



NARRATIVAS EN SALUD

VOLUMEN 1
NÚMERO 1

ISSN
N° 3072-6735

SETIEMBRE
2024

Hospital Interzonal General
“Dr. José Penna”

ÍNDICE

EDITORIAL

GRACIELA HERNÁNDEZ

JUAN PABLO PARDÍAS

1

ENTRE HACIENTE Y PACIENTE. ENTREVISTA

A SARA ITKIN

GABRIELA STECHINA

5

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PASE DE GUARDIA DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DR. JOSÉ PENNA DE BAHÍA BLANCA

ALEJANDRA ANDREA ARRÓ ORTIZ. SANDRA ELENA MOYA LÓPEZ.

NATALIA SOLEDAD MUÑOZ. LUISA ELIZABETH PALMA. MARÍA ISABEL
RUIZ

13

CONSEJERÍAS EN DERECHOS SEXUALES Y (NO) REPRODUCTIVOS EN REGION SANITARIA UNO PROVINCIA DE BUENOS AIRES DURANTE LA PANDEMIA PRE Y POST LEY DE IVE. PROPUESTAS HACIA UN SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD ARGENTINO

ALEJANDRA E. MANGIONE. CARLA TORRISI MARCONI

35

EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA EN TRASLADO NEONATAL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA HOSPITAL INTERZONAL DR. JOSÉ PENNA

SANDRA ELIANA MOYALÓPEZ. NATALIA SOLEDAD MUÑOZ

46

ÍNDICE

**SUBJETIVIDAD Y PENSAMIENTO CIENTÍFICO: SUS
CONNOTACIONES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD**

NORA FTULIS

58

**RELACIÓN ENTRE LA HOSPITALIZACIÓN Y LA
CONTINUIDAD DE LA LACTANCIA MATERNA EN
NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES DE EDAD**

CAMILA ALMADA. JULIETA RUTSCH

70

**LA CONSULTORÍA DE TRABAJO SOCIAL DEL HIG DR.
JOSÉ PENNA. UNA AUTO-ETNOGRAFÍA COLECTIVA**

ANA BIERA. CAROLINA DOÑATE. VICTORIA FANNA. ALAN LLANOS. CARLA
MACERATESI. EMILIA MARTINI. AGOSTINA RIVERA. NATALIA VALENTINI.
LAURA VARELA. KAREN WAGNER. ÁNGELES COLMAN

88

**UN ENSAYO PARA PENSAR LA COMUNICACIÓN Y
LA ESCRITURA DESDE EL ENCIERRO. LA
DENUNCIA COMO PROCESO HISTÓRICO DE LA
MEMORIA.**

MARISA ALEJANDRA ZAPATA

101

ESPACIO LITERARIO

PATRICIA ELENA LOHIN
: 3072-6735

126

Narrativas en salud

Tomamos como eje a las “narrativas” del campo de la salud, para pensar en la creación de una revista que pueda reunir en su interior al universo de las narrativas posibles relacionadas con la salud, pero también con la enfermedad, los padecimientos, el cuidado, los tratamientos, la muerte y los nacimientos.

Narrar significa contar, comunicar a través de una cadena intertextual de voces “de otro/as”, donde cada relato renueva y actualiza a otros anteriores, los renueva y puede darle nuevos sentidos. Los textos orales producidos por las costumbres, las explicaciones aprendidas, las vivencias sintetizadas en enunciados cerrados pueden transformarse y es importante estar alertas para escuchar los nuevos sentidos que pueden surgir de las valoraciones subjetivas de las experiencias relacionadas con la salud.

Nos parece de suma importancia recuperar las voces de los enfermo/as y de su núcleo familiar -desde “Dios me escuchó y me curé”, hasta “las nuevas terapias son milagrosas”, pasando por los reconocimientos a los equipos de salud- porque entendemos que son verdaderos insumos para pensar en las tareas de cuidado. También consideramos relevante poder inscribir las voces de los y las profesionales que registran y analizan sus prácticas, tanto en el ámbito hospitalario, como fuera de él.

El equipo de la revista también ha pensado que la narrativa es una forma bastante difundida de comunicación humana que da cuenta de la producción y consolidación de un orden social. Entendemos que hay vínculos entre narración y poder, que pueden dar lugar a un tipo de control social que se puede visibilizar tanto en área de la salud, como en otras áreas que componen nuestra sociedad.

Partimos de la idea de que hay procesos enunciativos privilegiados, que hay personas que con frecuencia son consultadas, que pueden comunicar verbalmente -o con otros formatos- sus ideas, en

cambio, hay situaciones interpersonales, de pequeños grupos, de organizaciones poco reconocidas, que están esperando ser escuchados, porque “tienen voz”, el problema es que no se los escucha. No esperamos “dar la palabra”, esperamos generar un espacio donde se pueda, oír, transcribir, inscribir en término de consulta y analizar a las voces no hegemónicas. Pensamos que en estos trabajos podremos encontrar nuevas explicaciones a antiguas preguntas, a conocer aspectos de nuestro entorno que no hemos podido ver, a encontrarles nuevos sentidos a las experiencias compartidas, además de propiciar espacios de intercambios de ideas a partir del diálogo.

También queremos incluir en nuestras publicaciones a trabajos sobre intervenciones en comunicación para mejorar o cambiar comportamientos para mejorar a la salud en un determinado grupo social o la sociedad en su conjunto. De alguna manera consideramos que las “campañas” para propiciar conductas -desde vacunación, al uso de anticonceptivos o formas para prevenir dengue u otras enfermedades constituyen también el espacio de las *Narrativas en Salud* que ameritan ser estudiadas.

Por último, incluimos en la esfera de las narrativas a las actividades artísticas que también “comunican” sobre la salud, aunque lo hacen desde otros dispositivos discursivos (en la literatura) y a veces con otros soportes (la pintura, la escultura, los audiovisuales y los grafitis). Esperamos estos trabajos que se inspiren en temáticas de salud desde el arte.

Esperamos publicar artículos que sean el producto de los aportes científicos producidos en el trabajo cotidiano, porque entendemos que son los insumos básicos para comprender nuestro entorno desde la perspectiva de lo/as actores. *Narrativas en Salud* apuesta a priorizar en las epistemologías críticas, en las metodologías construccionistas y en los análisis cualitativos para interpretar las prácticas en el ámbito de la salud, lo dicho y el decir.

Graciela Hernández

ORCID <https://orcid.org/0000-0003-1303-1191>

El carácter constitutivo de la narración en la salud:

Mundo objetivo y mundo narrativo

Las ciencias de la salud, nacidas a la luz de la racionalidad occidental y moderna se han presentado históricamente como disciplinas asentadas en la objetividad. Aunque se nos escape a veces como la arena de nuestros puños, la salud-enfermedad se ha remitido a lo empíricamente observable, los fenómenos objetivamente medibles.

Pues bien. Aunque la ciencia se monte sobre esta pretensión, esta concepción objetivista no hace más que enfocar, iluminar una cara de la moneda, dejando a la otra a las sombras, ignorada.

Lo grave, gravísimo, del asunto es que ese mundo no objetivo es determinante en la salud-enfermedad. Es constitutivo de nuestro bienestar y, para decirlo en términos médicos, resulta clave en la etiología de las enfermedades.

El estrés y la angustia provocadas por un diagnóstico, por cómo es comunicado por los profesionales de la salud tiene inexorablemente un impacto, en muchos casos, determinante. Si pasamos a tener problemas de ansiedad y de sueño a raíz del diagnóstico, nuestro sistema inmune se va a resentir, posiblemente agravando el cuadro anterior.

Cómo fue contado el diagnóstico, cómo me lo he contado a mí mismo tiene resultados medibles, fríos, objetivos. La subjetividad de la narración se objetiva.

Lo narrativo es constitutivo

Desde tiempos antiguos, filósofos como Edmund Husserl han explorado la noción de "Lebenswelt", o mundo de la vida, un concepto que ilustra la tensión entre lo objetivo y lo narrativo. Este antagonismo entre la realidad tangible y la experiencia vivida es fundamental para comprender cómo los seres humanos interactuamos con nuestro entorno, especialmente en el contexto de la

salud y la enfermedad. Ambos mundos coexisten de manera interdependiente en nuestra experiencia, y esta interacción se hace evidente al considerar los términos "disease", "illness" y "sickness".

No es casualidad que en la lengua inglesa existan tres palabras que traducimos como "enfermedad". *Disease* se refiere a la condición biológica y patológica de un individuo, a menudo observada y diagnosticada mediante métodos médicos objetivos. Este es el mundo objetivo, donde se generan diagnósticos a partir de síntomas medibles. Sin embargo, esta definición no abarca la totalidad de la experiencia humana. La alimentación, el ejercicio y otros factores físicos pueden influir en la enfermedad, pero las emociones, las creencias y la historia personal también juegan un rol crucial.

Illness es la experiencia individual de la enfermedad. Esto incluye cómo una persona percibe su situación, cómo afecta sus emociones y su vida diaria, y, en última instancia, cómo el individuo narra su historia. Este aspecto resalta la importancia de la narrativa en la salud. Por ejemplo, alguien con una enfermedad crónica puede ver su condición como un desafío personal que lo motiva a buscar soluciones y a crear un sentido de comunidad, mientras que otro puede sentir que su vida se ve limitada y definida por su enfermedad.

Finalmente, *sickness* es la reacción social a la experiencia individual de la enfermedad. Se refiere a los roles, las expectativas y los estigmas asociados a la enfermedad en una sociedad determinada. Aquí es donde el relato cobra una dimensión aún más amplia. Las narrativas sociales sobre ciertos tipos de enfermedades pueden influir en cómo se siente un individuo con respecto a su propia situación. Las historias que contamos sobre estas condiciones en la sociedad modelan la percepción pública y la experiencia personal de cada quien.

En pocas palabras, el mundo objetivo y el mundo narrativo coexisten en una relación compleja que define nuestra experiencia de vida. La salud y la enfermedad no son meras realidades físicas ni simplemente interpretaciones subjetivas; son narrativas construidas a partir de la

interacción de ambos aspectos. Comprender esto permite reconocer que somos seres narrativos, donde la forma en que contamos nuestras historias tiene un impacto significativo en cómo vivimos y experimentamos nuestra salud. Integrar estos mundos no solo es esencial, sino que refleja nuestra humanidad, nuestra vida en toda su profundidad y riqueza.

Juan Pablo Pardías

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1647-721X>

ENTRE HACIENTE Y PACIENTE. ENTREVISTA A SARA ITKIN

BETWEEN DOER AND PATIENT. AN INTERVIEW WITH SARA ITKIN

ENTRE FAZEDOR E PACIENTE. ENTREVISTA COM SARA ITKIN

Gabriela Stechina

Licenciada en Enfermería. Docente UNS. UPSO
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0893-7487>
Correo de contacto: gabilegal_220780@hotmail.com

Resumen

En la/s forma/s cómo se designa a las personas se hacen presentes pensamientos, creencias, modos de trato (y por qué no de destrato), formas de concebirlas y conocimientos producidos en torno a ellas.

La médica argentina Sara Itkin propone cambiar la denominación de paciente por “*haciente/hacedor/a de salud*”. Sara es médica naturista y generalista, egresada de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe (Argentina). Cuenta con una amplia trayectoria en diferentes ámbitos de salud del sur argentino. Actualmente vive en Bariloche y desde hace ya varios años acompaña a las personas a “des-andar y andar caminos para ganar salud”.

A través de dicha alternativa lingüística de las dicciones de uso habitual que empleamos los/las profesionales de la salud para llamar a las personas que contactan con el sistema de salud, se vislumbran otras posibilidades del sujeto/a de atención-cuidado mediado por el lenguaje en las instituciones de salud, y de una (otra) praxis de los actores del campo de la salud con perspectivas a desdibujar las impresiones persistentes de lo hegemónico, de lo colonial y de lo patriarcal, para dar

lugar a experiencias de empoderamiento del autocuidado y a la promoción de la salud “de y con” las personas. A continuación, presento al lector el contexto dialógico de la entrevista a Sara.

Abstract

In the way(s) in which people are designated, thoughts, beliefs, ways of treating (and why not mistreatment), ways of conceiving them and knowledge produced around them are present.

Argentine doctor Sara Itkin proposes changing the name of patient to “doer of health”. Sara is a naturopathic and generalist doctor, graduated from the School of Medicine of the Faculty of Medical Sciences of the National University of Rosario, Santa Fe (Argentina). She has extensive experience in different health fields in southern Argentina. He currently lives in Bariloche and for several years now, he has accompanied people to “un-walk and walk paths to gain health.”

Through this linguistic alternative to the commonly used dictions that health professionals use to call people who contact the health system, other possibilities of the subject of attention-care mediated by language are glimpsed. in health institutions, and of one (other) praxis of actors in the health field with perspectives to blur the persistent impressions of the hegemonic, the colonial and the patriarchal, to give rise to experiences of empowerment of self-care and to the promotion of health “of and with” people. Next, I present to the reader the dialogic context of the interview with Sara.

Resumo

Na (s) forma (s) como as pessoas são designadas, estão presentes pensamentos, crenças, formas de tratar (e por que não maus-tratos), formas de concebê-las e conhecimentos produzidos em torno delas. A médica argentina Sara Itkin propõe mudar o nome da paciente para “fazedora da saúde”. Sara é médica naturopata e generalista, formada pela Faculdade de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional de Rosário, Santa Fé (Argentina). Possui ampla experiência em diversas áreas da saúde no sul da Argentina. Atualmente mora em Bariloche e há vários anos acompanha pessoas para “descaminhar e percorrer caminhos para ganhar saúde”.

Por meio dessa alternativa linguística às dicções comumente utilizadas pelos profissionais de saúde para chamar as pessoas que entram em contato com o sistema de saúde, vislumbram-se outras possibilidades do sujeito do cuidado-atenção mediado pela linguagem nas instituições de saúde, e de uma (outra) práxis dos atores do campo da saúde com perspectivas para desfocar as impressões persistentes do hegemônico, do colonial e do patriarcal, para dar origem a experiências dar origem a experiências fortalecedoras de autocuidado e de promoção da saúde “dos e com” as pessoas. A seguir, apresento ao leitor o contexto dialógico da entrevista com Sara.

Dilucidando sentidos

En julio/2021, sorteando la distancia geográfica y el contexto de pandemia, mantuve un intercambio virtual con Sara Itkin con el objetivo de recuperar su propuesta acerca de cómo nombrar a las personas que contactan con el sistema de salud. En un intento de dilucidar los sentidos de su empleo, el punto de partida fue la pregunta ¿Cómo surge la iniciativa del nombramiento “*haciente/hacedor/a de salud*” y la propuesta de emplearlo en lugar del término paciente?

Sara: - Hay un querido amigo que falleció a fines de 2020, Julio Monsalvo, médico pediatra y máster en Salud Pública, con quien coincidíamos en nuestra mirada acerca de la salud, y entiendo que se conjugó lo dicho por ambos. En realidad, el paciente sería la persona que espera pacientemente una cura, que recibe normativas y no gestiona su salud. Lo que representa al paciente es la existencia de un único saber y de alguien que espera pacientemente que se haga algo, por el contrario, *haciente o hacedor/a de la salud* es la persona que se involucra. Desde mi mirada, lo importante radica en el encuentro de intercambio entre personas y profesionales de la salud, en ese diálogo que da cuenta de saberes populares y ancestrales que siempre me propuse revalorizar. Mi proposición es que cada persona sea *hacedora de su salud*, protagonista en el poder decidir y en el decir “yo quiero curarme con...”, y si es una persona mapuche que pueda decir “yo quiero curarme con los lahuenes que se usan en mi pueblo”. La idea es que ella tome sus referencias culturales también para hacer en su salud

y no sólo quedarse con un saber. Más allá de la cultura, cuando una persona no quiere conformarse con tomar una determinada medicación y busca activamente un cambio en su situación de salud, dice "voy a cambiar mi alimentación, a hacer mi gimnasia -así tome o no la medicación- esa persona está haciendo cambios por y en su salud, y esto también lo pondría dentro del gran grupo de *hacientes o hacedores/as de la salud*. Por eso me parece válido cambiar el término paciente, porque no espera pacientemente, hay quienes sí, pero no sería mi propuesta. Siempre tuve la idea de que la persona sea protagonista en ganar salud y esto está relacionado con mi forma de ser y de percibir la salud, con mi formación y trayectoria profesional, y con insistir en la salud comunitaria, en esto de que la salud es en manos de la comunidad y de que quienes formamos parte del equipo de salud, recuperemos oportunamente los saberes y las prácticas de salud de las personas. Es una concepción totalmente distinta y desde la cual no dependemos del "papá patriarcal", del sistema patriarcal de salud, en el que la salud es entendida para el paciente.

Entrevistadora: - ¿Cuándo empezó a irrumpir esta concepción del *haciente/ hacedor/a de la salud* que corre la mirada de la salud del modelo y las prácticas institucionales hegemónicas?

Sara: - Recuerdo que los distintos cuestionamientos al término paciente comenzaron cuando ingresé a la residencia de medicina general y con el contacto frecuente con las personas. El planteamiento fue inmediatamente al finalizar esa etapa, en el ejercicio de mi profesión en y con la comunidad de Las Lajas (Neuquén). Hace quince años aproximadamente comencé a llamar y a entender a las personas desde esta palabra, y a promover las prácticas en salud desde este entendimiento.

Una (otra) palabra, otra práctica

Entrevistadora: - Siguiendo esto último que decís ¿Cómo podemos entender tu propuesta de nombramiento unida a las prácticas de los/las profesionales de la salud?

Sara: - En la praxis, desde darnos tiempo y espacio para el diálogo en el encuentro con las personas, aunque en el apuro del sistema no está estipulado. Proponernos valorizar y acompañar ya

sea en el momento de la consulta, en la entrevista, en los controles de salud o en los diferentes encuentros con las personas contactan con el sistema de salud. Hacerlo con presencia, usando todos los sentidos y técnicas, dando lugar al intercambio con preguntas que recuperen sus saberes en salud para empoderarla. Y dispuestos a escuchar las historias de vida y el cotidiano vivir de las personas, en observancia de sus emociones, opiniones y del respeto de sus derechos.

Entrevistadora: - Desde tu experiencia ¿En qué contextos del sistema de salud y en qué prácticas podemos evidenciar a los/las *hacientes/hacedores/as de la salud*?

Sara: - Hay ámbitos del sistema de salud en los que las prácticas re-creadas y vinculadas al entendimiento de las personas como *hacientes/hacedores/as de la salud* tienen una mayor impronta. Recuerdo que hace muchos años las mujeres del pueblo Qom iban a parir a la institución hospitalaria, y lo hacían en el baño del servicio de maternidad. En ese momento institucionalmente no estaba contemplada esa posibilidad. Pero de alguna manera ellas iban al baño y ahí nacía su hijito/a. A mí me quedó grabado el grito de libertad de la mujer en ese momento de parir acorde a la cultura de sus orígenes. Ahora que soy mamá pienso que, tal vez, buscaban la intimidad para parir yendo al baño, algo tan necesario ¿No? Incluso lo hacían en la forma más ancestral, en cuclillas. Bueno, esas mujeres fueron realmente protagonistas, hacedoras de su momento de parir y del nacimiento de su hijo/a.

