esta trayectoria, si bien constituye una fuente relevante de conocimiento situado, también puede introducir sesgos derivados de la implicación profesional, motivo por el cual sostuve un ejercicio constante de vigilancia epistémica orientado a preservar la reflexividad y el rigor analítico.

En segundo lugar, la ausencia de desarrollos teórico-metodológicos específicos del Trabajo Social en el campo de salud mental y urgencias hospitalarias, implicó recurrir a marcos conceptuales provenientes de la psicología y la psiquiatría para abordar cuestiones vinculadas a la salud mental.

Tal situación podría dar lugar a un cierto eclecticismo conceptual. No obstante, procuré minimizar este riesgo mediante un uso crítico y contextualizado de dichas categorías, asegurando su coherencia con los objetivos y el enfoque disciplinar del Trabajo Social.

MARCO TEÓRICO

El marco teórico de esta investigación articula dos vertientes: los aportes de la salud mental comunitaria y las categorías del Trabajo Social crítico.

Salud mental comunitaria: conceptualizaciones potentes

Parto de concebir a la salud mental comunitaria como una perspectiva contrahegemónica, que reconoce los determinantes y condicionantes sociales en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, a la vez que cuestiona los discursos científicos y prácticas profesionales basadas en lógicas asilares-manicomiales (Amarante, 2009; Galende, 2015).

Los aportes de la epistemología de la complejidad son fundamentales para la perspectiva comunitaria ya que, entre otros supuestos, propone superar la fragmentación disciplinar y pensar los problemas de manera situada, reconociendo la unicidad y multidimen-

sionalidad de los sujetos (Morin, 1999; Najmanovich, 2005). En este marco epistémico, la interdisciplina como categoría teórico-metodológica, emerge como movimiento instituyente al interior de las lógicas institucionales fragmentarias (Stolkiner, 2005). En su funcionamiento, los equipos de trabajo tienden a converger los saberes para producir diagnósticos y prácticas comunes. Esta manera de ponderar el trabajo colectivo se expresa tanto la Ley 448/2000 de CABA como en la LNSM, jerarquizando disciplinas no hegemónicas y favoreciendo modelos de cuidado comunitario (Rotelli, 2014; Galende, 2015).

Siguiendo con la perspectiva comunitaria, De la Aldea y Lewkowicz (1999) proponen analizar a la subjetividad como una disposición, una “máquina para pensar y no un sistema de ideas” (p. 3), moldeada por factores socioculturales e históricos. Ello da cuenta de que los modos de padecer, de amar, de cuidar, de valorar la vida forman parte de una determinada subjetividad producida socialmente, que otorga los marcos por los cuales se transita la vida cotidiana. En consecuencia, lo que denomino como crisis subjetivas poseen estrecha vinculación analítica.

Por otro lado, la perspectiva introduce la noción de comunidad contrapuesta al modelo asilar-manicomial;

como elemento estructurante para situar los análisis e intervenciones tanto en las redes de cuidado (formales e informales) como en el espacio social de las personas con padecimiento psíquico (Ardila-Gómez y Galende, 2011)

En este sentido, la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657/2010 representó un cambio de paradigma hacia lo comunitario y la protección de derechos (Galende, 2015; Faraone y Barcala, 2020). No obstante, en su debate emergieron tensiones políticas, económicas y disciplinares (Faraone, 2018) que responden a la diversidad y coexistencia de posiciones epistemológicas en el campo de la salud mental.

Lo hasta aquí expuesto implica concebir a los objetos de conocimiento e intervención de la salud mental comunitaria atravesados por rupturas político-epistémicas, no exenta de contradicciones y disputas entre saberes profesionales; lo cual genera una tensa coexistencia de representaciones sociales e institucionales sobre el padecimiento psíquico y las disciplinas legitimadas para intervenir en él. En consecuencia, la perspectiva comunitaria requiere de abordajes intersectoriales e interdisciplinarios que den lugar a la complejidad y transversalidad de los problemas en el campo sanitario.

Trabajo social y dimensión operativa instrumental

En su proceso de conformación profesional, el Trabajo Social se configuró históricamente atravesado por la cuestión social en el marco capitalista, donde el Estado es su principal empleador y condiciona su ejercicio (Guerra, 2015). Sus prácticas mayormente se despliegan en espacios institucionales —escuelas, hospitales, juzgados, etc.— ligadas a políticas estatales en respuesta a conflictos y demandas sociales ligadas a la cuestión social (Marro, 2005) inscripta en las transformaciones socio históricas (Parra, 2001; Travi, 2006; Oliva, 2015).

Respecto del ejercicio profesional, Basta, Moretti y Parra (2014) plantean que en su dinámica se entrelazan tres dimensiones: teórico -metodológica, ético-política y operativa instrumental. En esta investigación dedique especial atención a la última dimensión, ya que la concebimos como la expresión visible del quehacer profesional.

En este marco, las estrategias de intervención profesional se conciben como construcciones dinámicas, determinadas por la manera en que se construye la situación problemática, los sujetos, el contexto institucional, las políticas estatales y las orientaciones pro-

fesionales ético-políticas (Montaño, 2000, 2014; Oliva y Mallardi, 2011). Estas estrategias se materializan en un conjunto de acciones profesionales —puesta en acto— que materializan los objetivos de intervención. Así, la respuesta profesional puede tender conflictivamente a la reproducción de lógicas conservadoras y/o emancipadoras del orden social vigente (Guerra, 2013; Pontes, 2003; Mallardi, 2015).