En mi desempeño en la comunidad, cuando realizábamos el control del niño sano me había propuesto generar un cambio en esto de decir “A ver mamita, lo vamos a pesar y a medir” ... “Ah ¡Está muy bien!” Y, pero... ¿Cómo está muy bien? ¿Yo le digo “está muy bien”? ¡No! La mamá debiera primeramente poder hablarnos de cómo está su hijo/a antes de que el/la profesional de la salud lleve a cabo su práctica. Debiera poder contarnos cómo vive su hijito/a, qué pasa emocionalmente en la familia y cómo está conformada la misma, qué hábitos alimentarios tienen y más...Uno va adiestrando el ojo y viendo la salud sin la medición de percentiles únicamente. Después se pesará, medirá y hará la revisión física, pero los/las profesionales de la salud debiéramos dar lugar a que esa madre sea protagonista porque es la que lo/a cría y conoce. Yo creo que a veces en el apuro

del sistema se desvanece el diálogo que es lo importante porque a través de él, recuperamos al ser, *haciente de salud*. Incluso, en mi desempeño en consultorios comunitarios preguntaba “¿Cómo le parece que se pueda sanar?” Y había personas que respondían “yo tomo tal o cual planta, o tal yuyo”. Conociendo la planta nunca les decía que no la usen y a veces sugería otra, pero de esta forma también iba aprendiendo de ellos/ellas.

Hace 30 años aproximadamente, cuando roté por el servicio de obstetricia tuve mi primera experiencia de acompañamiento a una mujer en trabajo de parto que tenía ya su sexto hijo y me acosté al lado de ella porque me sentía tan nerviosa y le fui sincera... “Mirá, tengo que hacerme cargo de vos como médica residente. Yo puedo tener mucha teoría, pero no tengo la práctica”. Ella se llamaba Euralita y en ese momento me dijo: “Vos quedate tranquila”. Charlamos mucho y yo sentí que acompañé. Realmente fue un parto hermoso en el que ella fue protagonista, guiándome con lo que tenía que hacer para acompañarla. ¡Cuánto me enseñó esa mujer de sus tiempos de tranquilidad y de confiar en el cuerpo! Entonces vemos que, siendo profesionales permeables a aprender de las personas, nos enseñarán acerca de sus posibilidades de darse salud. También en las mismas prácticas como residente, me propuse darme tiempo para el diálogo cuando una madre o un padre traían a su hijito/a, y de esta forma valorar su experiencia de/en salud.

Durante mi vivencia de trabajo comunitario en Las Lajas, con un grupo de cuatro mediques, una de las integrantes era Gemma, que es holandesa. Ella había nacido en su casa porque en Holanda los nacimientos pueden ser domiciliarios, las mujeres eligen dónde y cómo parir, y con esa idea empezamos a trabajar en un espacio de intercambio de saberes con mujeres que ya habían tenido hijos/as encontrándose con las que aún no. Fue una experiencia hermosísima y tenía que ver también con esta mirada de decir las personas son hacedoras de salud. En la actualidad hablamos del empoderamiento de las mujeres, y yo creo que también eso era empoderamiento.

Entre los años '97-'98 trabajé como médica en Villa Traful (Neuquén) y con las mujeres que vivían allí dimos lugar a otro espacio de encuentro. Había observado que, en invierno cuando las

nevadas intensas obstaculizaban la circulación por las rutas, las mujeres de esa localidad presentaban depresión, lumbalgias, problemas en relación al encierro y muchas también, atravesaban situaciones de violencia. Empezamos a juntarnos dando espacio a sus saberes y a la elaboración de preparados herbarios en base a plantas para tratar esas circunstancias de salud. Así fue que Doña Palmeña no se internó más en el hospital por depresión, las lumbalgias cedieron, y esas mujeres se iban empoderando. Pasaron a ser protagonistas de su salud y generaron toda una historia de cambio en el pueblito.

Actualmente desde el naturismo y con un enfoque de Salud Pública, acompaño a distintos grupos comunitarios mediante cursos de capacitación acerca del uso de las plantas. En estos grupos se producen encuentros de mujeres en relación a las plantas, a la alimentación y a la crianza. Hay empoderamiento, todas son *hacedoras de su salud* y de una salud comunitaria.

Desde mi experiencia pienso que lo importante es re-crear la praxis y que la clausura de esta concepción no se refiere únicamente al contexto. Podemos pensar que, en el ámbito hospitalario, en lo urgente, la persona puede encontrarse en una situación extrema o de peligro de vida, o llegar a la guardia del hospital presentando un cuadro de abdomen agudo, por ejemplo. Ahí es difícil que pueda ser *hacedor/a de su salud*. Pero lo será hasta que la situación sea otra en la que los/las profesionales de la salud lo/la acompañemos a retomar su protagonismo y autogestión de su salud.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PASE DE GUARDIA DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DR. JOSÉ PENNA DE BAHÍA BLANCA

FACTORS INFLUENCING THE NURSING SHIFT HANDOFF IN THE NEONATOLOGY DEPARTMENT OF DR. JOSÉ PENNA INTERZONAL GENERAL HOSPITAL, BAHÍA BLANCA

FATORES QUE INFLUENCIAM A ATRIBUIÇÃO DE ENFERMAGEM NO DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL INTERZONAL GERAL DR. JOSÉ PENNA DE BAYA BLANCA

Alejandra Andrea Arró Ortiz (1)

Sandra Elena Moya López (2)

Natalia Soledad Muñoz (3)

Luisa Elizabeth Palma (4)

María Isabel Ruiz (5)

(1) Lic. en Enfermería. Residencia de Enfermería en Neonatología. H.I.G Dr. José Penna.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1420-1845>

(2) Lic. en Enfermería. Magister en Cuidados Intensivos Neonatales. Coordinadora Docente de la Residencia de Enfermería en Neonatología. H.I.G Dr. José Penna.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-7887-0312>

(3) Lic. en Enfermería. Residencia de Enfermería en Neonatología. H.I.G Dr. José Penna.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1467-6609>

(4) Lic. en Enfermería. Residencia de Enfermería en Neonatología. H.I.G Dr. José Penna.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-6112-8058>

(5) Lic. en Enfermería. Maestranda en Metodología de la Investigación. Servicio de Neonatología. H.I.G

Dr. José Penna. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1459-4848>

Correo de contacto: sandramoyalopez46@gmail.com

Resumen

El pase de guardia de Enfermería es un momento clave entre los profesionales donde se transfiere la responsabilidad y continuidad del cuidado de los pacientes. Es de suma importancia en la práctica diaria para la calidad y seguridad del paciente. En el servicio de Neonatología del H. I. G. Dr. José Penna se puede percibir la presencia de diversos factores que intervienen durante el desarrollo del

pase de guardia, pudiéndose afectar en diversos aspectos. Se busca aportar información al personal de enfermería del servicio con el objetivo de enriquecer sus prácticas y conductas, para adquirir una posición autocrítica ante las situaciones problemáticas durante el pase el guardia.

Objetivos: Identificar los factores que influyen en el pase de guardia y conocer la opinión de los enfermeros respecto a los mismos.

Material y métodos: Los datos se recolectarán a través de formulario de Google. Se enviará una encuesta semi estructurada a los profesionales del Servicio de Neonatología.

Resultados: Las respuestas obtenidas, luego de ser procesadas y analizadas estadísticamente, nos permitirán observar si existen factores que intervienen en el pase de guardia de enfermería, para así poder confeccionar y establecer a futuro un protocolo de estrategias y medidas que beneficie la práctica profesional, teniendo un impacto positivo sobre la calidad de atención prestada a los pacientes.

Conclusión: Entre los distractores de gravedad de influencia moderada durante el pase de guardia se destacan la interrupción de otros profesionales y los sonidos de las alarmas. Debido a estos factores resulta indispensable que el pase de guardia se realice sin obstáculos respetando este momento por el resto de los profesionales.

Abstract

The nursing shift handoff is a critical moment between professionals, where responsibility and continuity of patient care are transferred. It plays a pivotal role in daily practice to ensure quality care and patient safety. In the Neonatology Department of Dr. José Penna Interzonal General Hospital, various factors are perceived to influence the shift handoff, potentially affecting different aspects of this process. This study aims to inform the nursing staff, providing insights to enrich their practices and behaviors, fostering a self-critical stance in response to challenges encountered during the shift handoff.

Objectives: To identify the factors influencing the shift handoff and to gather nurses' perspectives on these factors.

Material and methods: Data will be collected via a Google Form. A semi-structured survey will be distributed to the professionals in the Neonatology Department.

Results: The collected responses, after being processed and statistically analyzed, will help identify the factors affecting the nursing shift handoff. The findings will be used to develop strategies and protocols to enhance professional practice, ultimately improving the quality of care provided to patients.

Conclusion: Among the moderate-severity distractors during the shift handoff, interruptions by other professionals and alarm sounds were highlighted. These findings underscore the importance of conducting the shift handoff without distractions, ensuring that the process is respected by all professionals involved.

Resumo

A passagem de plantão de enfermagem é um momento muito importante entre os profissionais onde se transfere a responsabilidade e a continuidade do cuidado dos pacientes.

É de extrema importância na prática diária para a qualidade e segurança do paciente. No serviço de Neonatologia do H. I. G. Dr. José Penna é possível perceber a presença de diversos fatores que interferem durante o desenvolvimento da passagem de plantão, podendo afetar diversos aspectos.

A intenção é fornecer informações à equipe de enfermagem com o objetivo de enriquecer suas práticas e condutas, para adquirir uma postura autocrítica diante de situações problemáticas durante a passagem de plantão.

Objetivos: Identificar os fatores que influenciam o passe de plantão e conhecer a opinião dos enfermeiros a respeito dos mesmos.

Material e métodos: Os dados serão coletados através de formulário Google. Uma pesquisa semiestruturada será enviada aos profissionais do Serviço de Neonatologia.

Resultados: As respostas obtidas, após serem processadas e analisadas estatisticamente, permitirão observar se existem fatores que interferem na passagem de plantão de enfermagem, para que, no futuro, seja possível elaborar e estabelecer um protocolo de estratégias e medidas que beneficiem a prática profissional, tendo um impacto positivo na qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Conclusão: Entre os distratores de gravidade de influência moderada durante a passagem de plantão, destacam-se as interrupções de outros profissionais e os sons dos alarmes. Devido a esses fatores, é fundamental que a passagem de plantão seja realizada sem obstáculos, esse momento deve ser respeitado por todos os demais profissionais.

Introducción

El pase de guardia de Enfermería es un momento clave entre los profesionales en donde a través de la comunicación se transfiere la responsabilidad y continuidad del cuidado de los pacientes. Es de suma importancia en la práctica diaria, ya que la calidad de la atención y la seguridad del paciente dependen del intercambio y la comprensión efectiva de la información brindada durante el mismo. En el servicio de Neonatología del H. I. G. Dr. José Penna se puede percibir la presencia de diversos factores que intervienen durante el desarrollo del pase de guardia, pudiéndose afectar en diversos aspectos.

Este trabajo de investigación pretende identificar los factores que intervienen durante el pase de guardia, para reflexionar sobre ellos y poder establecer a futuro estrategias y medidas que mejoren esta práctica esencial, repercutiendo así de manera positiva sobre la calidad de atención prestada a los pacientes. Se busca aportar información al personal de enfermería del servicio con el objetivo de enriquecer sus prácticas y conductas, para adquirir una posición autocrítica ante las situaciones

problemáticas durante el pase de guardia. Finalmente, a largo plazo se pretende establecer un proyecto de intervención basado en la protocolización del pase de guardia de enfermería.

Estado del arte

Charfuelan Laguna, Y; Hidalgo-Bolaños, D. y otros (2019) en su revisión sistemática establecen la importancia del pase de guardia como continuidad del cuidado de los sujetos. Entre las diferentes áreas analizadas, observaron la presencia de factores que alteran la rigurosidad del mismo como el poco valor a la actividad, la impuntualidad, el incumplimiento de algunos miembros del equipo de enfermería, la sobrecarga de trabajo, el constante flujo de personas en el área de trabajo, las llamadas telefónicas, las actividades pendientes y las conversaciones de temas personales durante la entrega. Pero al mismo tiempo se identifican circunstancias que facilitan el pase de guardia, tales como el manejo del tiempo, la agilidad durante la entrega, la información claridad, el entorno tranquilo, y el compromiso por parte del equipo de trabajo. Se recalca la importancia de la posesión de habilidades comunicacionales entre los profesionales que participan del cuidado integral del paciente, ya que cualquier alteración en la comunicación puede desencadenar inconvenientes en la atención del mismo, incrementándose la aparición de eventos adversos, incluidos errores de medicación, tratamiento y diagnóstico u omisión del cuidado. Para revertir esto y dejar de omitir aspectos relevantes durante el proceso de atención resulta necesario mejorar los métodos de comunicación, restablecer las formas del pase e incorporar una estandarización del mismo.

Por otra parte, Pérez Corral M. y otros (2020) manifiestan como la comunicación efectiva entre enfermería es un verdadero reto, ya que la falta de información y el traspaso de información de manera rutinaria puede llegar a afectar la seguridad del paciente, siendo necesario la creación de modelos de cambio de turno. La elaboración de protocolos de pase de guardia es una estrategia fundamental para el mejoramiento en la comunicación de los profesionales y por ende en la disminución de errores en el cuidado del paciente.

En el trabajo de Soledad Giraud, S.: “Pase de guardia de enfermería del hospital Reumann Enz de la localidad de intendente Alvear. Santa Rosa, La Pampa” (2015), se hace referencia a la comunicación del personal de enfermería durante el pase de guardia en cada turno, las interrupciones propias de la actividad hospitalaria, familiares y pacientes que afectan la comunicación y evidencian la pérdida de datos en el mismo. El personal de enfermería tiene un rol cada vez más independiente y hace de su responsabilidad profesional no solo una obligación legal sino un compromiso legal y humanístico. Es necesario desarrollar una buena comunicación entre colegas para mejorar la atención del paciente.

El trabajo realizado por Pereira, E., Dawlowski, L. y Marín, M. denominado “Estandarización del pase de guardia para la transferencia de información en enfermería” en el Hospital el Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner de la Argentina (2018), demuestra como el pase de guardia de enfermería permite la continuidad de los cuidados en la atención de los pacientes, contribuyendo a su seguridad. Al mismo tiempo expresa que este proceso suele verse afectado por diversas barreras como los factores humanos, el entorno, la disponibilidad de tiempo, el entrenamiento y la educación del personal, entre otras. Además, la información incompleta y la falta de comunicación o los errores en esta, son causas importantes de eventos centinela. Por tal motivo es que considera sumamente importante implementar y estandarizar el proceso de la transferencia de información, para permitir la claridad de lo que se desea comunicar, priorizando datos relevantes, y así evitar dispersiones y/o confusiones en el mensaje; cuestiones que al final de cuentas contribuyen a la optimización en los cuidados de Enfermería.

En 2015, una revisión de literatura que recibe el nombre de “El cambio de turno: Un eje central del cuidado de enfermería” tiene como propósito reflexionar acerca del valor del pase de guardia como instrumento fundamental del cuidado de enfermería. En él se expresa información sobre su concepto, tipo, características y barreras, haciendo especial hincapié en la importancia de comprender su significado para la práctica diaria de la profesión y la escasa producción de investigaciones para

determinar mejores estrategias para su realización. Aquí particularmente se tiene en cuenta lo mencionado sobre las barreras en la transferencia de la información, y en relación a ello se identifican ocho categorías: barreras de comunicación, problemas en la estandarización o políticas que aseguren el proceso, dificultades en los equipos tecnológicos, factores del entorno, disponibilidad de tiempo, dificultades por la complejidad y el número de pacientes, entrenamiento y educación del personal y los factores humanos (Riesenberg et al, 2010). Por otra parte, existen los distractores como las conversaciones paralelas durante la entrega de turno, el movimiento de carros de suministros, ropa y alimentos, las máquinas de limpieza, el volumen alto de la radio y la televisión, las llamadas telefónicas, las interrupciones por parte del personal médico y de apoyo, y las conversaciones en el pasillo y en la isla de enfermería; situaciones que son más frecuentes durante los turnos de la mañana y tarde por ser el horario de mayor circulación (Hemant K., Zaheda J. M., 2005). A esto se suma otro factor predisponente en la eficacia y eficiencia del pase de guardia, que son los horarios de trabajo del personal de enfermería. De acuerdo a lo afirmado por Evans et al., la ausencia o insuficiencia de tiempo disponible para este proceso afecta la comunicación en la entrega de turno, influyendo negativamente en el desempeño del grupo profesional. Es así como la información incompleta, los distractores y los errores en la comunicación durante el pase de guardia, son la principal causa de eventos centinela, tales como errores de medicación, estancias hospitalarias más prolongadas, toma de pruebas de diagnóstico innecesarias e insatisfacción del paciente (Blouin ASFACHE, 2011). Por lo tanto, este contexto provoca conductas del personal que no contribuyen en la continuidad y el juicio crítico de los profesionales para priorizar y organizar su cuidado.

Es así como varios autores de los consultados en la literatura coinciden en que la principal barrera para el buen desarrollo de un pase de guardia es la dificultad en la comunicación entre el personal de enfermería, incrementando sustancialmente la ocurrencia de eventos adversos. La implementación de estrategias y herramientas que mejoren el pase de guardia, así como la

estandarización de dicho proceso, disminuiría dichos inconvenientes, al mismo tiempo que favorece la continuidad del cuidado.

Delimitación del problema

La pregunta de investigación que guía este trabajo es ¿Cuáles son los factores que influyen en el pase de guardia de Enfermería en las áreas de internación: Unidad de Cuidados Mínimos, Unidad de Cuidados Especiales, Unidad de Cuidados Intensivos y Recepción del recién nacido en Sala de partos y Quirófano del Recién Nacido, del Servicio de Neonatología del Hospital Interzonal General Dr. José Penna de la ciudad de Bahía Blanca, Buenos Aires, en el período comprendido entre agosto del 2019 y octubre del 2020?

Propósito

Establecer estrategias y medidas que mejoren el pase de guardia, repercutiendo positivamente sobre la calidad de atención y seguridad del paciente.

Objetivos

- Identificar los factores que intervienen en el pase de guardia.
- Conocer la opinión del personal de enfermería respecto a los factores intervinientes al pase de guardia.

Marco teórico

El pase de guardia es la información que se brinda a través de la comunicación entre los profesionales que ingresan al servicio y los que finalizan su turno. Este es un momento clave para la continuidad del cuidado y seguridad del paciente. Es definido como un informe mediante el cual el personal de enfermería transfiere la responsabilidad de los pacientes a su colega del turno entrante. De esta forma, el pase de guardia se convierte en uno de los momentos más relevantes, ya que a través de los datos e información recibida se debe realizar el plan de cuidado del paciente. Por tal motivo, es de suma importancia que la información brindada sea precisa y clara. El objetivo principal es contribuir en mejorar la salud y garantizar continuidad de cuidados.