Habiendo explicitado las principales coordenadas teóricas sobre la salud mental comunitaria y el Trabajo Social, comprendo que la LNSM —en su carácter paradigmático y performático— funcionó como una terciedad instituyente que posibilitó, potenció y promovió un incremento en producciones académicas, en la ocupación y dirección de espacios socio-ocupacionales y en la integración del discurso social al campo de la salud mental; como es el caso del ejercicio profesional del TSG y su participación en las internaciones involuntarias.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Servicio de Guardia: entre urgencias y crisis subjetivas

El servicio de guardia hospitalaria históricamente se ha estructurado bajo una lógica biomédica orientada a reducir riesgos vitales, atender con rapidez y derivar

oportunamente los casos (SAME, 2003). En este marco, la organización se rige por una asertiva mirada profesional coyuntural, la específica disponibilidad de recursos y la capacidad de responder ante eventos críticos masivos. Las decisiones se construyen, muchas veces, desde diagnósticos y estrategias que implican un alto grado de apuesta frente a la complejidad y variabilidad de los problemas presentados.

En el análisis documental relevé una crítica reiterada a los modos estandarizados de atención médica en las urgencias, a los que calificamos como capitalísticos (Franco y Merhy; 2011).

Además, identifíque que la práctica cotidiana se encuentra atravesada por marcos legales, procedimientos disciplinarios y gubernamentales (SAME, 2003) que, junto a las interpretaciones profesionales, generan múltiples modalidades de intervención en un mismo espacio hospitalario.

Puntualmente, el ingreso del equipo interdisciplinario en la guardia (mayormente en el año 2008) constituyó un hito que transformó las dinámicas de trabajo, ampliando las demandas atendidas más allá de las emergencias médicas tradicionales. Esta incorporación no solo favoreció el acceso de personas con padecimientos

psíquicos al sistema público de salud, sino que también introdujo un nuevo modo de comprender la urgencia.

En consecuencia, advierto la coexistencia tensional de tres modos de comprender la urgencia, a saber: la perspectiva biomédica, la del equipo de salud mental y la de las organizaciones extrahospitalarias (policía, fiscalías, sistema de protección de niñez y adolescencia, escuelas, etc).

Frente a tales divergencias, considero propicio -para el trabajo interdisciplinario en salud mental- utilizar la noción de *crisis subjetiva*, cuando se refieren a situaciones problemáticas que implican una ruptura biográfica y singular padecimiento subjetivo.

Así pues, conceptualizo a la crisis subjetiva como la expresión de una desestructuración de la cotidianidad simbólica y material que, por el grado de su afectación, necesita de la ayuda de un otro institucional y/o profesional que le permita restablecerse. Es decir, un Otro social que haga de lazo frente al desborde y el desamparo subjetivo (Galende, 2015).

Los desencadenantes de las crisis provienen de problemas endógenos o exógenos a la persona afectada; motivada por componentes biológicos, psicológicos, sociales o ambientales (Basaglia, 2018); y generalmente

son de aparición abrupta o con una historicidad latente y/o manifiesta (Sotelo et al., 2010).

Es decir, la crisis subjetiva remite a estados psíquicos críticos de personas que se ven expuestas a una elevada producción de malestar, el cual genera un singular momento de vulnerabilidad en su historia subjetiva. Para lo cual, parte de la tarea profesional será reconstruir la historia vital del sujeto que padece mediante coordenadas biográficas (Carballeda, 2022) que singularicen y subjetivicen los diagnósticos (Bruni, 2013; Barukel y Stolkiner, 2018).

Caracterización de la población estudiada: la feminización profesional

La caracterización de las Trabajadoras Sociales que trabajan en servicios de guardia hospitalaria en CABA, parte de los resultados obtenidos en la encuesta a finales del año 2023. Del total de 74 TSG encuestadas, la mayoría son mujeres cis (95.9%) con una distribución etaria uniforme entre 31 a 60 años, de la cual el 41% poseen entre 10 a 15 años de permanencia en el cargo.

Respecto de la formación profesional, la mayoría posee títulos de posgrado vinculados a la salud (residencias, cursos, diplomaturas, entre otros) aunque al momento del ingreso consideraron no tener conocimientos

suficientes para intervenir en urgencias ni haber realizado formación específica (41,9%) Posteriormente al ingreso a la guardia sí efectuaron capacitaciones en urgencias (33,8%).

No obstante, la mayoría refiere que, a pesar del tiempo de permanencia en el cargo, continúan recibiendo demandas por fuera de lo que consideran sus incumbencias y funciones (89,2%).

Esta breve descripción devela, por un lado, que el carácter feminizado de la profesión (ligada a actitudes y tareas del cuidado y organización doméstica) impacta estructuralmente en la pluralidad e inespecificidad de las demandas de intervención (Grassi, 1989; Nebra, 2018; Parola, 2024), como en la capacidad de desarticular expectativas y demandas de intervención específicas al TSG, que requieren de recursos materiales y simbólicos que la institución generalmente no cuenta. Un ejemplo claro de lo planteado radica en que el Trabajo Social resolvería de modo instantáneo –para el imaginario institucional de guardia– todo aquello no pueda solucionarse por la acción curativa médica.

De tal modo, en los grupos de discusión y en la trayectoria personal se han ejemplificado pedidos descontextualizados de una intervención profesional por

parte de los médicos, a saber: ropa para los usuarios, sillas de ruedas, organizar colectas de dinero para dar altas, sacar turnos médicos en servicios del mismo hospital, orientar y gestionar trámites para velatorios, gestionar dispositivos de asistencia a personas de calle para que los retiren de la guardia, gestionar la asistencia alimentaria en la guardia, cuidar personalmente a niños sin adulto responsable, etc. Además de las –atípicas– derivaciones por problemáticas sociales y de salud mental (Bruni, 2013). Por otro lado, el contraste mencionado entre formación profesional de posgrado y la percepción de vacancia de conocimiento para resolver demandas en urgencia, muestra el carácter joven e inconcluso de posiciones ético-políticas y teórico-metodológicas del TSG allí.

El Trabajo Social en el servicio de guardia: trayectorias y caracterizaciones

Parto de analizar al TSG como un espacio socio ocupacional emergente en relación a su histórica participación en los servicios sociales hospitalarios (Oliva, 2015; Castrogiovanni, 2023) y a los habituales aspectos teórico-metodológicos, operativo instrumentales y ético-políticos que sustentan y dinamizan el ejercicio profesional (Basta, Moretti y Parra, 2014).