En muchas ocasiones el pase de guarda se ve interrumpido por problemas de diferentes índoles, como, por ejemplo: distracciones, llamadas telefónicas, ingreso de técnicos o inter consultores y saludos, entre otros. De esta manera, se pierde mucha información que puede dificultar el seguimiento y cuidado de los pacientes por déficit en la comunicación.

En el servicio de neonatología del Hospital Interzonal General Dr. José Penna de Bahía Blanca las autoras han podido observar que no existe un protocolo en relación al pase de guardia de enfermería, realizándose éste en forma verbal, dentro del sector de internación, al lado de cada unidad del paciente, o bien en la isla del sector. En la mayoría de los casos, la información transmitida es breve y generalmente se corresponde al estado general del paciente y las novedades ocurridas durante su guardia; existiendo un faltante sobre aspectos como los antecedentes, las indicaciones médicas, los estudios complementarios (y sus respectivos resultados) y los cambios importantes transcurridos durante turnos anteriores, cuestiones que claramente repercute en el estado actual del neonato. Es habitual la presencia de algunas dificultades como llegar tarde a tomar la guardia y que un solo profesional reciba la información de los pacientes de más de un sector, debiendo luego transmitir dichos datos a sus compañeros. En este camino se pierde mucha información, que puede ocasionar inconvenientes en el cuidado del paciente.

Etimológicamente, comunicación, proviene del latín “comunicare”, que significa poner en común, compartir algo, hacer partícipe de lo que uno tiene. El acto de comunicar, es un proceso mediante el cual se transfiere una idea, pensamiento, sentimiento o mensaje desde una fuente, que se denomina emisor, a un receptor, generando a su vez un proceso de retroalimentación o feedback que posibilite influencias recíprocas, estableciéndose una interacción dinámica. Este intercambio de mensajes se realiza si se utilizan códigos (lenguaje) similares por ambas partes, y se hace mediante el uso de un canal, es decir un medio por el cual se lleva el mensaje.

Hay diversas definiciones del término comunicación por parte de expertos en la materia. Según Satir, V., autora, profesora, trabajadora social y psicoterapeuta, la comunicación “es el factor

individual más importante que afecta la salud y las relaciones de una persona con las demás”. (93) Para los autores Stanton, Etzel y Walker (2007), la comunicación es “la transmisión verbal o no verbal de información entre alguien que quiere expresar una idea y quien espera captarla o se espera que la capte” (511): Es así como se entiende que la forma en que a las personas les llega la información influye en su posterior manera de actuar, o también que una persona bien informada se siente considerada, valorada y respetada y, por tanto, es posible que su conducta sea de colaboración.

Cuando se entabla una comunicación, no solo se utilizan las palabras, sino que también se emplean diferentes tonos y gestos con los que se acompañan la postura que se adopta. De hecho, muchas veces no es tan importante lo que se dice, sino cómo se dice; y por tal motivo resulta muy importante prestar especial atención a todas las señales no verbales con las que el sujeto acompaña su mensaje. Este tipo de comunicación, recibe el nombre de comunicación no verbal, y se describe como aquella en la que no interviene ninguna palabra, resultando prácticamente inevitable su uso siempre que la comunicación se produzca de forma presencial. Sirve para definir la relación que se establece entre los interlocutores, y ayuda a confirmar o no los mensajes verbales, es decir, sirve para clarificar o contradecir la comunicación verbal. La comunicación no verbal se expresa fundamentalmente a través de la mirada, del tono de la voz, de la postura, de la expresión facial, de los movimientos, del contacto físico, del volumen, etcétera.

En el ámbito de enfermería, Florence Nightingale (1820-1910), enfermera, escritora y precursora de la enfermería profesional moderna, destacó y puso en práctica la comunicación como una herramienta importante y necesaria para brindar cuidados. Del mismo modo, Virginia Henderson (1897-1996), reconocida por teorizar e incorporar los principios fisiológicos y psicológicos al concepto de enfermería, propulsora de la Teoría de las Necesidades, incluye a la comunicación entre las 14 necesidades del paciente que definen su modelo, como: necesidad de comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, o “sensaciones”.

De acuerdo con Henderson (1961), la comunicación es fundamental para comunicarse con otro; en cuanto al pase de guardia de Enfermería consideramos que la comunicación es un eje central y fundamental. Durante el mismo se cuenta con la comunicación verbal y no verbal, ya que la suma de ambas brinda la oportunidad de clarificar la información, tan sólo permitiendo la verificación por parte de la persona que la recibe, leyéndosela o repitiéndosela al emisor para que este le confirme que ha entendido correctamente. Además de mejorar la entrega de información, una buena comunicación durante el pase brinda mejores oportunidades para la interacción social, la educación y la construcción de equipos de trabajo.

Factores que influyen en el pase de guardia

Sin duda, la transmisión ordenada y sistematizada del pase de guardia, además de un ambiente laboral propicio, generan que el trabajo en equipo sea más eficaz y eficiente, favoreciendo el bienestar del paciente y la familia. Hay factores que interfieren en el pase de guardia, perjudicando la extensión y calidad del mismo, generando la pérdida de datos de interés del paciente, dando como resultado la alteración en el desarrollo de los cuidados.

Factores personales

Edad: Está estrechamente relacionada con las características del comportamiento de las personas, este factor en enfermería, el personal de mayor edad se presenta como añoranza del pasado o al mantener status por la experiencia lograda como máximo aprendizaje resistiendo a innovación que provocan cambio.

Experiencia en el área: Conforme al individuo permanezca por más tiempo en un centro laboral logra mayor conocimiento, experiencia e identificación con la organización, Tener años de experiencia en el área le permite desarrollarse con más seguridad en el trabajo.

Factores psicosociales: Los factores psicosociales son complejos, dado que no sólo están conformados por diversas variables del entorno laboral, sino que, además, representan el conjunto de las percepciones y experiencias propias del trabajador. Este concepto hace referencia a aquellas

condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen la capacidad de afectar tanto al bienestar y a la salud (física, psíquica o social) del trabajador, como al desarrollo del trabajo, y dentro de éste, más específicamente al pase de guardia.

Conflictos interpersonales: En función de lo anterior, dichas condiciones desfavorables son en el origen de la aparición de ciertas conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo del trabajo como de determinadas consecuencias perjudiciales para la salud y para el bienestar del trabajador. Algunas de estas consecuencias son: problemas de relaciones interpersonales, estrés, fatiga mental, insatisfacción laboral, desmotivación laboral, entre otras.

Eventos producidos durante el pase de guardia: Como se mencionó anteriormente, en la práctica diaria el pase de guardia representa un periodo de comunicación entre los profesionales donde la escucha activa y el intercambio de información permiten la continuidad del cuidado de los pacientes. Sin embargo, pueden ocurrir ciertos sucesos inesperados que modifican las circunstancias que rodean al mismo, reduciendo el tiempo del pase de guardia o alterando la predisposición del personal a realizarlo en forma completa y adecuada. En este contexto, algunos eventos que intervienen son:

Impuntualidad: La impuntualidad inevitablemente reduce el tiempo destinado al pase y además contempla una mayor predisposición a retransmisión de información aumentando el riesgo de omisión. El tiempo que se estipula para la mayoría de los pases de turno es de 15 minutos tanto para el plantel entrante como el saliente. Cualquier retraso en la entrega del pase lleva al malestar del personal saliente debido a la demora en su salida repercutiendo en una comunicación más acelerada y menos detallista.

Interrupciones-distracciones: Son consideradas barreras ambientales que generan distracciones visuales y auditivas, que influyen en el hilo conductor de la comunicación. Se incluyen las llamadas telefónicas, las visitas de médicos u otros profesionales, los sonidos de las alarmas y la luz ambiental,

entre otros. Todas estas situaciones intervienen en la transmisión de información alterando el curso de la misma.

Diseño metodológico

Se trata de un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

Se plantea la siguiente hipótesis: Existen factores que influyen en el pase de guardia de Enfermería, los cuales están relacionados con la comunicación verbal y no verbal, los factores personales y psicosociales.

Las variables e indicadores seleccionados son los siguientes:

- Pase de guardia: Comunicación verbal y Comunicación no verbal

- Factores que influyen en el pase de guardia:

Factores Personales (Edad, experiencia en el área)

- Factores psicosociales:

Eventos producidos durante el pase: Impuntualidad. Interrupciones-distracciones.

Conflictos interpersonales

Las áreas de estudio seleccionadas fueron las siguientes: Unidad de Cuidados Mínimos, Unidad de Cuidados Especiales, Unidad de Cuidados Intensivos y Recepción del recién nacido en sala de partos y quirófano, del Servicio de Neonatología del Hospital Interzonal General Dr. José Penna de la ciudad de Bahía Blanca, Buenos Aires, en agosto del 2021.

La población seleccionada correspondió al personal de Enfermería que realizaban tareas asistenciales en las áreas mencionadas del Servicio de Neonatología al momento de la encuesta y obedece con los criterios de inclusión y exclusión.

La técnica para la recolección de datos del estudio consistió en una encuesta propia, validada a través de una prueba piloto. La misma se llevó a cabo a través de un formulario de Google, lo que permitió el análisis de los resultados a través de estadística simple. Se trató de una encuesta semiestructurada enviada a los correos electrónicos o a través de vía WhatsApp de las personas a

encuestar. Este recurso fue seleccionado por la imposibilidad de utilizar papel debido al contexto de pandemia por Covid 19, siendo aconsejable evitar su uso para disminuir el riesgo de contagio. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Institucional.

Una vez efectuada la recolección, los datos fueron tabulados y volcados a una matriz para su posterior procesamiento a través de estadística simple.

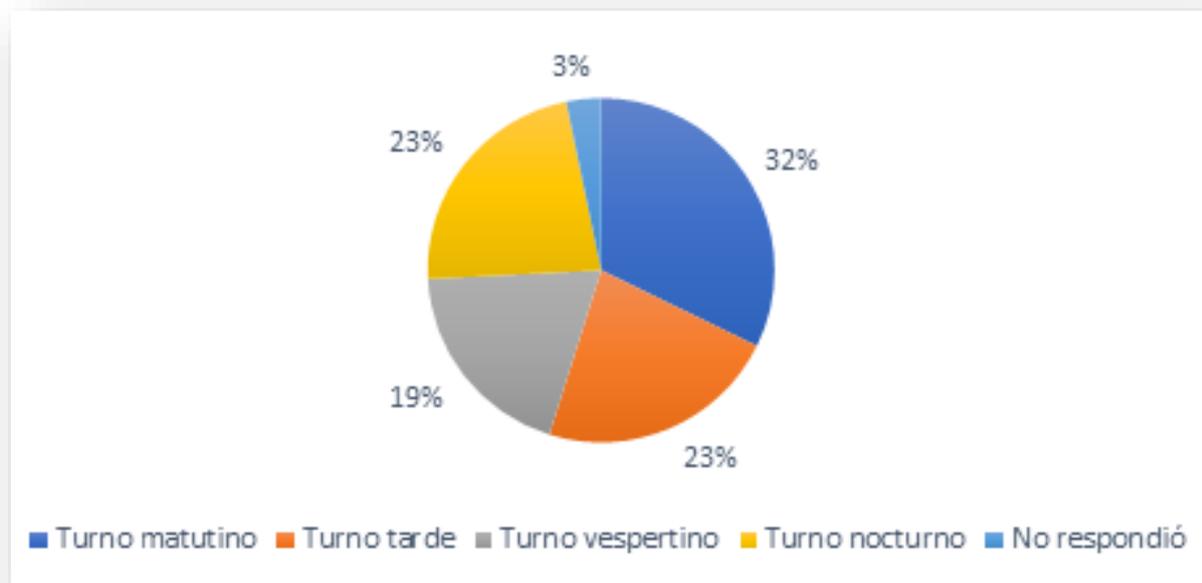
Resultados

Al cabo de una semana de haber sido enviada la encuesta, se detiene la aceptación de respuestas, teniendo un total de 31; y se así se prosigue al análisis de los datos obtenidos.

En relación a la cantidad del personal de enfermería que ha respondido de acuerdo a su turno de trabajo, se obtuvieron 10 respuestas del turno matutino (de 06 a 12 horas); 7 del turno de 12 a 18 horas (turno tarde), 6 del turno de 18 a 24 horas (turno vespertino), y 7 del turno nocturno (de 24 a 06 horas). Un solo encuestado no respondió adecuadamente.

Figura 1

Distribución del personal encuestado según turno laboral. Agosto 2021



Nota: El gráfico representa la distribución del personal que respondió la encuesta según su turno de horario laboral, según la encuesta realizada en agosto de 2021, en el Servicio de Neonatología del Hospital Interzonal Dr. José Penna.

En cuanto a la edad de los encuestados, predefinimos grupos en los cuales serían englobados de acuerdo a su respuesta, obteniendo el siguiente desenlace: 16, 13% (5 personas) se encuentran entre los 20 a 30 años; 45,16% (14 personas) entre los 31 y 40 años; 22,58% (7 personas) entre los 41 y 50 años y 6,45% (2 personas) tienen más de 51 años. No respondieron adecuadamente 3 personas (9,68%).

Para el análisis de los años de experiencia en el servicio de Neonatología del H.I.G. Dr. José Penna, también se estableció grupos, los cuales quedaron conformados de la siguiente manera con sus respectivos resultados: menos de 1 año (6,45%); de 1 a 5 años (22,58%); de 6 a 10 años (38,71%); de 11 a 15 años (9,68%), y más de 16 años (16,13%). En esta oportunidad el 6,45% de las respuestas fueron nulas por no haber sido respondidas.

El 100% de los encuestados considera que el pase de guardia es importante para la continuidad en la atención del paciente, así como también que el lugar de elección para su realización es la unidad del paciente (no se han seleccionado las opciones de isla de enfermería y vestuario de enfermería). Al momento de identificar de qué manera se ejecuta el pase de guardia, el 77,4% refiere hacerlo de manera oral y el 22,6% de manera mixta (oral y escrita). Por su parte el 93,5% cree que la comunicación no verbal influye de cierta manera en el pase de guardia.

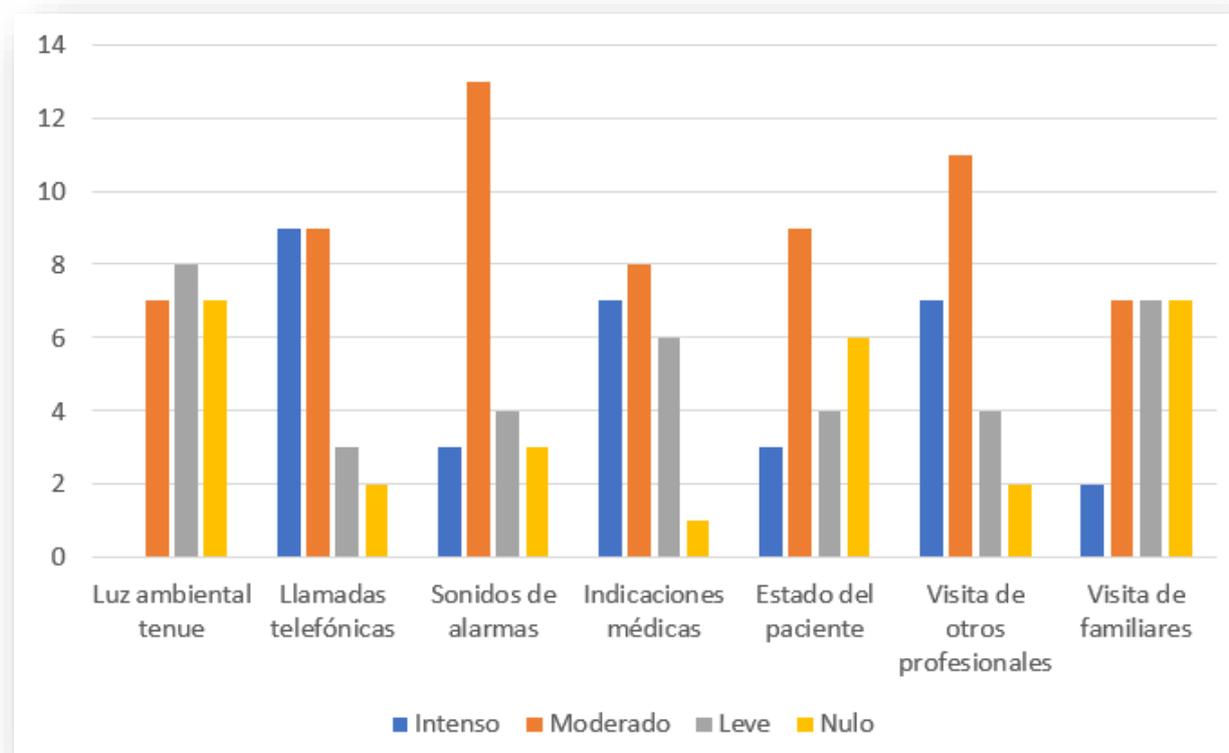
El 93,5% considera que la información recibida por parte de sus compañeros durante el pase de guardia a veces es clara, concisa y completa, mientras que el porcentaje restante opina que siempre lo es de dichas características.

En relación al tiempo adecuado en el cual debe hacerse presente el personal de enfermería para el pase de guardia, el 51,6% considera que es a los 15 minutos; mientras que el 48,4% a los 10 minutos. En este sentido, el 96,8% cree que si el profesional llega tarde influye negativamente la calidad del mismo.

El 80,6% identifica la presencia de distracciones al momento del pase de guardia; mientras que un 9,7% no lo considera de esa manera y otro 9,7% no le da absoluta importancia. En cuanto a cada distractor mencionado, se solicitó identificar la gravedad de afectación de los mismos.

Figura 2

Factores que influyen en el pase de guardia. Agosto 2021

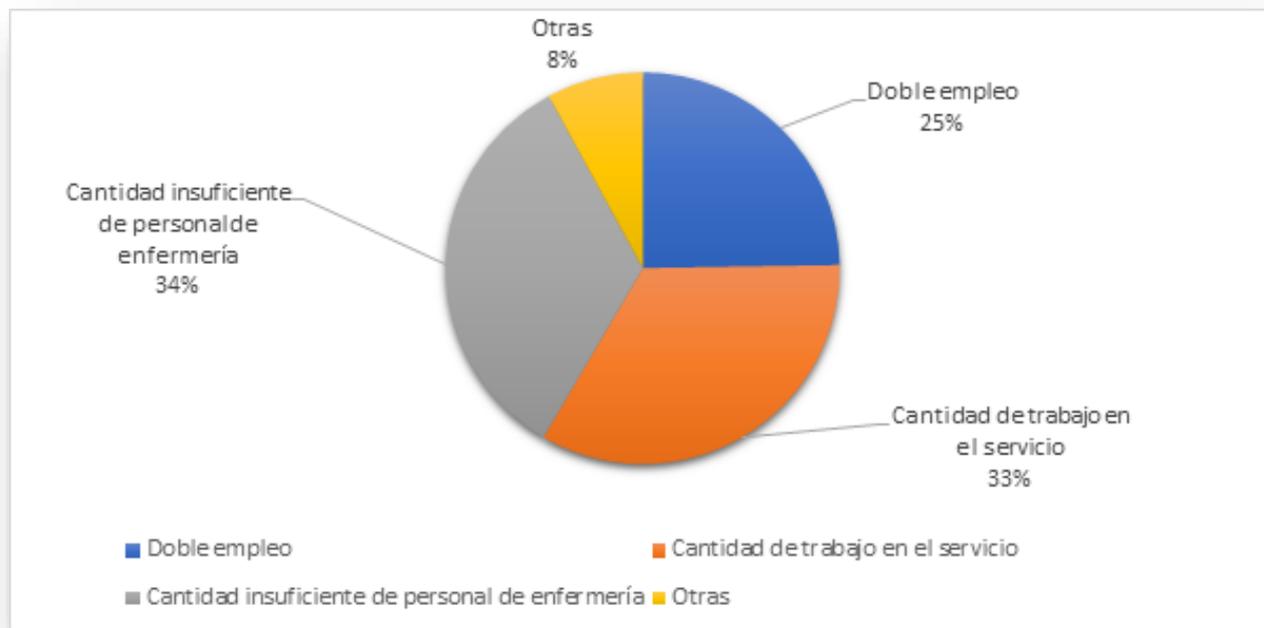


Nota: El gráfico representa los distintos factores que influyen en el pase de guardia según la encuesta realizada en agosto de 2021, en el Servicio de Neonatología del Hospital Interzonal Dr. José Penna.

El 58,1% considera que los conflictos interpersonales afluyen de manera negativa en el pase de guardia; y el 83,9% estima que el estrés también es un factor interviniente. En cuanto a los motivos a los cuales puede deberse, las opciones identificadas son: doble empleo, cantidad de trabajo en el servicio, cantidad insuficiente de personal de enfermería y otras (cansancio y llegadas tarde a recibir la guardia, situaciones personales, distribución del personal y falta de conocimiento o desconfianza que genera la sobrecarga en el personal).

Figura 3

Motivos por los que el estrés influye en el pase de guardia. Agosto 2021



Nota: El gráfico representa los motivos por los que el estrés influye en el pase de guardia según la encuesta realizada en agosto de 2021, en el Servicio de Neonatología del Hospital Interzonal Dr. José Penna.

Al momento de cuestionar la necesidad de un protocolo de pase de guardia, el 87,1% considera que debería existir uno en el servicio, y el 88,9% colaboraría en su confección. La salvedad de esta última afirmación es que solo se hicieron presente 27 respuestas en total.

Conclusiones y discusión

El pase de guardia es un momento fundamental para asegurar la continuidad del cuidado de los pacientes, con su consiguiente seguridad. Su confección completa, en tiempo y forma, y sin la presencia de distracciones refleja calidad en atención y profesionalismo del personal de enfermería.

La totalidad de los encuestados en el servicio de neonatología del H.I.G. Dr. José Penna reconocieron la importancia del momento del pase de guardia, detectando factores que intervienen en su correcta realización. Además, casi la totalidad de los entrevistados (93,5 %) manifiestan que solo a veces la información recibida es clara, concisa y completa.

Este trabajo evidenció la importancia de mantener un trato respetuoso y cordial entre los profesionales de enfermería, con un adecuado contacto visual que permita el intercambio de información de manera eficiente.

Entre los distractores de gravedad de influencia moderada durante el pase de guardia se destacan la interrupción de otros profesionales y los sonidos de las alarmas. Debido a estos factores resulta indispensable que el pase de guardia se realice sin obstáculos respetando este momento por el resto de los profesionales.

El tiempo es un aspecto fundamental para recibir la guardia identificando como cantidad adecuada de 15 minutos previo a la hora de entrada (51,6%) por lo que queda demostrado como la impuntualidad influye negativamente en la calidad del mismo.

Por medio de este trabajo se recalca la trascendencia de la elaboración de un protocolo para que el pase de guardia de enfermería para que pueda ser implementado de manera estandarizada respetando estrictamente tiempo, lugar, personal involucrado y condiciones generales. Y aquí un aspecto positivo a considerar es el alto número de enfermeros que colaborarían y participarían en su confección.

En función de los estudios previos analizados para este trabajo, se puede encontrar similitudes respecto a la presencia de factores que alteran el pase de guardia, tales como la impuntualidad, la sobrecarga de trabajo, las interrupciones, falta de personal. La elaboración de protocolos en estos

estudios, es una estrategia fundamental para mejorar la comunicación entre los profesionales y disminuir así los errores en el cuidado de las personas.

Referencias

- Aguilar Villalba, R., (2009). *La comunicación en enfermería: El canal hacia la satisfacción profesional. Estudio comparativo entre dos hospitales*. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona de la Fundación La Caixa.
https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21551/1/2008_10
- Belziti, C.A, Eymanna, A., Durantea, E., Pizarroa R., Carrióa, S. y Figaria, M., (2013)
Comunicación en el pase de guardia en las áreas de cuidados intensivos en un hospital universitario. Estudio transversal. Artículo original. Sociedad Argentina de Pediatría.
<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/primero/belziti.pdf>
- Barresi, M., (2017) *Pase de guardia estructurado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*.
Revista Enfermería Neonatal, 9 (22), 3-7. <https://www.revista.fundasamin.org.ar/wp-content/uploads/2021/07/>
- Casafranca Medina R. V., Prudencio Bullon, J. K. y Ramírez López, Y. B., (2016)
Factores institucionales y personales que influyen en la aplicación del proceso de atención de enfermería en el servicio de emergencia del hospital Alberto Sabogal Sologuren.
Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Enfermería. Lima Perú. 2016.
<https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/583>
- Charfuelan Laguna, Y., Hidalgo Bolaños, D., Acosta Franco, L., Espejo Quiroga, D., Tibaquicha Bernal, D., Montaña Vásquez, J. y Henao Castaño, A. (2019). *Paso de guardia en enfermería: Una revisión sistemática*. Enfermería universitaria (16) 3
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.689>

- Giraudó, S.S., (2015) *Pase de guardia de enfermería del Hospital Reumann Enz de la localidad de Intendente Alvear año 2015* [Tesina de grado. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Universidad Nacional de La Pampa] <https://repo.unlpam.edu.ar/bitstream/handle/unlpam/2243>
- Guevara Lozano, M. y Arroyo Marles L.P., (2015) *El cambio de turno: Un eje central del cuidado de enfermería*. Enfermería Global. Revista electrónica trimestral de Enfermería (37), 401-418. <https://www.redalyc.org/pdf/3658/365834856018>
- Henderson, V., (1961) *Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería*. Organización Panamericana De La Salud.
- Ley 10430: Ley del personal de la administración pública de la provincia de buenos aires. Texto actualizado del texto ordenado N° 1.869/96, con las modificaciones posteriores introducidas por ley 12777, 12950, 13154, 13354, 13414 y 13967. Artículo 49.
- Mosher C., Bontomasi R., (1996) *How to improve your shift report?*. American Journal of Nursing (96), 32-34.
- Novoa, J., (2012) *La comunicación durante el pase de guardia en el plantel de enfermería*. <https://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC108234.pdf>
- Quiroga, A., (2007) *Mejorar la comunicación, ¿mejora el cuidado de los recién nacidos?* Revista Enfermería Neonatal (2), 2-4
- Pereira, E., Dawlowski, L. y Marín, M., (2018) *Estandarización del pase de guardia para la transferencia de información de enfermería*. Poster. Hospital El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner.
- Pérez Corral, M., Borao, J. S. y Solans Atance, A., (2020) *Análisis del cambio de turno y traspaso de información en equipos de enfermería de urgencias*. Nure Investigación (104). <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1845>

Robbins, S. et al (2005). *Administración* (p 256). Pearson Educación de México

Satir, V., (1989) *Relaciones humanas en el núcleo familiar*, Pax México.

Stanton, W.J., Etzel, M.E. y Walker, D.B.J., *Fundamentos de Marketing* (p 511) Decimocuarta Edición, McGraw-Hill Interamericana.

Vitolo, F. (2013) *Pases de pacientes y continuidad de la atención en instituciones de agudos*. Noble Compañía de Seguros.

Yurcovich E., Smyer T., *Shift* (1998) *Report: A time for learning*. Research Briefs. Journal of Nursing (37), 401-403.

Weaver, W., y Shannon, C.E., (1949). *Una teoría matemática de la comunicación*.

CONSEJERÍAS EN DERECHOS SEXUALES Y (NO) REPRODUCTIVOS EN REGION SANITARIA UNO PROVINCIA DE BUENOS AIRES DURANTE LA PANDEMIA PRE Y POST LEY DE IVE. PROPUESTAS HACIA UN SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD ARGENTINO

COUNSELING ON SEXUAL AND (NON-) REPRODUCTIVE RIGHTS IN HEALTH REGION ONE, PROVINCE OF BUENOS AIRES, DURING THE PANDEMIC: PRE- AND POST-VTP (VOLUNTARY TERMINATION OF PREGNANCY) LAW. PROPOSALS TOWARD AN INTEGRATED ARGENTINE NATIONAL HEALTH SYSTEM

"CONSULTORIAS EM DIREITOS SEXUAIS E (NÃO) REPRODUTIVOS NA REGIÃO SANITÁRIA UM, PROVÍNCIA DE BUENOS AIRES, DURANTE A PANDEMIA PRÉ E PÓS LEI DA INTERRUÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ" (IVG). PROPOSTAS PARA UM SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SAÚDE NA ARGENTINA."

Alejandra E. Mangione (1)

Carla Torrisi Marconi (2)

(1) Licenciada en Enfermería. Unidad Sanitaria Bahía Blanca. U.N.S

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0290-2732>

(2) Médica Ginecóloga. Región Sanitaria Uno. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0290-2732>

Mail de contacto: carlatorrisi@gmail.com

Resumen

El presente relato despliega la experiencia de profesionales de salud de distintos niveles de atención en la Región Sanitaria uno de la Provincia de Buenos Aires en torno a la implementación de Ley 27.610.

Objetivos: a) Presentar una mirada integrada de las intervenciones realizadas durante el acompañamiento de consultantes en situaciones de interrupciones voluntarias del embarazo en el período mencionado; b) Describir las herramientas que hicieron el trabajo más expeditivo y las principales barreras que tuvimos que afrontar; y c) Identificar a los actores participantes dentro de las

consultas, el rol de las organizaciones sociales y la articulación con los profesionales que integran las instituciones de salud.

Desarrollo: desde una perspectiva histórica se reconstruyen los distintos momentos de un proceso social llevado a cabo por organizaciones sociales no profesionales, la Red de Profesionales de Salud por el Derecho a Decidir y las instituciones de salud y educación. Se visibiliza el lugar de los debates, acuerdos, alianzas y compromisos individuales y colectivos como facilitadores de la institucionalización de la referencia/contrareferencia de los usuarios del sistema de salud.

Conclusiones: La experiencia de atención y de trabajo en equipo en los acompañamientos de IVE e ILEs antes y durante la pandemia, así como también antes y durante la sanción de la ley, muestra una forma de trabajo optimizada y eficaz. El modelo de atención es perfectible, pero se refleja una atención de calidad desde una perspectiva interdisciplinaria. Quedan nuevos interrogantes y desafíos para seguir analizando las barreras culturales, sociales, institucionales y de recursos para lograr una atención de calidad.

Abstract

This paper presents the experiences of health professionals from various levels of care in Health Region One of the Province of Buenos Aires regarding the implementation of Law 27,610.

Objectives: a) To present an integrated view of the interventions conducted during the counseling of individuals in situations of voluntary terminations of pregnancy during the aforementioned period; b) To describe the tools that expedited the work and the main barriers faced; and to c) identify the key actors involved in the consultations, the role of social organizations, and the coordination with professionals within the health institutions.

Development: From a historical perspective, the different stages of a social process carried out by non-professional social organizations, the Network of Health Professionals for the Right to Decide, and health and education institutions are reconstructed. The role of debates, agreements, alliances,

and individual and collective commitments are highlighted as key facilitators in institutionalizing the referral/counter-referral system for health system users.

Conclusions: The experience of care and teamwork in supporting IVE (Voluntary Termination of Pregnancy) and ILE (Legal Termination of Pregnancy) before and during the pandemic, as well as before and after the passage of the law, demonstrates an optimized and effective care model. While this model can be further improved, it reflects quality care from an interdisciplinary approach. New questions and challenges still remain, requiring continued analysis of the cultural, social, institutional, and resource barriers to achieving comprehensive quality care.

Resumo

Esta história narra a experiência de profissionais de saúde de diferentes níveis de atenção na Região de Saúde Um da Província de Buenos Aires, em torno da implementação da Lei 27.610.

Objetivos: a) Apresentar uma visão integrada das intervenções realizadas durante o acompanhamento de consultantes em situações de interrupções voluntárias da gravidez (IVG) no referido período; b) Descrever as ferramentas que tornaram o trabalho mais ágil e as principais barreiras que tivemos que enfrentar; e c) Identificar os atores participantes dentro das consultas, o papel das organizações sociais e a articulação com profissionais que compõem as instituições de saúde.

Desenvolvimento: a partir de uma perspectiva histórica, reconstruam-se os diferentes momentos de um processo social realizado por organizações sociais não profissionais, a Rede de Profissionais de Saúde pelo Direito de Decidir e por instituições de saúde e educação. Torna-se visível o lugar dos debates, acordos, alianças e compromissos individuais e coletivos como facilitadores da institucionalização do processo de referência/contrarreferência e dos usuários do sistema de saúde.

Conclusões: A experiência de cuidado e trabalho em equipe no acompanhamento de interrupções voluntárias da gravidez (IVG)¹ e interrupções legais da gravidez (ILG)² antes e durante a pandemia,

¹ Em espanhol (IVE) Interrupción voluntaria del embarazo

² Em espanhol (ILE) Interrupción legal del embarazo

bem como antes e durante a aprovação da lei, demonstra uma forma de trabalho otimizada e eficaz. O modelo de atendimento pode ser aperfeiçoado, mas reflete uma assistência de qualidade numa perspectiva interdisciplinar.

Permanecem novos questionamentos e desafios para continuar analisando as barreiras culturais, sociais, institucionais e de recursos para alcançar uma assistência de qualidade.

Introducción

La Región Sanitaria I cuenta con una amplia extensión territorial en el sudoeste de la provincia de Buenos Aires donde la demanda de atención para las IVES e ILEs se centraliza en el Hospital Interzonal General Dr. J. Penna y en las Unidades sanitarias de la ciudad de Bahía Blanca. Funcionan equipos de atención en la mayoría de los hospitales y centros de salud locales públicos. Prevalece aún una gran falencia en la atención integral de personas con obras sociales y prepagas en general.

La Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir Bahía Blanca trabaja para garantizar la atención y el derecho al acceso de ILEs, en el primer y segundo nivel. El movimiento y la organización feminista que ha interpelado a los profesionales desde 2018 ha tenido un papel protagonista en la organización de la demanda manteniendo comunicación abierta con las agrupaciones que acompañaban estos procesos de las personas con capacidad de gestar.

Para avanzar en la consolidación de un sistema nacional integrado de salud y brindar una atención de calidad consideramos necesario garantizar también el acceso a la salud en situaciones de aborto a través de equipos interdisciplinarios para personas sin cobertura en salud, con obras sociales y prepagas en instituciones públicas y privadas en toda la región sanitaria. Es de suma importancia trabajar la difusión de derechos sexuales y (no) reproductivos y paralelamente capacitar al personal de salud para así disminuir los obstáculos y las barreras que se presentan al momento de la consulta por

IVE.

Objetivos

- Presentar una mirada integrada de las intervenciones realizadas durante el acompañamiento de consultantes en situaciones de interrupciones voluntarias del embarazo en el período mencionado.
- Describir las herramientas que hicieron el trabajo más expeditivo y las principales barreras que tuvimos que afrontar.
- Identificar a los actores participantes dentro de las consultas, el rol de las organizaciones sociales y la articulación con los profesionales que integran las instituciones de salud.

Desarrollo

En el año 2018 nos vimos interpeladas de una forma más drástica por el debate social que se estaba expandiendo por los grandes medios de comunicación: el acceso al aborto legal, seguro y gratuito. Veníamos trabajando en nuestros espacios tanto en el primer como en el segundo nivel de atención con las consejerías de aborto no punible. No contábamos con la medicación disponible para realizar todos los acompañamientos y las personas consultantes debían conseguir la medicación por su cuenta. Los profesionales actuaban bajo ciertos miedos y temores en cuanto al marco legal, se utilizaba el concepto de Aborto No Punible y gracias al caso FAL se enmarcaban los acompañamientos desde el concepto de salud integral bio-psico-social.

Las organizaciones feministas no profesionales realizaban la mayoría de los acompañamientos y consultaban a algunos mediques que solían acompañar en estos procesos y decisiones. En el contexto del debate por la ley del aborto en 2018 se produce el afianzamiento de la Red de Profesionales de Salud por el Derecho a Decidir Bahía Blanca, logrando mayor adhesión y organización. Sus integrantes eran en su mayoría Médicas/os de Familia y Generalistas, Psicólogas, Trabajadoras Sociales, Lic. en Enfermería, enfermeras profesionales y Ginecólogas/os.

Desde ese momento comienzan a realizarse encuentros frecuentes entre profesionales y las organizaciones sociales (Socorristas en Red e integrantes de la Campaña por el Derecho a un Aborto Legal Seguro y Gratuito). En esos encuentros se identificaban las principales problemáticas: dificultades para el acceso a la medicación y a un acompañamiento profesional empático para evitar posibles complicaciones.

Se empieza a organizar la demanda y los canales de comunicación intentan mantenerse actualizados y fluidos individualizando las situaciones que así lo requieran.

En conjunto con los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad del Sur se organiza la Primer cátedra libre por el Aborto Legal en octubre 2018, que tendrá sus ediciones posteriores en 2019 y en modo virtual en septiembre 2020, con la participación de las organizaciones sociales y de profesionales de manera transversal y horizontal. Entendidos como momentos de visibilización en la ciudad para y con la comunidad, se realiza la difusión de los espacios de atención amigables y de los derechos que deben garantizarse para las consultantes y las responsabilidades de los profesionales.

Durante estos meses se tejieron redes con las militantes feministas que llevaban muchísimos años trabajando en la Campaña y también brindando accesibilidad consiguiendo la medicación para realizar abortos medicamentosos como las Socorristas en Red. La juventud entendió que había que poner el tema en agenda y les pusieron el cuerpo a las movilizaciones. Se concretaron reuniones en espacios informales por fuera de las instituciones para mejorar las dinámicas de atención. También al interior de las instituciones se empezaron a solicitar marcos de acompañamiento y herramientas para trabajar. Se exigía la disponibilidad de medicación y de espacios de atención formales y visibilizados.