En función de lo relevado, esta diferenciación de pertenencia al servicio de guardia, ha posibilitado una dinámica de trabajo particular, vinculada a las lógicas y demandas de los usuarios y profesionales en tal servicio, así como procesos de integración/exclusión al equipo interdisciplinario de salud mental.

Esta particularidad interventiva la he organizado, en base a la producción documental encontrada, en dos momentos históricos.

En un primer período, que va desde el año 2008 hasta el 2015, identifiqué una mayor cantidad de producción escritural de trabajadoras sociales vinculadas a interrogantes de los obstáculos y desafíos que implica trabajar en guardia; al modo en que suceden las demandas de intervención médicas, las cuales parten de desconocimientos de las funciones profesionales y en muchas oportunidades desde una representación conservadora y biomédica. También relevé una preocupación por el modo en que se efectiviza la interdisciplina, en las disputas de poder sobre la validación de los discursos y en el espacio de la mirada social por sobre la mirada psicopatológica.

Respecto de tales características, descubrí en todas las fases metodológicas, que las colegas realizaron algu-

na estrategia para clarificar, deconstruir o delimitar su campo de acción, a este proceso lo denominé *estrategias de resistencia para la autonomía profesional*.

El resultado de tal posicionamiento, coadyuvó a desarmar pedidos de intervención y representaciones sociales vagas e imprecisas sobre el TSG y el equipo interdisciplinario de salud mental. En la actualidad, las trabajadoras sociales consideran que los pedidos son más acordes con el posible campo de intervención.

De modo tal que, si el primer período consistió en acciones profesionales de inserción, adecuación, resistencia y lucha por un espacio legítimo; en el segundo momento analítico (desde el 2021 hasta la actualidad) los debates se caracterizaron por una marcada preocupación sobre las funciones periciales del equipo interdisciplinario que desanda y entorpece la tarea clínica a la que fue convocado.

Es decir, en este último tiempo la pregunta pasó de ser individual a colectiva; repensando el lugar de su función social frente a pedidos de evaluación por parte del sistema de administración de justicia.

En cuanto a los aspectos que caracterizan la intervención del Trabajo Social en la guardia, les solicité en la encuesta que marquen hasta cinco opciones, y los

resultados fueron los siguientes: la toma de decisión interdisciplinaria (78,4%); la atención a personas con padecimiento mental y a la evaluación de riesgo cierto e inminente (58,1%); la limitada disponibilidad de recursos (51,4%); el tiempo acotado para resolver situaciones (45,9%) y la diversidad de problemáticas sociales en un mismo día de guardia (40,5%).

En términos generales, estos resultados muestran una mayor integración al equipo interdisciplinario y una consolidación de estrategias interventivas conjuntas; dando cuenta del devenir histórico antedicho.

Es importante mencionar que ante la consulta sobre el conocimiento experto del Trabajo Social en temáticas que se presentan habitualmente en guardia, la mayoría destacó competencias para trabajar en situaciones de violencias de género (85,1%), con personas en situación de calle (81,1%), en situaciones de abuso sexual y maltrato infantil (74,3%) y solo la mitad en temas de salud mental (56,8%) y consumos problemáticos (41,9%). Conjeturamos que tal selección de opciones se asocia al recorrido personal de cada profesional, así como a las problemáticas sociales interpeladas por el colectivo profesional. Respecto del bajo porcentaje sobre salud mental y consumos, ubicamos que podría darse por una formación escasa, subsidiaria a los discursos psi que,

consecuentemente, ensanchan las fronteras disciplinarias en el equipo interdisciplinario. Construyéndose así lecturas psicopatológicas que, en tanto *habitus* profesional, dejan por fuera la integración de los determinantes sociales de la salud.

Desde los grupos de discusión, mencionaron que las demandas al Trabajo Social pueden ser inespecíficas a comparación del resto del equipo; que las situaciones problemáticas revisten gran complejidad, variabilidad y frecuencia; y que en varias oportunidades cuentan con escasos recursos para resolverlas.

Hicieron alusión por un lado a ser el “comodín de la guardia” (hospital 1. Participante G) entendido como una figura multifacética que resolvería situaciones que, muchas veces, exceden las incumbencias profesionales y por otro, a una actitud de constante demarcación.

Uno de los aspectos que se mantuvo como preocupación analítico-reflexiva en las tres fases metodológicas fue la dimensión del tiempo, considerada un eje vertebrador de las intervenciones. En tanto recurso intangible, el tiempo se configura de manera ambivalente: cuando resulta accesible y controlable, opera como facilitador del proceso interventivo; por el contrario, cuando se encuentra limitado o sustraído, se transfor-

ma en un obstáculo que condiciona dicho proceso. En este sentido, el TSG se halla modelado, en parte, por esta dimensión, la cual, según el caso, puede sobreeterminar, definir y traccionar las respuestas profesionales.

Asimismo, en articulación con los aportes del equipo interdisciplinario en la guardia, se advierte la introducción de la noción de un “tiempo subjetivo” asociado tanto al sufrimiento psíquico que, en algunas situaciones va a contrapelo de las lógicas institucionales, constituyéndose en un eje cardinal que estructura los modos de atención y cuidado.

Este breve pasaje por la trayectoria del TSG da cuenta de cómo el marco legislativo fue modelando las políticas estatales, institucionales y profesionales para la atención-cuidado de los usuarios, hacia el paradigma de la salud mental comunitaria (Faraone y Barcala, 2020).

Tales modificaciones dan cuenta de movimientos pendulares en la política pública hacia escenarios progresivos y regresivos (Valero, 2024) que impactan en las prácticas asistenciales. Por ello, si bien entiendo que aún existen tensiones institucionales que condicionan la participación plena del TSG en la guardia, ha logrado

insertarse al trabajo interdisciplinario en clave con la perspectiva que propone la LNSM.