Durante el 2020 irrumpe la pandemia por el COVID-19 y paradójicamente es cuando se afianzan y fortalecen los espacios de atención. Se entiende la prioridad en la atención de las personas con capacidad de gestar y se piensan estrategias para seguir garantizando el acceso a la Interrupción Legal del Embarazo. Teniendo presente que la consulta revestía un carácter urgente se siguieron

fortaleciendo los espacios de atención presentes. En Bahía Blanca más de la mitad de las unidades sanitarias cierran y se agrupan los profesionales a trabajar en equipos de trabajo quincenales, algunas atienden solo cuadros respiratorios. Por lo tanto, se coordina desde los espacios de profesionales difundir los espacios donde se siguen atendiendo las consultas por interrupción de embarazos.

En el hospital funciona una lógica similar con los profesionales, pero se fija un día de atención donde una trabajadora social y una psicóloga realizan todas las entrevistas iniciales para poder contener la demanda y derivar al equipo de ginecología en caso de que la situación requiera internación o realizarlo de forma ambulatoria. En este momento ya se contaba con mayor apoyo desde las autoridades provinciales y había disponibilidad de medicación a través de la región sanitaria. Deja de ser un impedimento la falta de misoprostol al momento de garantizar las ILEs.

Los equipos que continuaron afianzándose atraviesan la pandemia, y se forman equipos de atención integrales contando para la mayoría de las entrevistas con profesionales del área de salud mental con perspectiva de género para la población adulta y para las adolescentes también. Se piensa a la consulta por IVE como una oportunidad ganada, abordando todas las problemáticas que se presenten, ya sean cuestiones de violencia de género, o vulnerabilidad económica. En lo que respecta al equipo del Penna se encuentra actualmente trabajando de forma articulada con el SAPS y el Programa de Abordaje Integral de las Violencias.

Conclusiones y reflexiones

Pensando en un Sistema Nacional Integrado de Salud

La experiencia de atención y de trabajo en equipo en los acompañamientos de IVE e ILEs antes y durante la pandemia, así como también antes y durante la sanción de la ley, muestra una forma de trabajo optimizada y eficaz. Las situaciones son abordadas por más de un profesional. El sistema de referencia y contrarreferencia con el primer nivel está claramente visibilizado y los canales de

comunicación son fluidos. Los equipos de la región sanitaria se muestran empáticos a atender la demanda y a formarse y a capacitarse en los acompañamientos.

El modelo de atención es perfectible, pero se refleja una atención de calidad desde una perspectiva interdisciplinaria. La consultante se lleva lo mejor de cada uno de los profesionales y la posibilidad de contar con un espacio donde retornar. Las referencias y el trabajo con las organizaciones sociales siguen siendo fluidos y nutre al equipo ya que interpela y muchas veces funciona como reflejo de las demandas locales.

Creemos que las reuniones de equipo con frecuencia mensual, la interdisciplina, el intercambio con otros equipos del primer nivel de atención de la ciudad y de la región generaron un contexto donde prima la atención de calidad y de lograr un abordaje respetuoso centrado en la usuaria.

Se adjunta en el Anexo I una tabla con las consultas recibidas y en el Anexo II un flyer con información actualizada como resumen de lo que se logró a nivel institucional.

ANEXO I

Figura 1

Gráfico sobre consultas de IVE-ILE, noviembre 2020 a noviembre 2022.

Consultas en consultorio IVE-ILE Penna noviembre 2020- hasta el 10 de noviembre 2021					
Municipio	1er trimestre		2do trimestre		
	Sin OS	Con OS	Sin OS	Con OS	
Villarino	39	3	4	0	
C. de Patagones	4	2	0	1	
C Rosales	45	19	5	6	
Saavedra - Pigüé	2	3	1	0	
Monte Hermoso	7	2	1	0	
Dorrego	10	4	0	0	
Tornquist	12	1	0	0	
C. Pringles	13	0	1	0	
C. Suarez	0	1	5	0	
Puan - Darregueira	2	0	0	0	
Carhué - Alsina	1	1	1	0	
Casbas - Guamaní	0	0	0	0	TOTAL
TOTAL	135	36	18	7	196
BAHÍA BLANCA	ENTREGA TRATAMIENTO		68		
	DERIVACIÓN US		36		
	INTERNACIONES		57		
	TOTAL		161		
CONSTULAS POST ABORTO	29				

Nota: El gráfico muestra las Consultas de IVE-ILE realizadas en consultorio del Hospital Interzonal Dr. José Penna desde noviembre 2020 a noviembre 2021, en relación a localidad y obra social.

ANEXO II

Figura 2

La figura corresponde al Flyer sobre el derecho a la IVE



Nota: la imagen corresponde al Flyer realizado que contiene la información actualizada como resumen de lo logrado a nivel institucional.

Referencias

- Acceso a la interrupción del embarazo: IVE/ ILE.* (2024, September 5). Argentina.gob.ar.
<https://www.argentina.gob.ar/acceso-la-interrupcion-del-embarazo-ive-ile#:~:text=El%2024%20de%20enero%20de,personas%20con%20capacidad%20de%20gestar.>
- Balaña, S., Finielli, A., Giuliano, C., Paz, A., & Fundación Soberanía Sanitaria. (2019). *Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización* (p. 224) [Salud Pública]. Tinta Limón. https://tintalimon.com.ar/public/p9bohsqtgi5hdctig4cssqrk9ivt/pdf_978-987-3687-58-7.pdf
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Gollan, D., Subsecretaría de Atención y Cuidados Integrales en Salud, Kreplak, N., Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud, Balaña, S., Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, Ramírez, C., Equipo matricial de la DPEGS que participó en la elaboración de Contenidos, Aime, T., Bisutti, C., Finielli, A., Giuliano, C., Kanterewicz, L., Mosquera, M., Monteagudo, M., Paz, A., Equipo de la DSSR, Andoro, L., . . . Stablun, G. (2021). *Guía de Implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en la Provincia de Buenos Aires.*
<https://ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/drive/archivos/guiaimplementacionive.pdf>
- Cenital, & Fundar. (2022, May 20). *Daniel Gollan y Nicolás Kreplak: “Un modelo más eficiente deja de lado a aquellos sectores que sacan rentas indebidas del sistema.”* Cenital.
<https://cenital.com/el-sistema-de-salud-en-debate/>

**EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA EN TRASLADO NEONATAL
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA HOSPITAL INTERZONAL DR. JOSÉ
PENNA**

NURSING EXPERIENCE IN NEONATAL TRANSFER
NEONATOLOGY SERVICE INTERZONAL HOSPITAL DR. JOSEPH PENNA

EXPERIÊNCIA DE ENFERMAGEM NA TRANSFERÊNCIA NEONATAL
SERVIÇO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL INTERZONAL DR. JOSÉ PENNA

Sandra Eliana Moya López (1)

Natalia Soledad Muñoz (2)

(1) Licenciada en Enfermería. Máster en Cuidados Intensivos Neonatales. Coordinadora docente de la Residencia de Enfermería en Neonatología. Servicio de Neonatología Hospital Interzonal Dr. José Penna.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-7887-0312>

(2) Licenciada en Enfermería. Ex Residente Enfermería en Neonatología. Servicio de Neonatología Hospital Interzonal Dr. José Penna.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1467-6609>

Mail de contacto: sandramoyalopez46@gmail.com

Resumen

El presente artículo se centra en visibilizar la experiencia de Enfermería en el transporte neonatal a lo largo de 10 años de trabajo, y resaltar la importancia de contar con un equipo de profesionales especializados para acudir a los lugares de la zona que no cuentan con los recursos materiales y/ o humanos para su asistencia en el lugar de origen. Si bien existen programas como la regionalización de la atención donde prima el trasladar a la madre embarazada para disminuir riesgos, a veces esto no es posible siendo necesario el transporte del recién nacido.

Objetivos: Visibilizar la experiencia de enfermería en el área de traslado neonatal del H.I.G. Dr. José Penna de Bahía Blanca a lo largo de 10 años de trabajo. Evidenciar la importancia de poseer un equipo de traslado neonatal completo, tanto a nivel de recurso material como humano.

Conclusión: A modo de conclusión a lo largo de todos estos años se puede decir que el traslado de pacientes prematuros o enfermos desde un lugar de menor complejidad a uno de mayor complejidad impacta de manera positiva en su calidad de sobrevivida, siempre que se cuente con un equipo material y humano especializado.

Abstract

This article aims to highlight the nursing experience in neonatal transport over a decade of service, emphasizing the importance of having a specialized team of professionals available to assist in areas lacking the necessary material and human resources. While programs such as regionalization of care prioritize the transport of pregnant mothers to mitigate risks, there are instances where this is not feasible, making the transportation of newborns essential.

Objectives: To illuminate the nursing experience in the field of neonatal transfer at H.I.G. Dr. José Penna in Bahía Blanca over the past ten years, and to demonstrate the significance of having a fully equipped neonatal transfer team, both in terms of material and human resources.

Conclusion: In conclusion, the data collected over these years indicate that transferring premature or critically ill patients from lower-complexity facilities to higher-complexity centers has a positive impact on their survival outcomes, provided that there is a well-equipped and specialized team in place.

Resumo

O presente artigo tem como objetivo tornar visível a experiência da Enfermagem no transporte neonatal ao longo de 10 anos de atuação, e destacar a importância de contar com uma equipe de profissionais especializados em atender localidades da região que não dispõem dos recursos materiais e/ou humanos necessários para a assistência no local de origem. Embora existam programas como o

de regionalização do atendimento onde o transporte da gestante é priorizado para reduzir riscos, às vezes isso não é possível, sendo necessário o transporte do recém-nascido.

Objetivos: Visibilizar a experiência da enfermagem na área de transporte neonatal do H.I.G. Dr. José Penna de Bahia Blanca ao longo de 10 anos de trabalho. Evidenciar a importância de contar com uma equipe completa de transporte neonatal, tanto em termos de recursos materiais quanto humanos.

Conclusão: Ao longo de todos esses anos, é possível afirmar que o transporte de pacientes neonatais ou doentes desde um local de menor complexidade para um de maior complexidade tem demonstrado um impacto positivo na sua qualidade de sobrevivência, desde que seja realizado com o apoio de equipamentos adequados e uma equipe humana especializada.

Introducción

La neonatología es una especialidad de la pediatría que se dedica a diagnosticar y tratar al recién nacido enfermo, involucra conocimiento en cuanto a la fisiopatología y a la utilización de tecnología adecuada, lo que implica que el personal de salud mantenga una actualización permanente¹. La atención de pacientes críticos, por lo tanto, no solo depende de personal especializado y capacitado, sino que también requiere de un espacio físico con tecnología acorde; en Argentina no todas las instituciones hospitalarias cuentan con estas características, debido a ello el Ministerio de Salud establece la Categorización de los Servicios de Obstetricia y Neonatología. La categorización consiste en establecer tres niveles, los cuales se deriva en función de la atención requerida; dichos niveles son:

Nivel I: se realiza control del RN sano.

Nivel II: atención del RN mayor a 35 semanas.

Nivel III A: atención RN mayor a 32 semanas.

Nivel III B: atención RN menor a 32 semanas.

¹ 2013 Marco de referencia para la Formación de Residencias Médicas Especialidad Neonatología

La neonatología del Hospital Penna de Bahía Blanca corresponde al nivel de alta complejidad, III B; es un hospital Interzonal de carácter público que abarca Región Sanitaria I, la misma comprende los municipios de Carmen de Patagones, Adolfo Alsina, Gonzáles Chávez, Coronel Dorrego, Coronel Pringles, Coronel Rosales, Coronel Suárez, Guaminí, Monte Hermoso, Púan, Saavedra, Tornquist, Tres Arroyos y Villarino.

El traslado neonatal consiste en trasladar a un recién nacido enfermo, desde un lugar que no cuenta con los medios, ya sea recursos materiales y /o recursos humanos (centro emisor) para su asistencia hacia un lugar de mayor complejidad (centro receptor), por lo tanto, para la efectividad del traslado es imprescindible la comunicación entre ambos centros la cual implica una logística que facilite la necesidad inmediata o no del traslado neonatal, dependiendo de las condiciones del neonato.

Según un estudio realizado en 2013 sobre traslado antes y después de la implementación de un equipo de traslado neonatal en el Hospital Penna (Barrionuevo), se evidencia que la implementación de este equipo capacitado en los traslados muestra mejores resultados en aspectos como regulación de temperatura y estabilización hemodinámica, sin embargo, en los recién nacidos de alto riesgo no hubo diferencias significativas.

Como también refiere la revista de Enfermería Neonatal "Fundasamin" (Barrionuevo. 2013, Contar con un equipo entrenado en traslado de pacientes críticos mejora los resultados debido a la premisa, que mientras más traslados se realizan, mayor es la experiencia alcanzada. Por lo mismo el equipo debe ser exclusivo en cuanto a dedicación de trabajo.

Objetivos:

Objetivo general

- Visibilizar la experiencia del equipo de traslado neonatal del H.I.G. Dr. José Penna de Bahía Blanca desde el año 2013 al 2023.

Objetivos específicos:

- Evidenciar la importancia de poseer un equipo de traslado neonatal completo, especializado tanto a nivel de recurso material como humano.
- Describir el funcionamiento del traslado neonatal del H.I.G PENNA
- Especificar la cantidad y complejidad de los traslados realizados en el periodo comprendido entre 2013- 2023

Desarrollo

La Regionalización de la atención perinatal es una de las estrategias por medio de las cuales el Ministerio de Salud de la República Argentina, a través de la Dirección de Salud Perinatal y Niñez, procura contribuir a la reducción de la mortalidad, tanto materna como neonatal. (Ministerio de Salud. 2023)

Los programas de regionalización estimularon la derivación oportuna del alto riesgo materno y neonatal, considerando que el método de transporte más seguro para el prematuro extremo era el transporte in útero. No obstante, para aquellos casos en que el parto se produce en un efector cuyo nivel de experiencia y tecnología no se corresponden con los que la persona púérpera o el bebé necesita, se hace imprescindible garantizar el traslado seguro de una u otro, a la institución más apropiada a su nivel de riesgo.

El principal objetivo del traslado neonatal por lo tanto es garantizar la salud física, psicológica, social y familiar del recién nacido, asegurando así el tratamiento y desarrollo de su salud en el lugar donde pueda ser atendido en las mejores condiciones que su estado de salud requiera.

La atención ofrecida en el Hospital Dr. José Penna, es durante las 24 horas, los 365 días del año, a través de guardias pasivas, debiendo acudir al lugar en el menor tiempo posible.

El servicio de traslado está compuesto por dos enfermeras especializadas en terapia intensiva neonatal, dos médicos neonatólogos, dos choferes y un médico coordinador de Emergencias Sanitarias. Este equipo se formó en el año 2010, en base a la necesidad de brindar mejores condiciones

en la estabilización y transporte de los recién nacidos que se encuentran en el territorio de la Región Sanitaria I.

Los pacientes que son trasladados corresponden a todos los recién nacidos vivos hasta los 30 días de vida, se considera recién nacido pretérmino a todo neonato menor a 37 semanas cuya clasificación corresponde a:

- Prematuro extremo menor a 28 semanas
- Muy prematuro entre las semanas 28 a 32
- Prematuro moderado tardío 32 a 37 (OMS. 2023)

Tipos de traslado

Según las recomendaciones para el traslado neonatal, los traslados pueden ser programados o urgentes. Los programados se refieren a aquéllos en los cuales recién nacido se encuentra estabilizado en un centro asistencial por un período de tiempo, pueden programarse para la realización de estudios, tratamientos específicos o cirugías en un Centro de mayor complejidad, también comprende los traslados de retorno, luego de internaciones por cirugías o tratamientos de alta complejidad.

Los traslados urgentes son aquéllos cuya solicitud parte desde un centro asistencial que no cuenta con los recursos humanos capacitados ni con los elementos necesarios para estabilizar o asistir al paciente, al cual se asiste de forma inmediata según el nivel de Riesgo del paciente.

Vehículos de traslados

- Terrestre: Ambulancia
- Aéreos: avión recomendado para las distancias mayores a 500 km, helicóptero recomendado si la distancia es mayor a 2 horas de viaje y la geografía no permite otro vehículo.

En nuestra experiencia, la ambulancia del servicio neonatal es la única en la zona que se encuentra adaptada para la atención especial de los recién nacidos pretérmino; la misma cuenta con dos respiradores en la que se puede administrar oxígeno a través de cánula nasal, alto flujo, CPAP y AVM; además cuenta con instalación de aire comprimido lo que permite administrar mezcla de gases

evitando efectos adversos frecuentes en pretérminos como retinopatía del prematuro y broncodisplasia pulmonar. Por otro lado, está equipada con una incubadora que se encastra al suelo de la ambulancia junto a un colchón con cinturón a medida para el traslado seguro de los pacientes.

Responsabilidades del Equipo durante los traslados de urgencia

La coordinación de traslados de urgencia se realiza entre el centro emisor que solicita al centro receptor de mayor complejidad asistencia al neonato crítico. El centro receptor obtiene la mayor información posible del estado del neonato y en base a la información recolectada acepta o no el traslado, dependiendo de las unidades disponibles en el servicio. Si el traslado es aceptado por el servicio se informa al Médico de guardia de traslado el cual comunica al enfermero de guardia y al chofer de la ambulancia. El encuentro y la coordinación de los agentes de traslado se ejecuta lo antes posible dependiendo del estado del neonato. Cabe aclarar que las distancias recorridas dentro de la región, son habitualmente largas y exceden muchas veces los 500 kilómetros.

Una vez llegados a destino se toma contacto con el niño, se evalúa e implementa medidas terapéuticas necesarias para su estabilización. La estabilización del neonato en el lugar de origen, es primordial para realizar un traslado seguro, (temperatura, vía aérea controlada, hemodinámicamente compensado y corregidos los desequilibrios metabólicos).

El neonato nunca se traslada solo, siempre debe haber un acompañante que esté presente en las terapias realizadas.

Equipamiento

El móvil debe contar (Hospital Garrahan. 2014) con todo el equipamiento necesario para la estabilización y el traslado.

- Incubadora de transporte.
- Respirador de transporte neonatal-pediátrico. ·humidificador (deseable, no indispensable).
- Monitor multiparamétrico que registre: FC, FR, ECG, Tensión Arterial invasiva y no invasiva (con registro de tensión arterial sistólica, diastólica y media).

- Oxímetro de pulso.
- Monitor digital de temperatura.
- Mezclador de oxígeno (blender) que ofrezca FiO₂ desde 21 % al 100 % de 3 y de 10 litros por minuto. · Sistema de aspiración desde 25 cm de agua, regulable.
- Bombas de infusión de bajo flujo: 0,1 mL/h, a alto flujo: 100 mL/h.
- Tubos de aluminio portátiles de 50 psi de oxígeno y de aire comprimido.
- Analizador portátil de Glucosa en sangre.
- Estetoscopio. Soportes nasales y laríngeos. Máscaras. Manómetros. Bolsas de resucitación autoinflables.
- Tubos endotraqueales. Catéteres umbilicales arteriales y venosos. Válvula de Heimlich.
- Drogas de resucitación. Drogas para sedación y analgesia. Drogas cardiovasculares.
- Set de toracotomía.
- Dextrosa al 5 % y al 10 %, al 25%. Solución fisiológica. Agua destilada.
- Descartables (jeringas, agujas, descartadores, camisolines)
- Registro de enfermería y consentimiento informado

La documentación

Además del registro de traslado es indispensable completar la Historia Clínica de Traslado, en la cual deben figurar los antecedentes, las medidas de estabilización aplicadas y el estado del paciente durante el traslado. Los pacientes trasladados generalmente son pacientes graves, en los que se realizan múltiples acciones que deben quedar explícitamente registradas en la historia clínica y registro de Enfermería.