Estrategias de intervención y la autonomía relativa en la guardia

Más allá de las divergencias teórico-epistemológicas en la trayectoria disciplinar (Parra, 2002), existe consenso en que el instrumental utilizado en la intervención social cumple una doble función: posibilita develar los determinantes y condicionantes de una situación problemática (Pontes, 2003) y las posiciones ideológico-subjetivas implicadas (Mallardi, 2020), al mismo tiempo que habilita la generación de mejoras en la singularidad de las personas (Bruni, 2013; Travi, 2006).

En lo que refiere al instrumental desplegado por las TSG, las encuestadas señalaron el uso frecuente de la entrevista con personas afectadas (97,3%) y con referentes familiares (95,9%), así como del informe interdisciplinario (95,9%), utilizado en mayor medida que el informe social (29,7%). También destacaron la historia clínica (90,5%). Respecto de lo que se busca indagar con referencia al uso de los instrumentos, seleccionaron la dimensión relacional del usuario con sus lazos sociales (94,6%), la percepción del problema (83,8%) y su configuración histórica (82,4%). Los factores de protección

(79,7%) y de riesgo (78,4%) ocuparon un segundo nivel de relevancia.

En términos generales, este resultado da cuenta de las vías frecuentes para la comprensión de la situación problemática, así como para la producción de indicaciones terapéuticas o de protección de derechos.

Según las trabajadoras sociales de los grupos de discusión y lo estudiado en el análisis documental, la dinamización del instrumental en contextos de urgencia depende de las demandas específicas de cada caso. Por lo cual, existe una intrínseca relación entre demanda y los instrumentos para la construcción del problema.

Retomando lo explicitado en el marco teórico, el Trabajo Social implementa estrategias de intervención que suponen criterios epistemológicos, teórico-metodológicos, ético-políticos e interdisciplinares que orienta el instrumental mediante las acciones, metas y fines. Las cuales se interceptan con el encuadre institucional, las demandas poblacionales y la capacidad de agencia del profesional. Cómo propuesta analítica, sostenemos que para dar cuenta del modo en que la dimensión operativa instrumental en urgencias se fue configurando, habría que tener en cuenta los siguientes aspectos: la *autonomía relativa*, entendida como la

capacidad de gobernanza sobre los medios y fines de intervención da cuenta de las relaciones de poder y de la viabilidad institucional (Aquín, Custo y Torres 2012; Grassi, 1989; Iamamoto, 2003); Las *incumbencias y competencias profesionales* (legitimadas social y legalmente); las *funciones tradicionales* de asistencia, gestión, educación (Oliva, 2015), así como las *emergentes*: periciales, evaluativas, socio terapéuticas (Arito, 2020; Ponce de León y Krmpotic, 2012), que responden tanto a las *demandas institucionales* como a las necesidades del orden popular.² En relación con la autonomía relativa (elemento transversal en el ejercicio profesional) las TSG encuestadas valoraron disponer de ella en un rango medio-alto a alto. No obstante, reconocieron escenas de sobredeterminación institucional (actuar obligatoriamente por fuera de su criterio profesional; no ser valoradas en su función; entre otras) que tensionan esa percepción.

Tal tensión la comprendemos como una particularidad de la autonomía relativa en la urgencia, ya que adquiere un carácter dialéctico y contradictorio, donde coexisten momentos diferenciados de repliegue, resistencia y conquista.³ Por otra parte, a partir de los relatos de la mayoría de las TSG, identificamos que valoran positivamente el trabajo colaborativo del equipo interdisciplinario de salud mental en la guardia. No sólo

puntualizaron múltiples beneficios para la actividad de cuidado a los usuarios, sino que destacaron al equipo como un dispositivo de protección, contención emocional y afectiva frente a las diversas situaciones críticas que conmueven a los profesionales en la atención en la urgencia. Es decir, una forma de praxis asistencial entre personas que corporizan profesiones diferentes.

Según lo interpretado por el discurso de las colegas, el trabajo interdisciplinario en el equipo de salud, remite a una construcción analítica democrática, tensional y estratégica, en función de dar un conjunto de respuestas profesionales e institucionales complejas a una demanda objetivada en situación problema.

Riesgo cierto e inminente en salud mental: entre lo prescriptivo y lo interpretativo

La noción de riesgo enunciada en la LNSM se nutre de las trayectorias y saberes de las perspectivas desinsitucionalizadoras tanto nacionales como internacionales, en un marco de respeto por los derechos humanos de las personas en situación de crisis subjetiva (De lellis, 2021; Galende y Kraut, 2016).

Esta ley inaugura, además, una nueva modalidad clínico-administrativa para el ejercicio de la internación, habilitando la participación de nuevos actores profe-

sionales en la indicación terapéutica e instituyendo el carácter específico de lo involuntario.

En este sentido, bajo la expresión “riesgo cierto e inminente” la LNSM introduce dos variables centrales para valorar el riesgo: lo “cierto” y lo “inminente”, exigiendo a los equipos profesionales adecuar su práctica más allá de los marcos teóricos de referencia, a fin de observar dichas dimensiones en el proceso evaluativo.

Respecto de la participación del TSG en la evaluación de riesgo cierto e inminente, he registrado que todas participan de la misma, adecuándose a los términos de la LNSM. Tal intervención varía en cada una, puede ser directa o indirecta con los usuarios y familiares. Para facilitar la identificación del proceso de evaluación establecí desde la encuesta una serie de momentos procedimentales, lógicos y no cronológicos, que permitieron develar que pueden estar presentes en todo el proceso de atención-cuidado o de modo diferido, dependiendo la organización hospitalaria⁴ y la composición de los equipos interdisciplinarios.⁵ Las colegas TSG de los grupos de discusión, mencionaron que puntualmente en esta estrategia evaluativa es donde se reproducen dinámicas de integración y exclusión al Trabajo Social, vinculándolo a cuestiones del tiempo de inserción en el equipo; a la composición y dinámica de los profesio-

nales psi; a la frecuencia y gravedad de las situaciones problemáticas por atender y a las funciones profesionales que cada TSG ha podido desplegar históricamente.

Tal como analizamos en la investigación, *la concepción de riesgo se operacionaliza como una verdad construida situacionalmente, dependiente de los acuerdos generados en el seno de los equipos de trabajo*. De este modo, el riesgo es producto de un debate interdisciplinario que no siempre tiende a ser democrático, produciéndose discrepancias a la hora de acordar.

En la encuesta, la gran mayoría expresó que “a veces” (87,8%) se torna difícil determinar la existencia o no de riesgo y que se resuelve por el argumento profesional que mayor gravedad identifique (75%) a la situación dilemática.

A su vez, hemos registrado que estos modos de definir lo grave, no siempre responden a lógicas de la salud mental comunitaria, -contemplando por ejemplo la noción multiaxial de sufrimiento psíquico- (Augsburger; 2004). En ese sentido, puede ser sustentado desde perspectivas asilares-manicomiales, perpetuando lógicas de peligrosidad u ontologización del riesgo (Almeida Filho, Castiel y Ayres, 2009; De Lellis, 2020) ya que se pasaría de una sustancialización del riesgo en unidades

poblacionales a “personas portadoras del riesgo”, las cuales serían legítimas al ser recluidas por la supuesta condición riesgosa.

Sobre ello, diversos autores tales como Almeida-Filho (2009), Bianchi (2015), González y Leopold Costábile (2010), Mitjavila(2020), Murillo (2018), entre otros, más allá de encontrar discrepancias entre sus planteos y abordajes teóricos, refieren que la noción de riesgo remite a un paradigma de época que apunta a la anticipación de eventos desafortunados. Lo que deriva de ello, en salud mental, es a una proliferación de diagnósticos que intentan atrapar las probabilidades del devenir, es decir a implementar dispositivos analíticos para sostener una visión futurológica.

Sumado a tal planteo, mencionan ciertas tendencias globales que apuntan a la individualización, responsabilización y despolitización de los riesgos por fuera de la compleja red de determinaciones macrosociales que, en la cotidianidad de las personas configuran una diversidad de vulneraciones que se traducen en factores de riesgo. Es decir, los valores o supuestos presentados teóricamente, al ser parte de un devenir paradigmático de época, pueden deslizarse como parte del discurso interventivo-profesional sobre riesgo.

Habiendo presentado tal condición analítica y, justamente, frente a tal diversidad en los criterios profesionales para objetivar el riesgo en salud mental, arribamos a concebirlo de manera dual: por un lado, como una noción jurídica-prescriptiva que delimita y orienta el juicio profesional; y, por otro, como un concepto situacional, interdisciplinar y operativo-instrumental, cuya aplicación práctica se encuentra sujeta a tensiones entre marcos normativos, saberes disciplinares y dinámicas de los equipos de intervención.

Es por ello que, al consultar a las TSG por la composición analítica del riesgo cierto e inminente, la mayoría consideró que posee una configuración interpretativo profesional (68,9%) por sobre la opción si el riesgo es una realidad material-concreta (0%). Los datos analizados resultan especialmente relevantes para comprender los modos en que los profesionales llevan a cabo la evaluación de personas en crisis subjetivas objetivadas en riesgo.

En este sentido, y considerando la diversidad de criterios profesionales respecto de la internación involuntaria, identifique las referencias mayoritarias de las TSG en relación con los conceptos de lo cierto y lo inminente en el riesgo. Con respecto a lo cierto, las TSG encuestadas lo definen como aquellas situaciones

que implican riesgo de vida (68,9%), priorizando este criterio por sobre la aparición repentina o la cronicidad de los padecimientos subjetivos. Por otro lado, lo inminente se configura, según los resultados de la encuesta, a partir de la articulación de tres registros temporales: el presente, el pasado y el futuro muy próximo (77%).

Estos hallazgos evidencian los principales marcos analítico-conceptuales utilizados por los profesionales para objetivar las situaciones de riesgo, contribuyendo a un entendimiento de las valoraciones que predominan en función evaluativa del TSG.

En otro orden de temas, las internaciones involuntarias en el hospital general, las TSG encuestadas refieren que se torna difícil interesar allí y que, en caso de hacerlo, los usuarios permanecen en el servicio de guardia (83,8%) siendo minoritaria la disponibilidad del uso de las salas de salud mental (17,6%).

Estos últimos datos respecto de las internaciones involuntarias en CABA, muestra cierto carácter regresivo y asilar manicomial de la política pública (Bruni, Castrogiovanni y Ventura, 2024) que condiciona las posibilidades concretas de implementar los cuidados en el hospital. No obstante (sin descontextualizar el emergente espacio socio ocupacional) noté que los criterios

profesionales del TSG respecto del riesgo en salud mental, expresan una cercanía conceptual al paradigma de la salud mental comunitaria y derechos humanos.

Reflexiones

Anteriormente planteé que la organización de la guardia hospitalaria se ha estructurado históricamente bajo lógicas biomédicas. Y que estas prácticas tradicionales, centradas en procedimientos estandarizados, limitaban la intervención profesional a diagnósticos rápidos y estrategias de acción inmediata. En este contexto de inserción profesional, los equipos interdisciplinarios consolidaron una praxis innovadora que aún hoy desafía las lógicas biomédicas tradicionales.

Sin embargo, habiendo pasado 15 años de la sanción de la LNSM persiste cierta ambivalencia en el sistema de salud de CABA, ya que la tensión entre alojar-expulsar a personas con padecimientos psíquicos se mantiene tanto en la práctica asistencial como en las decisiones institucionales. Un claro ejemplo de ello es la dificultad en efectuar internaciones en hospitales generales y el marcado perfil hospitalocéntrico en la atención ambulatoria, donde la potencia de la perspectiva comunitaria queda invisibilizada.