El consentimiento informado es indispensable; se debe contar con un modelo de consentimiento informado, que deberá ser firmado por uno o ambos progenitores o el tutor/tutora.

La documentación es llevada a cabo por el médico de guardia y el equipamiento funcionando es responsabilidad de enfermería lo cual lleva una amplia responsabilidad con controles periódicos

de stock, listas de cotejo (Check list) control de vencimiento de medicación y funcionamiento de equipos.

Algunos datos a nivel local

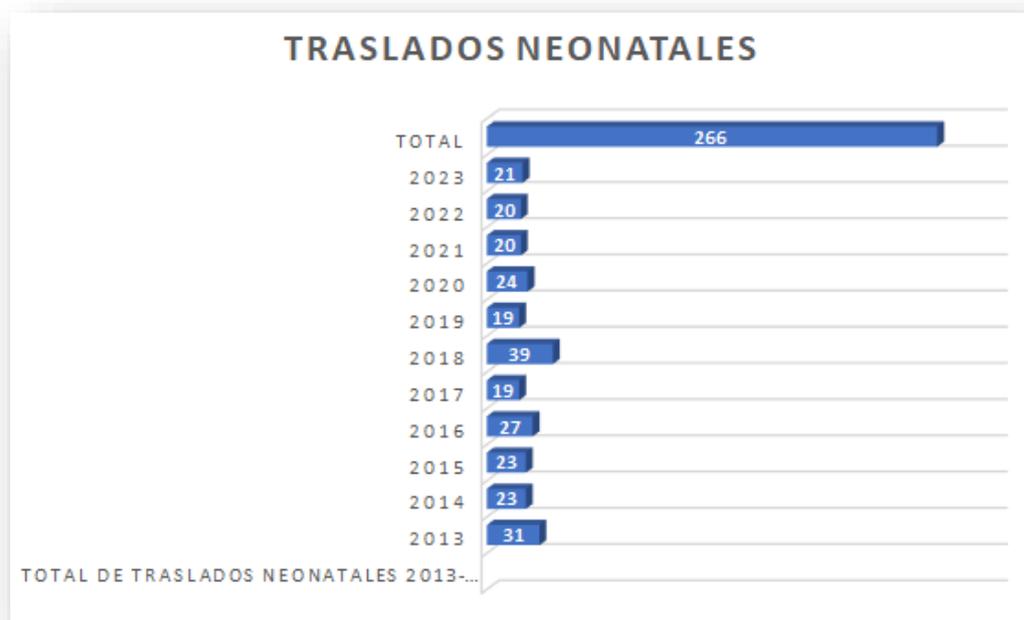
Según los registros estadísticos de los traslados neonatales realizados en la Unidad de Cuidados Críticos Neonatal el promedio desde el año 2013 hasta el año 2023, corresponde a 26 traslados anuales, arrojando un total de 280 pacientes trasladados en este periodo. Las características de estos pacientes varían desde la semana 25 a 40 semanas de edad gestacional, cuya patología más frecuente se encuentra la prematuridad, enterocolitis necrotizante, dificultad respiratoria y cardiopatías, entre otras.

Por otro lado, se realizan traslados programados a hospitales de mayor complejidad para la realización de estudios y cirugías que no se efectúan en el servicio, y son derivados al Hospital Garrahan de Buenos Aires, al hospital de Niños de La Plata y al Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de Mar del Plata, entre otros.

Figura 1:

Traslados del Servicio de Neonatología del Hospital Interzonal General “Dr. José Penna”

Período 2013-2023



Nota:

En esta figura se puede observar los traslados neonatales en el período 2013-2023

del Servicio de Neonatología del Hospital Interzonal General “Dr. José Penna”

Se observa mayor cantidad de traslados en los años 2013 y 2018.

Conclusión

El traslado de pacientes prematuros o enfermos desde un lugar de menor complejidad a uno de mayor complejidad impacta de manera positiva en su calidad de sobrevivencia, siempre que se cuente con un equipo material y humano especializado.

Durante la experiencia en estos 10 años se fueron mejorando la composición de la ambulancia, ampliando los materiales y perfeccionando los registros. Las distancias en ambulancia son mayores a 400 km solo de ida por lo que se comparte muchas horas con el equipo durante el traslado, se ha creado una relación de confianza laboral lo que permite un accionar tranquilo y seguro. Si bien la

mayoría de los traslados se realizan de manera exitosa en algunos traslados el estado del recién nacido es tan crítico que no se han podido trasladar, estas vivencias hacen que el retorno al servicio sea criterioso haciendo un feedback de lo ocurrido.

Este trabajo es complejo requiere preparación y anticipación ante cualquier emergencia que pueda requerir el neonato, enfermería es la encargada de que los materiales dentro de la ambulancia estén completos y funcionando, lo que cada experiencia ha sumado a mejorar la calidad de cada traslado. La preparación y conformación del equipo reducido es primordial ya que se establece relaciones de confianza y mejora de atención en urgencias. Cabe resaltar que la disponibilidad horaria para la realización del trabajo es fundamental ya que como se explicó durante el desarrollo del trabajo, el servicio es de 24 horas los 365 días del año.

Este trabajo fue importante para visibilizar el arduo trabajo que se realiza y el poco reconocimiento al mismo, es necesario para la continuidad de este sistema la preparación mediante capacitación de nuevo personal, tanto enfermeros como médicos, pendiente de gestionar en el servicio.

Referencias

- Barrionuevo L. (2013). *Resultados neonatales en recién nacidos prematuros trasladados antes y después de la implementación de un equipo de traslado*. Hospital Penna. Bahía Blanca.
- Bellani P. y Morcillo N. (2015). *Traslado neonatal*. Revista Enfermería Neonatal (19).
<https://ia802302.us.archive.org/21/items/traslado-neonatal/Traslado%20neonatal.pdf>
- Hospital Garrahan (2014). *Trasporte neonatal*.
https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2014/Emergencias%20y%20Cuidados%20Criticos/PDFs/Kovacevic_que_debemos_saber.pdf

Ministerio de Salud (2013). *Marco de referencia para la Formación de Residencias Médicas*

Especialidad

Neonatología.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/neonatologia_mr.pdf

Ministerio de Salud (2023). *Recomendaciones para el traslado neonatal.*

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-el-traslado-neonatal-edicion-2023>

Organización Mundial de la Salud (11 de mayo del 2023) *Nacimientos prematuros.*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

SUBJETIVIDAD Y PENSAMIENTO CIENTÍFICO: SUS CONNOTACIONES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

SUBJECTIVITY AND SCIENTIFIC THOUGHT:
ITS CONNOTATIONS IN THE FIELD OF HEALTH

SUBJETIVIDADE E PENSAMENTO CIENTÍFICO:
SUAS CONOTAÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE

Nora Ftulis

Mg. en Metodología de la Investigación Científica. Lic. en Trabajo Social. Docente y directora del Centro de Estudios del Cuidado en Salud (CECuSA) del Departamento de Ciencias de la Salud-UNS.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9180-2085>

Mail de contacto: nftulis@gmail.com

[...] cómo es que los filósofos de la ciencia han descuidado durante tanto tiempo los elementos subjetivos que intervienen regularmente en las elecciones reales de la teoría [...] ¿Por qué estos elementos les parecen tan solo un índice de debilidad humana y no de la naturaleza del conocimiento científico?

Thomas Kuhn (1993)

Ni la Razón ni la Ciencia pueden satisfacer toda la necesidad de infinito que hay en el hombre.

José Carlos Mariátegui (1925)

Resumen

En este ensayo me dedico a recorrer argumentativamente cuestiones inherentes a la condición sociohistórica de lxs sujetxs convertidxs en algunas instancias en trabajadorxs de la ciencia. Solemos encontrarnos con que el análisis de la vinculación entre subjetividad y conocimiento científico en los trabajos académicos del ámbito de la salud parece ser descuidado en tanto recorte de observación y al mismo tiempo, cuando esa vinculación se esboza o se sospecha, ella se instala en el terreno de la preocupación por generar trabajos asépticos.

Los objetivos de este trabajo se vinculan con comprender las prácticas que intentan solapar la condición subjetiva en la construcción de los procesos y escritos científicos y con descubrir herramientas de elucidación que permitan generar reflexiones epistémicas situadas, acerca de la relación entre subjetividad y pensamiento científico.

En el desarrollo del trabajo busco ideas relativas a la posibilidad de encontrar tópicos que permitan atravesar elucubrativamente -de forma deliberada- los propios procedimientos a la hora de construir procesos investigativos y escritos científicos. La metodología, en este caso de pensamiento y escritura, es de corte dialéctico en un tono de búsqueda de contradicciones llevadas al terreno de la comprensión de las condiciones de generación de trabajos bajo la pretensión de desdibujamiento del sujeto.

Como conclusión diré que, si bien se trata de un apartado que recoge los vaivenes del tránsito por el texto del cuerpo del trabajo, su trama reabre la posibilidad de incluir otras voces en un debate que explore las connotaciones que desata ser constructorxs de estudios científicos.

Abstract

This essay aims to explore the issues inherent to the socio-historical conditions of individuals who have, in some cases, become science workers. The analysis of the relationship between subjectivity and scientific knowledge appears to be overlooked in academic works within the health field. When this relationship is acknowledged or hinted at, it often occurs within the context of a concern to produce objective and "aseptic" work.

The objectives of this study are to understand practices that attempt to navigate the subjective dimensions in the construction of scientific processes and writings, and to discover tools for elucidation that enable situated epistemic reflections on the relationship between subjectivity and scientific thinking.

In the course of this work, I seek to find topics that encourage a deliberate examination of one's own procedures in the construction of research processes and scientific writings. The methodology

employed in this context is dialectical, focusing on the quest for contradictions that illuminate the conditions under which work is produced, especially in attempts to obscure the subjective aspect.

In **conclusion**, although this section reflects the complexities of navigating the text within the body of the work, its narrative reopens the possibility of incorporating diverse voices into a dialogue that investigates the implications of being constructors of scientific studies.

Resumo

Introdução: Neste ensaio, procuro percorrer argumentativamente questões inerentes à condição socio-histórica de indivíduos que, em determinadas instâncias, se tornam trabalhadores/as da ciência.

Frequentemente, constatamos que a análise da vinculação entre subjetividade e conhecimento científico em trabalhos acadêmicos da área da saúde parece ser negligenciada como objeto de observação e, ao mesmo tempo, quando essa vinculação é esboçada ou suspeitada, ela se situa no campo da preocupação em produzir trabalhos assépticos.

Os objetivos deste trabalho estão relacionados à compreensão das práticas que tentam sobrepor a condição subjetiva na construção dos processos e escrita científica, assim como à descoberta de ferramentas de elucidação que permitam gerar reflexões epistêmicas situadas sobre a relação entre subjetividade e pensamento científico.

No desenvolvimento do trabalho, procuro ideias relativas à possibilidade de encontrar tópicos que permitam atravessar elucubrativamente - de forma deliberada - os próprios procedimentos no momento de construir processos investigativos e escritos científicos.

A metodologia, neste caso de pensamento e escrita, é de caráter dialético, adotando um tom de busca por contradições, as quais são levadas ao terreno da compreensão das condições de geração de trabalhos, com a pretensão de desfocar o sujeito.

Conclusão: Como conclusão direi que, embora se trate de uma seção que recolhe os vaivéns do trânsito pelo texto do corpo do trabalho, sua trama reabre a possibilidade de incluir outras vozes em um debate que explore as implicações de sermos construtores/as de pesquisas científicas.

Una introducción posible

No importa cuál sea la ciencia involucrada -en el marco de esas divisiones que la *modernidad*¹ diseñó para su mejor manejo de “lo social”-, en todas y en cada una está, en tanto sujetos sociales, irremediabilmente nuestra subjetividad involucrada.

Ahora bien, ¿de qué hablamos cuando hablamos de subjetividad?

Al decir de Karel Kosik (1963):

[...] el sujeto concretamente histórico crea, partiendo de su propia base económica material, las ideas correspondientes y todo un conjunto de formas de conciencia [...] el sujeto concreto produce y reproduce la realidad social, al mismo tiempo que es producido y reproducido históricamente en ella. (p. 111)

Por tanto, en esta interpretación dialéctica Kosik soslaya la imbricación entre objetividad y subjetividad, subrayando:

En la producción y reproducción de la vida social, es decir, en la creación de sí mismo como ser histórico-social, el hombre produce: 1) los bienes materiales, el mundo materialmente sensible que tiene por fundamento el trabajo; 2) las relaciones e instituciones sociales, el conjunto de las condiciones sociales; 3) y, sobre esta base, las ideas, concepciones, emociones, la cualidad humana y los sentidos humanos correspondientes. Sin el sujeto, estos productos sociales del hombre carecen de sentido, mientras que el sujeto sin sus premisas materiales y productos objetivos es un simple espejismo. (p. 113)

Con relación a esas formas de consciencia que menciona Kosik entendidas en la lógica del vínculo entre condiciones objetivas y subjetivas, a la hora de construcción de conocimientos no

¹ Esther Díaz (2010) se refiere a la Modernidad como “[...] la corriente histórico cultural que comienza aproximadamente al final del siglo XVI y que se extiende hasta la mitad del siglo XX” (p. 30, nota al pie). Para profundizar en términos de periodización histórica de la modernidad, ver Goody, J. (2004). *Capitalismo y Modernidad: el gran debate*. Barcelona. Crítica.

siempre se cuenta con registro deliberado acerca de su producción, por un lado, y, de su atravesamiento en los procesos de trabajo, por el otro.

Para Hugo Zemelman (1996) el escenario de la subjetividad -en términos de su estudio- se vuelve un campo problemático al tener que conjugar las dimensiones micro y macrosociales (p. 105).

Queda claro entonces que, en la línea en que abordo este ensayo, la idea de condición de subjetividad debe recuperarse con corrimiento de cualquier mirada romántica que la reduzca a cuestiones de sensibilidad ahistórica.

Si no esclarecemos esta realidad en vinculación con la cristalización de la subjetividad en nuestros trabajos científicos es probable que luchemos angustiosamente para aplastar una dimensión que asomará descontrolada por sus vetas más allá de nosotrxs.

Resulta curioso ver cómo esta preocupación causa algunos inútiles dolores que al mismo tiempo se derivan de un intento más por resolver lo que Juan Samaja (2000a) llamaría la contradicción interna de la ciencia entre la exigencia de universalidad por un lado y de comprobabilidad por el otro (pp. 23-24).

En este sentido, en el artículo intento facilitarnos ideas a quienes investigamos, para explorarnos comprensivamente en nuestra condición de trabajadorxs del conocimiento científico en el *campo* de la salud.

Es claro que el tipo de vínculo con nuestros objetos o sujetxs de estudio/trabajo determinan procedimientos epistemo-metodológicos deliberados a la hora de producir conocimiento científico, pero de más está decir que la condición humana no desaparece ni en las ciencias sociales ni en las mal llamadas ciencias duras, ni en los trabajos cualitativos ni en los trabajos de connotaciones cuantitativas.

Entonces pensando que en todo proceso de construcción de ciencia se cuele una forma dialéctica² inevitable (sepamos o no), la irrupción de la condición subjetiva no diferencia constitutividades disciplinares u orientaciones metodológicas, aunque sí merece un capítulo aparte pensar el abordaje que suele hacerse de esas subjetividades según se trate de unas u otras ciencias.

Lo cierto es que más allá del atravesamiento de la transdisciplinariedad en el *campo* de la salud institucionalizada, permanece en él un sesgo asentado en la lógica médico/biológica³ ortodoxa como construcción super estructural transhistórica muchas veces independiente de la voluntad de lxs sujetxs particulares. Es entonces que me detengo en este nudo problematizable⁴ para pensar la revisión de la condición subjetiva en los trabajos científicos.

No quisiera imprimirle a este ensayo un tono derivado de la sociología de la ciencia sino un intento de conversación con compañerxs del *campo* de la salud. Y lo pienso particularmente para aquellas oportunidades en que se diseñan investigaciones propias, situadas⁵.

Solemos descubrir que el análisis de la vinculación entre subjetividad y conocimiento científico en los trabajos académicos del ámbito de la salud parece permanecer desconsiderado en tanto recorte de observación y al mismo tiempo cuando esa vinculación se esboza o se sospecha, ella se instala, pero lo hace desde el terreno de la preocupación por generar estudios asépticos.

Para anestesiar esa subjetividad -a veces sin registro- suelen realizarse algunos trabajosos esfuerzos que quizá haya que revisar a favor de la vivencia de una ciencia disfrutable. Veamos.

Los esfuerzos ¿epistémicos?

²Me refiero a la inescisión entre la dialéctica como movimiento constitutivo de la realidad y como movimiento presente en la forma de recuperarla desde eso que tanto en términos de investigación como de su exposición llamamos método. En todo caso, el método que “sabe escuchar” comparte el movimiento de la realidad que lo aloja. Para profundizar ver Bertell Ollman (1973, p 75-76).

³ Revisable a la luz de la corriente de pensamiento *Determinación social de la salud*, siendo Jaime Breilh uno de sus principales referentes.

⁴ De cualquier manera, es preciso decir que detenerme en este punto no implica desconocer la amplitud y coexistencia de posiciones epistémicas en las ciencias sociales y en sus derivaciones metodológicas.

⁵ Es decir, en este ensayo no estoy dedicándome a abarcar las connotaciones de las investigaciones compartidas al estilo multicéntrico que merecen de otros parámetros sociopolíticos de análisis.

1-Minimizar el movimiento de descubrimiento: No es casual alistarse detrás de la denostación o de la invisibilización de este modo del método⁶, el de descubrimiento, porque aún sin tenerlo presente, las transhistoricidades intelectuales han estado horadando las ideas como la gota a la piedra. Sabemos cómo Gregorio Klimovsky ha subestimado⁷ el recorrido que propone el modo de descubrimiento en la ortodoxa y dicotómica escisión en contextos de descubrimiento / validación / aplicación⁸. Y Hans Reichenbach⁹ ya había hablado de una lógica a la que solo le interesa el contexto de justificación. Contrariamente, al decir de Juan Samaja (2000b), ya en el modo de descubrimiento opera una fascinación inherente al pensamiento científico (p. 179) y se pregunta por las raíces profundas que hacen a la ciencia clásica devaluar el descubrimiento (p. 152). Preocupado por el lugar de la subjetividad veamos cómo la considera en todo el proceso, ya que propone “¿Qué voluntad, qué apetencia de la subjetividad humana hace comprensible estos esfuerzos por justificar los conocimientos? [...] ¿Cuál es la historia de ese mandato ‘superyoico’ de justificación? ¿Dónde ha quedado el ello como punto de partida de toda subjetividad [...]?” (p. 154).