No obstante, analice que para el Trabajo Social, más

allá de haberse readecuado y consolidado en un terreno pantanoso como la guardia, fue una oportunidad para ampliar funciones, incumbencias y competencias profesionales. Esto fue promovido por el trabajo interdisciplinario y los marcos legislativos habilitantes a nuevas prácticas, que devino en las funciones socio terapéuticas en la urgencia.⁶

Vale aclarar que si bien dentro del diverso colectivo del Trabajo Social la función clínica o socioterapéutica puede encontrar cuestionamientos ligados a una psicologización de lo social, mayormente por determinaciones institucionales y de la política pública, el ejercicio profesional en urgencias fue tendiendo a efectuar intervenciones directas y coyunturales que apuntan, algunas veces en conjunto y otras de modo subsidiario con las profesiones psi, a la mitigación del sufrimiento psíquico.

Tal capacidad de reinención profesional, se dió como resultante de la autonomía profesional; la cual fue y es una condición de partida para establecer, estratégicamente, acciones que permitan la delimitación, ampliación y afianzamiento de las funciones profesionales, conformes a un perfil profesional basado en el paradigma de la salud mental comunitaria y de los Derechos Humanos.

En la investigación también pude analizar el modo en que se operacionaliza el Artículo N° 20 de la LNSM. En coincidencia con la perspectiva de la LNSM, el riesgo en salud mental es situacional y singular a cada persona que atraviese una particular crisis subjetiva. A su vez, es el resultado de una construcción discursiva, fundada por criterios profesionales mediante deliberaciones interpretativas interdisciplinarias e institucionales.

A lo largo del proceso de análisis, dimisone dos grandes posturas que, a modo de hallazgo y obstáculo teórico-metodológico, requieren ser profundizadas en futuras investigaciones. En primer lugar, una que advierte cómo las lógicas institucionales operan por sobre los criterios profesionales, desplazándolos más allá de sus convenciones disciplinares (Mantilla, 2009) y, en segundo lugar, otra postura teórica que menciona una dificultad en los operadores judiciales para explicitar las mediaciones teórico-metodológicas utilizadas para internar involuntariamente (Valero, 2005).

Frente a estas tendencias, en el presente estudio es más frecuente la utilización de argumentaciones pre-existentes como recurso de modelación en la objetivación del riesgo por el explicitación de tales características. En el caso específico del Trabajo Social, las dos tendencias están presentes en los discursos de las

profesionales, pero aún existe una dificultad a explicitar los mecanismos por los cuales evalúan riesgo de modo interdisciplinario.

Aun identificando este obstáculo teórico-metodológico, la forma en que el Trabajo Social concibe el riesgo cierto e inminente propuesto por la LNSM es acorde a los estándares de salud y disciplinares para evaluar riesgo.⁷ Ubican que lo cierto remite a un *quantum* alto de gravedad que comprometería el riesgo de vida y a lo inminente como aquella temporalidad compuesta por el pasado próximo, el presente y el futuro próximo. A su vez coexisten concepciones críticas vinculadas al paradigma de los determinantes y condicionantes de la salud y otra, que otorga relevancia a discursos ligados a la psicopatología.

No obstante, otro de los aportes a la investigación, radica en que ubican la importancia del contexto en que se produce la crisis subjetiva, haciendo emergir la categoría de situación (compuesta por actores, intereses opuestos, recursos escasos, escenario presente y futuro) que permitiría articular lo cierto y lo inminente, más allá de una lectura psicopatológica descontextualizada.

Por otro lado, en los grupos de discusión se marcó que los usuarios que acuden a la guardia provienen de

sectores empobrecidos, signados por la vulnerabilidad social y psíquica que atraviesa la cotidianeidad y complejiza la reproducción material y simbólica de vida. Tal condición social hace que las demandas por guardia se incrementen y a la vez, las respuestas resulten poco efectivas para revertir los padecimientos. He aquí una cuestión clave para reubicar a la función del equipo de salud mental como el sostén profesional de personas con escasa capacidad de acceder al sistema de salud de manera adecuada y sustentable.

CONCLUSIONES

En síntesis, el proceso de investigación permitió conocer y sistematizar, a partir de las tres fases metodológicas, las perspectivas de un conjunto significativo de trabajadoras sociales que se desempeñan en guardia hospitalaria. Este aporte resulta valioso para construir sentidos situados y críticos en un campo de intervención que, hasta el momento, permanecía silenciado por una marcada vacancia de conocimiento.

De este modo, el Trabajo Social en la guardia hospitalaria se constituyó como un espacio socio-ocupacional emergente que, por el impacto de la LNSM, complejizó e instauró prácticas de cuidados integrales en salud mental en la urgencia.

Con lo dicho, la investigación presentada evidenció:

- La feminización y sobrecarga de demandas hacia la profesión en el servicio de guardia
- La transición de una fase de inserción/resistencia a otra de mayor integración interdisciplinaria, que facilitó para el TSG el despliegue de funciones profesionales no tradicionales: la socio terapéutica y evaluativa
- El tiempo como dimensión estructurante de las intervenciones en la urgencia y el tiempo subjetivo como un acto profesional de resistencia subjetivante ante la estandarización en la atención.
- La presencia, aumento y diversidad de problemáticas sociales y de salud mental a resolver por guardia
- La autonomía relativa del TSG como proceso dialéctico condicionado por tensiones institucionales que modelan las posibilidades y obstáculos en el hacer profesional
- La crisis subjetiva como un concepto opera-

cional, integrativo a las diversas formas de pensarla desde las profesiones psi y como antesala para la objetivación del riesgo

- El riesgo cierto e inminente como categoría situacional operativa, compuesta por una tensión jurídica e interpretativa
- La dificultad en internar a usuarios de salud mental dentro del hospital

Estos hallazgos permiten visibilizar vacancias teórico-metodológicas del campo, así como problematizar la participación del Trabajo Social en internaciones involuntarias. En términos más generales, este estudio permite contribuir al debate sobre el actual estado de las políticas públicas que transversalizan y conforman el campo de la salud mental en urgencias y el efecto insituyente que genera en el ejercicio profesional.

Referencias bibliográficas

- Almeida Filho, N., Castiel, L.D. y Ayres, J.R.M. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Revista Salud Colectiva*;5(3), 323-344.
- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial*. Editorial Topia.

- Angelini, S. y Larrieu, A. (2016). Consideraciones sobre los conceptos de Peligrosidad y de Riesgo cierto e inminente. *Implicaciones para las medidas de seguridad 5º Jornadas de Investigación*. Facultad de Psicología (UNLP).
- Aquín, N., Custo, E. y Torres, E. (2012). El problema de la autonomía en el Trabajo Social. *Revista plaza pública*, (8), 304-320
- Ardila, S. y Galende, E. (2011). El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*,(1).
- Arito, S., Imbert, L., Jacquet, M., Cerini, L., Rigoli, A. y Kriger, P. (2020). *Desastres y catástrofes: herramientas de pensamiento para la intervención*. Editorial EDUNER.
- Augsburger, A.C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. *Psicología & Sociedad*, 6 (2), 71-80.
- Barukel, A. y Stolkiner, A. (2018). El problema del diagnóstico en salud mental: clasificaciones y noción de enfermedad. *Saúde em Debate*, 42(118), 646-655. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811808>
- Basaglia, F. (2008). *La condena de ser pobre y loco: alternativas al manicomio*. Editorial Topia
- Basta, R. Moretti P. y Parra G. (2014). Notas sobre el ejercicio profesional del Trabajo Social en la contemporaneidad. *Revista del Departamento de Ciencias Sociales*, 5,7-23
- Bianchi, E. (2012). El problema del riesgo. Notas para una reflexión surgido de la usina genealógica en torno al concepto de riesgo en salud mental. *Espacios nueva serie. Estudios de Biopolítica*, (7),84-97
- Bruni, M. (2012). La parte social. Sobre la cosificación del registro del Trabajo Social en la guardia hospitalaria. *Revista Margen*, (66), 1-5
- Bruni, M. (2013). El Trabajo Social descentrado de los recursos. Reflexiones en torno al posicionamiento profesional en el dispositivo de Urgencia Hospitalaria. *V Jornadas de Salud Mental y Trabajo Social. Hospital Braulio Moyano*. CABA, Argentina.
- Bruni, M. y Tarasiuk, M. (2020). Trabajo Social en la urgencia: sufrimiento profesional, estrategias para el afrontamiento en la tarea y la gestión de los cuidados. En Secretaría de Capacitación y Asuntos Culturales de la APSS (Comp.) *Cuestión Social, Procesos de Organización y Trabajo Social en el debate contemporáneo*. (pp. 6-15).

Bruni, M., Castrogiovanni, N. y Ventura, N. (2024). La intervención social desinstitucionalizante: obstáculos y posibilidades de acción en la sala de internación de salud mental de hospitales generales de CABA. En *Soberanía Sanitaria en Disputa. Reflexiones y luchas del trabajo social y los equipos de salud; Compilación II.* (pp. 149-157). APSS.

Carballeda, A. (2022). *La subjetividad como terreno de disputa.* Editorial Margen.

Carballeda, A. y Tisera, C. (2015). Entrevista. *Clepios, Revista de Profesionales en Formación en Salud Mental, XXI(66),* 34-40

Castrogiovanni, N. (2023). *Trabajo Social y Sanitarismo en Argentina.* Puka.

CELS y MDRI. (2008). *Vidas Arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental.* Siglo XXI.

De lellis, M. (2021). *Salud Pública y Salud Mental. Del paradigma Asilar al comunitario.* Nuevos Tiempos.

Faraone, S. (2015). Reformas estructurales, contexto nacional y proceso de transformación en el campo de la Salud Mental. En Faraone, S. (Comp.) *Determinantes de la*

salud mental en ciencias sociales: actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26657. (pp. 63-77). UBA.

Faraone, S. y Barcala, A. (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible.* Teseo.

Franco, T. y Merhy, E. (2011). *El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado.* Revista Salud Colectiva, 7(1), 9-20

Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de Salud Mental.* Lugar Editorial

Galende, E. y Kraut, A. (2016). La intervención estatal en defensa del paciente. *Revista del Ministerio Público de la Defensa.* (11) 7-9

Ghioldi, L. y Martínez, T. (2010). Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria basada en la peligrosidad para sí o terceros. *Cuadernos de Medicina Forense Argentina,* (1), 25-35.

Gozález Laurino, C. y Leopold Costábile, S. (2010). La Noción de Riesgo Social en la práctica del Diagnóstico Social de las Familias Uruguayas en el Área Socio jurídica. *Revista Trabajo Social,* (9), 1-21

Grassi, E. (1989). *La mujer y la profesión de asistente social. El control de la vida cotidiana*. Editorial Hvmanitas

Guerra, Y. (2015). *Trabajo Social: fundamentos y contemporaneidad*. Colección Debates en Trabajo Social. CATSPBA.

Iamamoto, M. (2000). La metodología en el servicio social: lineamientos para el debate. En Borgianni, E. y Montaño, C. (Orgs.) *Metodología y servicio social, hoy en debate*. (pp. 93-103). Cortez Editora

Ley 153/1999. Argentina. Básica de Salud. Disponible en: <https://bit.ly/4r5jq7n> [consulta, noviembre de 2025].

Ley 448/2000. Argentina. CABA. Salud Mental. Disponible en <https://bit.ly/4i1Vbmm> [consulta, noviembre de 2025].

Ley 26.529/2009. Argentina. Derechos Del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Disponible en: <https://bit.ly/4oGCdUR> [consulta, noviembre de 2025].