La fascinación por la creatividad de ideas vuelta producción científica suele terminar arrasada por la urgencia de la justificación que al mismo tiempo oculta la mención de los intersticios del

⁶ Tal cual los denomina Juan Samaja, -modos- rechazando la idea de separación en contextos.

⁷ Sostiene Enrique Marí (1974): “[...], Klimovsky se queja de que muchos filósofos no estén convencidos de la legitimidad de la distinción entre los tres contextos [descubrimiento-validación-aplicación] y sospechen en particular, de la diferencia entre los dos primeros” (p. 189). Allí Marí está haciendo alusión –y así lo transcribe– a la siguiente afirmación de Klimovsky: “Piensan que el proceso de descubrimiento es en sí la propia justificación del conocimiento científico. Por desgracia, no es así, y la historia de la ciencia muestra una gigantesca colección de ‘descubrimientos’ invalidados por un posterior y conveniente control mediante experiencias. Una cosa es el cúmulo de factores sociales, políticos y culturales que pueden inducir a un científico a preferir cierto modo de conceptuar en comparación con otro o a seguir caminos teóricos con preferencia a tales o cuales, y otra es la verificación o apoyo lógico o empírico que sus afirmaciones pueden tener. La distinción es importante, y vale la pena hacerla aun en el caso de que de veras se cumpliera (lo que no es cierto) [...]” (Klimovsky en Marí (1974, pp. 189-190). Frente a esta “culpabilización” de Klimovsky hacia los investigadores que no “controlan” lo que él entiende como subjetivismo, Marí se pregunta: “[...] ¿qué responde más a esta imputación, una epistemología que arranca de hipótesis formuladas por ‘el hombre’ de ciencia en un marco de libertad cuyos límites no se precisan en esa teoría [...], o una epistemología que se hace cargo de la formación del producto del conocimiento de un todo- complejo-estructurado, en la especificidad de una práctica, la teórica, que no se confunde con otras prácticas y responde a las condiciones de posibilidad que le marca esa estructura con sus propias leyes de sujeción?” (Marí, 1974, p. 195).

⁸ Para profundizar, consultar Enrique Marí *Neopositivismo e Ideología* (1974, p. 188).

⁹ Fue quien en su libro *Experiencia y predicción* en 1938 incorpora la idea de los dos contextos -descubrimiento y justificación- al lenguaje de la ciencia.

proceso interpretativo de la información, que siempre tiene una connotación cualitativa aún en las investigaciones de corte cuantitativo.

2-Ocultar la trastienda: Pierre Bourdieu (2003) en su estudio *El oficio del científico* enuncia el siguiente párrafo a partir de un escrito de Peter Medawar del año 1964:

Los resultados parecen más decisivos, y más honestos; los aspectos más creativos de la investigación desaparecen, y da la impresión de que la imaginación, la pasión y el arte no han desempeñado ningún papel y que la innovación no procede de la actividad pasional, de unas manos y de unas mentes profundamente implicadas, sino de la sumisión pasiva a los preceptos estériles del supuesto 'método científico'. Este efecto de empobrecimiento conduce a ratificar una visión empirista o inductivista, a la vez anticuada e ingenua, de la práctica de la investigación.¹⁰

Bourdieu dice referenciar a Medawar porque “[...] resume muy bien las distorsiones que se cometen al apoyarse únicamente en los informes publicados” (p. 45).

Es cierto, cuando leemos estudios que nada nos cuentan del proceso de trabajo escondido en esa trama, nos vemos incitados a imaginar que su escribientx fue por un camino llano que parece significar que el mundo de la empiria y el mundo de los artificios intelectuales pertenecen al mismo plano de la realidad (Díaz, 2003, p. 7). Una coincidencia casi autogenerada y ahistórica. Mientras que, si de esos artificios intelectuales -construidos en condiciones concretas y simbólicas de existencia- tuviéramos noticias, nos hablarían de historias colectivas de pensamiento, de clases sociales, de sufrimientos, de tensiones, de tolerancias, de resistencias. Y es que no mostrar estas dimensiones construye al mismo tiempo la falacia de un sujeto inexistente, por tanto, de un sujeto que no mediatizó el encuentro entre planos de una manera y no de otra. Así la ciencia se erige fantasiosamente en una autoridad que se autonomiza de quien escribe. Como dice Bourdieu (2003)

¹⁰ En Bourdieu (2003), p. 45. Consideré oportuno tomar esta alusión que Bourdieu realiza al discurso de Medawar, (Premio Nobel de fisiología y medicina en 1960) dada la procedencia disciplinar de este último.

“[...] al reducir al mínimo las referencias a la intervención humana, construyen unos textos en los cuales el mundo físico parece actuar y hablar, literalmente, por sí mismo” (p. 47).

3-Escondese detrás de la escritura con formato impersonal: circular por el lado del modo de expresión que María García Negroni (2008) llamaría despersonalizado¹¹, de alguna manera acelera la rendición de pleitesía a los preceptos de la ciencia hegemónica que solicita una suerte de autoanulación de las condiciones “contaminantes”, como si escribir en modo impersonal lo garantizara.

Ronald Barthes (2013) nos dice:

Toda enunciación supone su propio sujeto, de manera aparentemente directa, diciendo *yo*, o indirecta, designándose como *él*, o de ninguna manera recurriendo a giros impersonales; todas ellas son trucos puramente gramaticales, en las que tan solo varía la manera cómo el sujeto se constituye en el interior del discurso, es decir la manera como se entrega, teatral o fantasmáticamente a los otros; así pues, todas ellas designan formas del imaginario. En todas esas formas, la más capciosa es la forma privativa, que es precisamente la que ordinariamente se practica en el discurso científico, del que el sabio se excluye por necesidad de objetividad; pero lo excluido, no obstante, es tan solo la persona, siempre, de ninguna manera el sujeto [...]. (p. 19)

El único camino posible para construir conocimientos con solidez cuando de la vinculación con nuestra subjetividad/des se trata, es el de aprender a revisarse/nos en el marco de la producción de conocimientos para entender, quién construye los recortes de investigación, quién problematiza,

¹¹Acerca de estrategias de personalización/despersonalización en la escritura, puede consultarse el artículo de la autora mencionada: “Subjetividad y discurso científico-académico. Acerca de algunas manifestaciones de la subjetividad en el artículo de investigación en español”. *Revista Signos*. pp. 5-31.

quién propone las hipótesis, quién idea las formas de construcción de información, quién analiza el material. Y este descubrir, se refiere a descubrir/se como nudo, como nudo cognoscente donde se cruzan sociabilidades pasadas y presentes y que aun cuando no se adviertan están bañando el proceso. Inadvertir la/s propia/s subjetividad/es en el proceso de conocimiento es mucho más peligroso que el mismo atravesamiento de esa/s subjetividad/es.

Resulta oportuno aclarar aquí que la necesidad de debatir acerca de la subjetividad en la escritura en tanto dejar de esconderse en los modos impersonales, también da paso a algunas contradicciones si atendemos el minucioso análisis de Enzo Traverso (2019) cuando en su obra *Pasados Singulares*, el “yo “en la escritura de la historia, profundiza en la aparición de un giro *subjetivista* en la escritura que, como él marca, “[...] no puede dissociarse de la aparición del individualismo como uno de los rasgos decisivos del nuevo orden mundial]” (p.188). Atendiendo esta advertencia y considerando la imprescindibilidad de la consciencia de un sujeto presente, y así expresándose en la escritura, deberíamos ensayar encontrarnos a nosotrxs mismxs en los textos, pero corriéndonos de una moda estilística surgida de las prácticas de un modelo social de acumulación, para reconocernos en la letra como sujetx/s que no olvidamos que “[...] distintas voces ajenas pugnan por influir en la conciencia individual [...]” (Bajtín; 2011, p. 87). Y no estoy hablando solamente de las voces de nuestras historias académicas, porque, en el campo de la salud -y sobre todo en el ámbito público- cuántas conversaciones compartidas con la gente del pueblo y cuánta escucha de sus cuerpos hablantes devienen problematizaciones investigativas que volcamos al papel.

Para continuar...

Los tres tópicos recorridos no son más que una invitación a explorarnos en esos momentos en que nos convertimos en constructorxs de conocimiento científico. Barthes (2013) cuando trabaja las fronteras entre ciencia y escritura, sostiene que existe una frontera que la ciencia tiene que reconquistar, es la del placer. En ese tono dice “El discurso científico está bien lejos de ello; pues si llegara a aceptar la idea tendría que renunciar a todos los privilegios con que le rodea la institución

social [...]” (pp. 21-22). ¿Quién sabe? Como decía bellamente Víctor Segalén (1980)¹², en lxs profesionales de la salud existe un entrenamiento especial para transformar *las resonancias emotivas en nociones intelectuales* (p. 52). Quizá des-ocultando ese entrenamiento pueda comenzar a incorporarse a *contrapelo* el análisis deliberado de una subjetividad comprometida.

Porque una ciencia en salud genuina, relajada, auténtica, sólo es posible constituirla si se reconoce no autonomizada de la condición histórico-social de lxs trabajadorxs de la ciencia, si reconoce que nace de pasiones, si reconoce que acuna otras voces -algunas autoritarias y muchas otras de los cuerpos silenciados del pueblo- y si reconoce que solo podrá convertirse en contrahegemónica si consigue dialogar con otros saberes.

Podría decirse, avanzando un poco más, que la ciencia es otra forma de construir relatos y en todo caso habrá que pensar cómo procesar esas inocultables resonancias emotivas en una instancia en que lejos de “contaminar” nociones intelectuales, potencie un conocimiento científico que se reconozca como sociopolíticamente situado en los reclamos de la/s historia/s.

Referencias

Bajtín, M. (2011). *Las fronteras del discurso*. Las cuarenta.

Barthes, R (2013). *El susurro del lenguaje. Más allá de la palabra y la escritura*. Paidós.

Bourdieu, P. (2003). *El oficio de científico*. Anagrama.

Díaz, E. (2000). Aportes de la metodología de reflexión epistemológica en Díaz, E. *La Posciencia* (pp. 151-180). Biblos.

Díaz, E (2003). *Las ciencias, lo mensurable y las sombras del poder*. En Cuadernos de trabajo del Centro de Investigaciones en Teorías y Prácticas Científicas (2), 4-17. UNLa. Departamento de Humanidades y Arte.

¹² Médico y escritor francés. Escribió *Les cliniciens ès lettres* en 1902.

García Negroni, M. M. (2008). *Subjetividad y discurso científico-académico. Acerca de algunas manifestaciones de la subjetividad en el artículo de investigación en español*. Revista Signos (41), 5-31.

Kosik, K. (1963). *Dialéctica de lo concreto*. Grijalbo.

Marí, E. E. (1974). *Neopositivismo e Ideología*. Eudeba.

Ollman, B. (1973). *Alienación. Marx y su concepción del hombre en la sociedad capitalista*. Amorrortu.

Sajama, J. (2000). *El lado oscuro de la razón*. JVE.

Segalen, V. (1980). *Les cliniciens ès lettres*. Fata Morgana.

Traverso, E. (2019). *Pasados Singulares. El “yo “en la escritura de la historia*. Alianza

Zemelman, H. (1996). *Problemas antropológicos y utópicos del conocimiento*. Colegio de México.

HOSPITALIZACIÓN Y LA CONTINUIDAD DE LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES DE EDAD.

HOSPITALIZATION AND THE CONTINUITY OF BREASTFEEDING IN CHILDREN
UNDER 6 MONTHS OF AGE

HOSPITALIZAÇÃO E A CONTINUIDADE DA
AMAMENTAÇÃO EM CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES DE IDADE

Camila Almada (1)

Julieta Rutsch (2)

(1) Licenciada en Nutrición. Residente Hospital Interzonal Dr. José Penna

ORCID: <http://orcid.org/0009-0005-0503-9451>

(2) Licenciada en Nutrición. Residente Hospital Interzonal Dr. José Penna

ORCID: <http://orcid.org/0009-0004-6768-3560>

Mail de contacto: camialmada5gmail.com; julietarutsch@gmail.com

Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los bebés deban recibir leche materna de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida. La hospitalización pediátrica es motivo de estrés en las madres, el cual puede impactar en la producción láctea y la continuidad de la lactancia materna (LM) junto con otros factores propios de la internación.

El objetivo general es establecer la relación entre la hospitalización y la continuidad de la lactancia materna en niños y niñas menores de 6 meses de edad que ingresaron en las salas de internación pediátrica (general y terapia intensiva pediátrica) desde junio a diciembre de 2023, en el HIG Dr. José Penna.

Uno de nuestros objetivos específicos fue determinar la existencia de apoyo y protección de la LM por parte de los profesionales de salud mediante la experiencia materna previa y durante la hospitalización.

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, cuanti-cualitativo. La recolección de datos se realizó a través de una encuesta confeccionada para uso exclusivo en este trabajo, de la cual se obtuvieron datos que fueron tabulados y analizados en Excel.

La muestra fue de 25 pacientes de los cuales 23 ingresaron con LM. Dentro de este grupo, 12 recibían lactancia materna parcial (LMP) y 11 con lactancia materna exclusiva (LME). Un solo paciente de los 25 ingresó con fórmula infantil. El total de los niños que ingresaron con LME, al alta continuaron con dicho tipo de alimentación. De los 12 niños que ingresaron con LPM, 1 niño egresó con LME, 9 continuaron con LMP y 2 lo hicieron con fórmula infantil por dificultad en la prendida y/o por su situación clínica.

A partir de los resultados podemos determinar que en nuestra población no hubo un cambio significativo en el tipo de alimentación del lactante luego de la estadía hospitalaria. Gran parte de las madres encuestadas respondieron sentirse acompañadas con respecto a la lactancia por los profesionales de salud de la institución. Sin embargo, la hospitalización no se aprovechó como oportunidad para que los niños que ingresaron con LMP puedan egresar con LME.

Abstrac

The World Health Organization (WHO) recommends that infants receive exclusive breastfeeding for the first six months of life. Pediatric hospitalization can be a source of stress for mothers, potentially impacting milk production and the continuation of breastfeeding (BF), along with other factors related to the hospitalization experience.

This study aims to establish the relationship between hospitalization and the continuity of breastfeeding in infants under six months of age admitted to pediatric wards (both general and pediatric intensive care) from June to December 2023 at HIG Dr. José Penna.

Objectives: A specific objective was to assess the presence of support and protection for breastfeeding provided by healthcare professionals based on maternal experiences before and during hospitalization.

An observational, descriptive, prospective, quantitative-qualitative study design was utilized. Data collection involved a survey specifically created for this study, which enabled tabulation and analysis using Excel.

The sample comprised 25 patients, 23 of whom were admitted while breastfeeding. Among these, 12 were receiving partial breastfeeding (PB) and 11 were exclusively breastfeeding (EB). Only one patient was admitted on infant formula. All children who entered the hospital while exclusively breastfeeding continued this type of feeding at discharge. Of the 12 children admitted with partial breastfeeding, 1 transitioned to exclusive breastfeeding, 9 continued with partial breastfeeding, and 2 switched to infant formula due to difficulties with latch and/or clinical circumstances.

The results indicate that within our population, there was no significant change in the type of feeding following hospitalization. Most surveyed mothers reported feeling supported in their breastfeeding efforts by healthcare professionals at the institution. However, hospitalization was not effectively used as an opportunity for infants admitted with partial breastfeeding to transition to exclusive breastfeeding upon discharge.

Resumo

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os bebês recebam leite materno exclusivamente nos primeiros seis meses de vida. A hospitalização pediátrica é motivo de estresse para as mães, o que pode impactar na produção de leite e na continuidade da amamentação (AM), juntamente com outros fatores relacionados à internação.

Metas: O objetivo geral é estabelecer a relação entre a hospitalização e a continuidade da amamentação em crianças menores de 6 meses de idade que foram admitidas nas enfermarias pediátricas (geral e terapiaintensiva pediátrica) entre junho e dezembro do ano 2023, no HIG Dr. José Penna.

Um dos nossos objetivos específicos foi determinar a existência de apoio e proteção à amamentação por parte dos profissionais de saúde com base na experiência materna antes e durante a hospitalização.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, quanti-cualitativo. A coleta de dados foi realizada através de um questionário elaborado especificamente para este estudo, a partir do qual os dados obtidos foram tabulados e analisados no Excel.

Resultados: A amostra foi de 25 pacientes, dos quais 23 foram admitidos com amamentação materna (AM). Dentro desse grupo, 12 recebiam amamentação materna parcial (AMP) e 11 com amamentação materna exclusiva (AME). Apenas um paciente dos 25 foi admitido com fórmula infantil. O total de crianças que foram admitidas com AME continuou com esse tipo de alimentação na alta. Das 12 crianças que foram admitidas com AMP, 1 criança recebeu alta com AME, 9 continuaram com AMP e 2 passaram a utilizar fórmula infantil devido à dificuldade de sucção e/ou sua condição clínica.

Conclusão: A partir dos resultados, podemos determinar que, em nossa população, não houve uma mudança significativa no tipo de alimentação do lactente após a internação hospitalar.

Grande parte das mães entrevistadas relatou sentir-se acompanhada em relação à amamentação pelos profissionais de saúde da instituição. No entanto, a hospitalização não foi aproveitada como uma oportunidade para que as crianças que ingressaram com AMP pudessem ter alta com AME.

Introducción

La lactancia materna es considerada la fuente natural de alimentación del recién nacido, debido a la gratificación emocional, la simplicidad de la práctica, la higiene, así como por sus propiedades desde el punto de vista nutricional, biológico e inmunológico. (González García et al., 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los bebés reciban leche materna de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y luego introducir alimentos complementarios nutricionalmente adecuados y seguros, continuando con la lactancia materna hasta los dos años de edad o más (OMS, 2013).

La lactancia materna exclusiva (LME) es llevada a cabo en el primer semestre de vida del niño/a, a través de la cual no recibe ningún otro alimento o bebida; excepto medicinas, vitaminas o

minerales (Lorenzo, 2021).

El documento en el cual se presenta la ENaLac 2022⁴ define al indicador de lactancia materna parcial (LMP) como el porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses de vida que el día anterior a la encuesta consumieron leche humana y líquidos, otros tipos de leches, fórmulas infantiles y/o alimentos (Ministerio de Salud, 2022).

La práctica de lactancia materna (LM) durante los primeros 6 meses de vida del niño o la niña, presenta beneficios tanto para el recién nacido (disminuye la mortalidad neonatal, previene enfermedades a corto y largo plazo, mejora el desarrollo neurológico, inmunológico, psicológico y social, permite el crecimiento adecuado, entre otros) como así también para la madre (protege contra el cáncer de mama, disminuye riesgo de hemorragia durante el parto, previene la anemia, evita complicaciones del pecho, estimula la recuperación postnatal produciendo una rápida involución uterina posparto y favorece el establecimiento del vínculo madre-hijo) (Delgado et al, 2006).