Ley 26.657/2010. Argentina. Salud Mental y Derechos Humanos. <https://bit.ly/2XL2V3k> [consulta, noviembre de 2025].

Lorenzo, D. (2014). Riesgo, cierto inminente, peligrosidad e imputabilidad. *¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas Subjetividades, nuevos dispositivos*. (pp. 293-306). Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”.

Mantilla, M. J. (2010). La construcción de las decisiones de internación psiquiátrica: un análisis de los argumentos psicoanalíticos y los contextos de interacción social. *Revista Intersecciones en Antropología*, (11), 145-157

Michalewicz, A., Pierri, C. y Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de investigaciones*, XXI, 217-224

Mitjavila, M. (2020). Sobre la medicalización de la infancia socialmente problemática: objetos y trayectorias de la psiquiatría. *Política y Sociedad*, 19(46), 95-114. DOI 0.5007/2175-7984.2020.e75356.

Montaño, C. (2000). El Debate Metodológico De Los 80/ 90. El Abordaje Ontológico Versus El Abordaje Epistemológico. En Borgiani, E. y Montaño, C. (Orgs.) *Metodología Y Servicio Social. Hoy En Debate*. (pp. 9-33). Editorial Cortez.

- Morin, E. (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. UNESCO
- Najmanovich, D. (2005). Interdisciplina. Artes y riesgo del Arte Dialógico. Biblioteca virtual de la comunidad de pensamiento complejo, pág. 1-8, CABA, Argentina.
- Nebra, M. J. (2018). Feminización del Trabajo Social: implicancias en la construcción del perfil y la identidad profesional en estudiantes y docentes de la Universidad de Buenos Aires. *Revista Trabajo y Sociedad*, (31), 261-284
- Oliva, A. (2007). *Trabajo Social y lucha de clases*. Imago Mundi.
- Oliva, A. y Mallardi, M. (2011). *Aportes táctico-operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social*. UN-CPBA.
- Parola, R. (2024). El Trabajo Social interrogado desde los feminismos. *Revista Intersticios de la política y la cultura*, (25), 93-112.
- Parra, G. (2001). *Antimodernidad y Trabajo Social: Orígenes y Expansión del Trabajo Social Argentino*. Espacio Editorial.
- Parra, G. (2002). Los proyectos socio-profesionales en el Trabajo Social Argentino. Un recorrido histórico. En VVAA *Nuevos escenarios y práctica profesional*. Espacio Editorial.
- Parra, G. (2004). *Reflexiones sobre debate contemporáneo en el Trabajo Social argentino*. Cooperativas/UNLu.
- Ponce de León, A y Krmpotic, C. (2012). *Trabajo Social forense: balance y perspectivas*. Espacio
- Pontes, R. N. (2003). Mediación: Categoría Fundamental Para El Trabajo Del Asistente Social. En E. Borgiani, Y. Guerra y C. Montaño, *Servicio Social Crítico. Hacia La Construcción Del Nuevo Proyecto Ético-Político Profesional*. (pp. 201-220). Cortez.
- Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Topia
- SAME. (2003). *Normas de atención médica del SAME*. Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill.

Freitas de Macêdo Jorge, L., Pimenta Filho, A., So-telo, M. I., Belaga, G., y Santamaría, L. (2010). Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia en salud mental. *Revista Psicología em Revista*, 16(1), 1-16

Stolkiner, A. (2015). Salud mental: avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria. En L. Tesler (Comp.) *¿Qué hacer en salud-Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria?* (pp. 57-70). Colihue

Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y salud mental". *Jornadas Nacionales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología: Salud mental y mundialización. Estrategias posibles en la Argentina de hoy*. Posadas, Misiones, Argentina.

Travi, B. (2006). *La dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social: reflexiones y propuestas acerca de la entrevista, la observación, el registro, y el informe social*. Espacio Editorial.

Toro Martínez, E. (2011). "La noción de 'situación de riesgo cierto e inminente' en la Ley 26657/10: acerca de la diferencia entre 'estar' y 'ser' y sus consecuencias médico legales". En *Revista Psiquiatría*, 16, pp. 19-26

Valero, A. S. (2005). Pasos judiciales hacia la internación psiquiátrica: reflexiones y posibles aportes des-

de la aproximación antropológica. *Revista de Antropología*, (7), 114-117

Valero, A. S. (2024). Apertura. Des/institucionalización en salud mental. Debates desde el sur de América Latina. Faraone, S. (coord.), Torricelli, F., Valero, A. S., Bianchi, E., y Oberti, M. (2024). *Diálogos en ciencias sociales, salud mental y derechos humanos: Problemáticas, desafíos y oportunidades transeccionales*. (pp. 57-61). Teseo

Notas

1. Esta modalidad de intervención interdisciplinaria se encuentra mencionada en la Ley N° 448, la LNSM, la Ley Básica de Salud de CABA N° 153 y la Ley Nacional de los derechos del paciente N° 26.529.

2. Por razones expositivas esta propuesta analítica se encuentra en el capítulo N° 4 de la tesis referida.

3. Estos tres momentos refieren a la dinámica relación de poder entre los criterios profesionales del Trabajo Social y la demanda institucional.

4. En un grupo analizado, las TSG realizan seguimientos sociales a pacientes de clínica médica internados en guardia y sin criterio de urgencia, el cual fue una imposición del servi-

cio social hospitalario.

5. Se registró una marcada diferenciación entre equipos de salud mental con una mayor o menor valoración de la mirada social ante el análisis de los padecimientos psíquicos.

6. Dentro de las funciones relevadas en la encuesta, la socio terapéutica se posicionó como la principal.

7. Para ampliar ver: Angelini y Larrieu (2016), Carballeida y Tisera (2015), CELS y MDRI (2008), De lassis, (2020) , Galende (2015) Ghiodi y Toro Martínez (2011), Heredia y

Rebolledo (2017) Latorre (2014) Martínez (2016) Torre Martínez (2016) y Varela (2016).