Sin embargo, a pesar de sus numerosos beneficios en salud, la prevalencia de lactancia es baja. Entre los principales factores que influyen en la disminución o el abandono prematuro de la lactancia materna exclusiva (LME) encontramos: falta de conocimiento sobre sus beneficios, patrones culturales adversos, presencia de fórmulas artificiales, inserción de la mujer al mercado laboral, leyes insuficientes para la protección de la lactancia, falta de apoyo por parte de redes sociales, círculo familiar y profesionales de la salud, y baja edad materna.^{1,7,8} (González García et al, 2015; Valenzuela et al, 2016; Cortez y Diaz, 2018).

Otros de los factores que pueden influir en la disminución o el abandono de la LME es la hospitalización pediátrica es, sin duda, motivo de estrés en las madres, el cual puede impactar directamente en la producción láctea y la mantención de la lactancia materna durante el periodo de internación y al momento del alta, afectando posteriormente la práctica en la cotidianeidad. Entre otros de los factores que alteran la continuidad de la LM durante la estadía hospitalaria, pueden señalarse la introducción de fórmulas infantiles, falta de información y educación acerca de la

lactancia materna, incomodidad con respecto al espacio para llevar a cabo la práctica, dificultades con la prendida al pecho y falta de ayuda por parte del personal de salud, etc. Todo esto conlleva a un aumento del riesgo de abandono de la lactancia materna al alta hospitalaria, mostrando la posible relación entre el mantenimiento o no de la lactancia materna y el estrés de la madre vinculado con la hospitalización (Cardoso et al., 2012).

El objetivo del presente proyecto de investigación es establecer la relación entre la hospitalización y la continuidad de la lactancia materna en niños y niñas menores de 6 meses de edad internados en el Hospital Interzonal General Dr. José Penna, ubicado en la ciudad de Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires.

Objetivos específicos

- Establecer la cantidad de niños menores de 6 meses de edad internados que reciben lactancia materna exclusiva, parcial y/o fórmulas infantiles.
- Identificar las causas de indicación de fórmula láctea durante la internación.
- Describir los motivos de interrupción de la lactancia materna y su relación con la hospitalización.
- Determinar la existencia de apoyo y protección de la lactancia materna por parte de los profesionales de salud mediante la experiencia materna previa y durante la hospitalización.

Materiales y métodos

Se trata de un estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y cuanti-cualitativo. La recolección de datos se realizó a través de una encuesta confeccionada para uso exclusivo en este trabajo, de la cual se obtuvieron datos que fueron tabulados y analizados en excel, el tipo de análisis de datos que se utilizó fue descriptivo, con estadística simple.

La población objetivo fue todos los pacientes de 0 a 6 meses hospitalizados en las salas de internación pediátrica (general y terapia intensiva pediátrica) en el período de junio a diciembre de 2023 en el

HIG

Dr.

José

Penna.

Como criterio de inclusión *se tomó a* niños y niñas menores de 6 meses de edad al ingreso hospitalario, y como criterio de exclusión a pacientes internados en guardia o recién nacidos ingresados en el área de neonatología. La muestra fue representada por 23 pacientes de los servicios seleccionados.

Herramientas de recolección de datos

Se llevó a cabo la valoración de la alimentación del niño y de los factores que pueden influir en la elección de la misma, a través de una encuesta de elaboración propia con preguntas cerradas, dirigidas hacia la madre, la cual tuvo una duración aproximada de 15 minutos. (Anexo) La misma se realizó dentro de las 72 horas tras el ingreso del niño a las salas de internación pediátrica (general y UTI).

La encuesta al ingreso presentaba las siguientes preguntas: edad, autopercepción del nivel económico, nivel educativo completo, cantidad de hijos, presencia de lactancia materna previa, tipo de alimentación del niño/a al ingreso hospitalario, motivos de la elección del tipo de alimentación, motivo de la indicación por profesional de salud, presencia de contención familiar que facilite la LM, presencia de contención del sistema de salud y de profesionales de la salud previamente consultados al ingreso hospitalario que colaboren con la continuidad de la LM, presencia de un entorno laboral que permita llevar a cabo la LM.

Al momento del alta hospitalaria se procedió a realizar otra encuesta para recolectar el dato del tipo de alimentación con la que el niño egresó del hospital, los motivos de la misma y experiencia de la lactancia materna durante la internación (comodidad y apoyo de los profesionales de salud de la institución para la práctica de la LM). En aquellas internaciones hospitalarias cuya estadía se prolongó más allá del tiempo estipulado para la recolección de datos, se realizó esta segunda encuesta al cumplir los 7 días desde la fecha de ingreso.

Resultados

Características sociodemográficas de la madre:

En cuanto a la autopercepción del nivel socioeconómico, de las 25 madres, 19 consideraron contar con un nivel socioeconómico medio, 5 con un nivel socioeconómico bajo y 1 con nivel socioeconómico alto.

En relación a la ocupación de la madre, 19 de ellas realizaban tareas de ama de casa, de las cuales 6 también llevaban a cabo trabajos remunerados fuera del hogar (niñera, cuidadora auxiliar, atención al público).

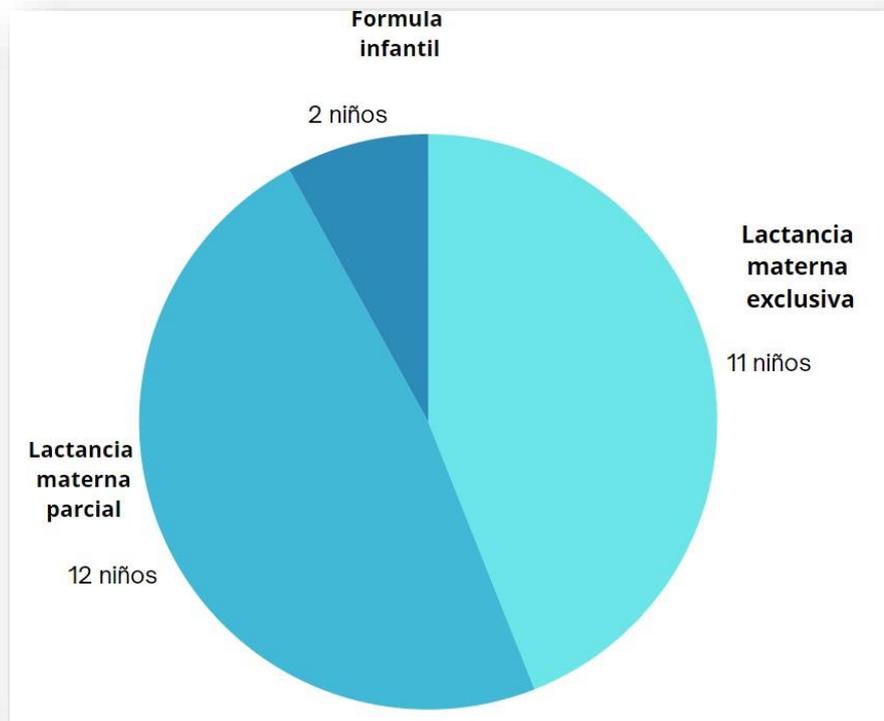
De las 25 madres encuestadas 5 tenían 20 años o menos, 18 tenían entre 21 y 35 años y solo 2 tenían 36 años o más. La edad promedio de las madres fue de 27,1 años.

Tipo de alimentación:

- La muestra fue de un total de 25 pacientes, de los cuales 23 ingresaron con lactancia materna. Dentro de este grupo, 12 ingresaron con LMP y 11 con LME. Dos pacientes ingresaron con fórmula infantil, de los cuales uno fue debido a su situación clínica.

Figura 1

Tipo de alimentación al ingreso hospitalario. Encuesta 2023



Nota:

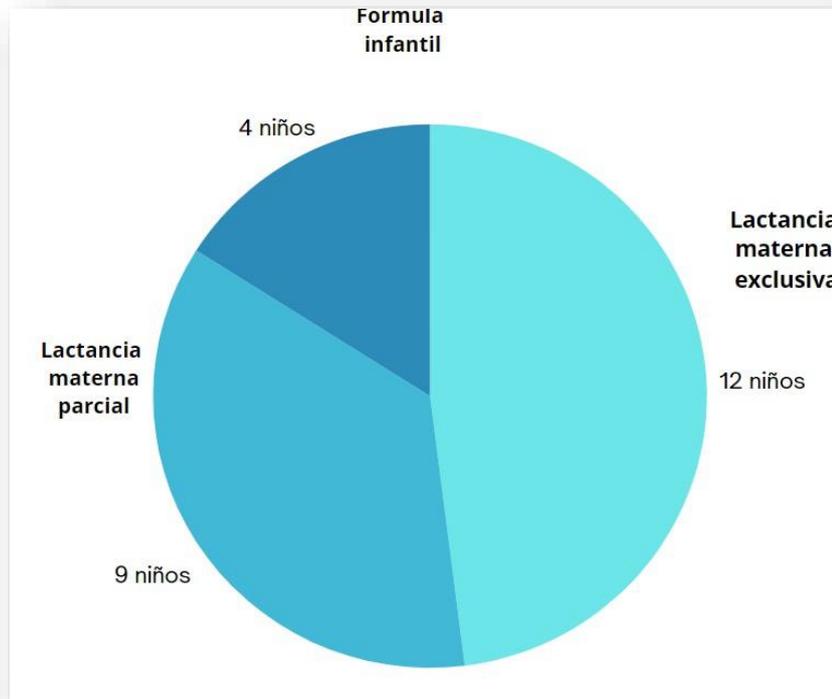
El

gráfico representa el tipo de alimentación de niños y niñas menores de 6 meses de edad al ingreso hospitalario, según encuesta realizada en 2023 en el Hospital Penna.

- La totalidad de los niños que ingresaron con lactancia materna exclusiva continuaron con dicho tipo de alimentación al alta.
- De los 12 niños que ingresaron con LMP, 1 egresó con LME, 9 continuaron con LMP y 2 lo hicieron con fórmula infantil.

Figura 2

Tipo de alimentación al egreso hospitalario encuesta 2023.



Nota: El gráfico representa el tipo de alimentación de niños y niñas menores de 6 meses de edad al egreso hospitalario, según encuesta realizada en 2023 en el Hospital Penna.

Motivo de ingreso:

- 14 por infección respiratoria
- 2 por apnea
- 1 por influenza
- 1 por pie de bot
- 1 por enfermedades neurológicas
- 1 para recuperación nutricional
- 1 por botulismo

- 1 para cirugía programada
- 1 por fractura parietal
- 1 por meningitis
- 1 por infección del tracto urinario

Existencia de apoyo y protección de la lactancia materna por parte del sistema de salud:

Del total de las madres, 16 refirieron contar con el apoyo por parte de los profesionales consultados previamente, 1 refirió no haber consultado ningún profesional, 5 expresaron no haber sentido el acompañamiento por parte de los profesionales de la salud, y 3 indicaron que a veces contaban con el apoyo.

Al llevar a cabo la encuesta también se indagó acerca del apoyo de los profesionales pertenecientes a la institución estudiada, 22 madres respondieron sentirse acompañadas durante el periodo de hospitalización de su hijo en cuanto a la lactancia humana, 2 refirieron que no consideraron haber contado con el apoyo suficiente de los profesionales en cuanto a lactancia humana y 1 una no realizaba lactancia humana por la condición médica de la niña.

Con respecto a la comodidad de las instalaciones para llevar a cabo la lactancia, 22 madres refirieron comodidad para realizar la práctica, 2 no lo sintieron así y una de las madres alimentaba a su niña con sonda por su condición médica.

Causas de indicación de fórmula láctea durante la internación

De los 11 niños que ingresaron con LMP, solo 2 egresaron con indicación de fórmula láctea por profesional de salud. En uno de ellos, la causa fue por la dificultad en la prendida al pecho y su situación clínica, en el otro niño el motivo fue exclusivamente la situación clínica.

Discusión

Estudios realizados por Cardoso et al. (2012) y Salomé et al. (2016) concluyen que la hospitalización de los niños no genera una disminución en la lactancia materna. Sin embargo, Foling et al. (2020)

concluyeron que la hospitalización pediátrica es, sin duda, motivo de estrés en las madres, el cual puede impactar directamente en la producción láctea y la mantención de la lactancia materna durante el periodo de internación y al momento del alta, afectando posteriormente la práctica en la cotidianidad.

Entre otros de los factores que alteran la continuidad de la LM durante la estadía hospitalaria, pueden señalarse la introducción de fórmulas infantiles, la falta de información y educación acerca de la lactancia materna, incomodidad con respecto al espacio para llevar a cabo la práctica, dificultades con la prendida al pecho y falta de ayuda por parte del personal de salud, etc. Dicha conclusión no coincide con los resultados recolectados en nuestro estudio, ya que gran parte de los niños egresaron con el mismo tipo de alimentación con el cual ingresaron.

Sin embargo, uno de los niños que ingresó con LMP, durante su internación se le administró fórmula infantil, debido a la dificultad en la prendida y su situación clínica que conducía a un descenso de peso. Este niño, al alta hospitalaria mantuvo su alimentación exclusivamente con fórmula infantil.

Quattrones et al (1995) refieren que, si bien la promoción y protección de la lactancia materna es un consenso por parte de los profesionales de la salud, el amamantamiento suele verse condicionado en la práctica diaria debido a diversas situaciones, tales como la entrega de fórmulas lácteas en centros de salud o por parte de algunas obras sociales o la temprana introducción de sucedáneos de la leche humana durante la internación hospitalaria. Esto coincide con nuestros resultados, ya que muestran que 12 de 25 niños hospitalizados, ingresaron con LMP.

La última ENaLac realizada en el año 2022 analizó las edades de las personas y su relación con la lactancia. Del total de la muestra, el 13,5% de quienes gestaron al lactante tenían 20 años o menos, el 75,6%, entre 21 y 35 años, y el 11,9% 36 o más. Analizaron la relación entre la edad de la persona que gestó al lactante y la prevalencia de lactancia, no se observó diferencias por edad. En este estudio, de las 25 madres 5 tenían 20 años o menos, 18 tenían entre 21 y 35 años y solo 2 tenían

36 años o más. Si bien no se calculó prevalencia debido al tamaño de la muestra, se observó que, al igual que en la ENaLac, no hubo diferencias significativas entre la edad de la madre y la continuidad de la LM. (Ministerio de Salud, 2022).

La ENaLac 2022 también llevó a cabo el relevamiento de tenencia de AUH (Asignación Universal por Hijo) como proxy de vulnerabilidad social de la población. En este contexto, se observó una menor prevalencia de lactancia y de LE entre quienes reciben AUH, en el grupo etario de 0 a 6 meses. En nuestro estudio utilizamos el nivel educativo de la madre y la autopercepción del nivel socioeconómico de la misma como aproximación de la vulnerabilidad social. En la presente investigación no hubo diferencias significativas entre la vulnerabilidad social y la continuidad de la LM. (Ministerio de Salud, 2022).

Este estudio presentó como principal limitación el tamaño muestral, el cual no nos permitió llevar a cabo un análisis inferencial. Esto limitó la comparación con otros estudios que utilizaron este tipo de análisis. Como sugerencia, se puede continuar el estudio en un futuro y aumentar el número de muestra.

Conclusión

A partir de los resultados de la investigación se puede determinar que en la población estudiada no hubo un cambio significativo en el tipo de alimentación del lactante luego de la estadía hospitalaria. Gran parte de las madres encuestadas refirieron sentirse acompañadas y apoyadas por los profesionales de salud de la institución durante la internación de sus hijos. Sin embargo, se considera que no se hizo hincapié en la educación en lactancia para lograr que los niños que ingresaron con LMP puedan egresar con LME, teniendo en cuenta que la media de días de internación fue de 6 días, lo cual consideramos un tiempo prudente para lograr una adecuada intervención en la temática.

De todas formas, es importante destacar que la indicación de fórmula infantil por los profesionales del hospital estudiado solo fue en 2 pacientes de 23 que ingresaron con LM. La indicación de fórmula infantil fue mayor previo al ingreso hospitalario. Por esta razón, consideramos

importante la reflexión, por parte de los profesionales de la atención primaria de la salud, consultorios externos públicos y privados, sobre los beneficios que presenta la LME y las consecuencias negativas que presenta la indicación de fórmula láctea en casos que no son realmente necesarios.

Cabe aclarar que debido al tamaño de la muestra no se logró cumplir con el objetivo específico que consistió en determinar la prevalencia de lactancia materna al ingreso y al alta hospitalaria.

Bibliografía

1. Gonzalez Garcia I., MSc. Hoyos Mesa A. J., MSc. Torres Cancino I. M. , MSc. Gonzalez Garcia I., MSc. Romeo Amansa D., MSc. De Leon Fernandez M. C. (2015) *Abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias*. Policlínico José L. Dubroc.
2. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna exclusiva. [Internet]. 2013 [citado 2017 Set 27]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
3. Lorenzo, J. (2021) *Nutrición del niño sano*.
4. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. (2022) *Situación de la lactancia materna en Argentina*.
5. Dra. Delgado A, Dra. Arroyo L. M., Dra. Díaz García M. A., Dra. Quezada Salazar C. A. (2006) *Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención*.
6. Huffman S., Zehner E., Victoria C. (2001) *Can improvements in breast-feeding practices reduce neonatal mortality in developing countries? Midwifery*.
7. Valenzuela Galleguillos S., Vásquez Pinto E., Galvez Orega P. (2016) *Factores que influyen en la disminución de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida: Revisión temática y contexto en Chile*.
8. Cortés- Rúa L., Díaz- Grávalos G. J. (2018) *Interrupción temprana de la lactancia materna. Un estudio cualitativo*.

9. Cardoso K, Jaime M., Carrillo V., Soto B., Gonzalo Menchaca O. (2012) *Efecto de la hospitalización sobre la mantención de la lactancia materna en niños menores de 6 meses de edad.*
10. Salomé Valenzuela Galleguillos Estefany Vásquez Pinto, Pablo Galvez Orega. (2016). *Factores que influyen en la disminución de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida: Revisión temática y contexto en Chile.*
11. Folingio S.,Finocchi A.,Pace A., Amadio P.,Dall' Oaglio I., Portanova A. , Rossi P. , Dotta A.,Salvatori G. (2020) *Evaluation of mother's stress during hospitalization can influence the breastfeeding rate. Experience in intensive and non intensive departments.*
12. Quattrones, M. A. Dell Oso, M. del Carmen Sanchis y A. Du Mortier. (1195) *Abandono de la lactancia materna como consecuencia de la internación pediátrica.*

Anexos

Datos del niño	Datos de la madre
Fecha de nacimiento: Edad del niño: Motivo de internación: Fecha de ingreso:	Edad: Ocupación: Autopercepción del nivel económico: <ul style="list-style-type: none">● Alto● Medio● Bajo Nivel educativo completo: <ul style="list-style-type: none">● Ninguno● Primario● Secundario● Terciario● Universitario Hijos: Lactancia materna previa: <ul style="list-style-type: none">● SI● NO

Encuesta al ingreso hospitalario	Encuesta al alta hospitalaria
<p>Datos del niño</p> <p>1. Tipo de alimentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lactancia materna exclusiva: solo se brinda leche materna al niño y/o medicamentos. - Lactancia materna parcial: lactancia materna más agua o bebidas a base de agua o fórmulas infantiles. - Fórmulas infantiles. - Otros: <p>2. Motivos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● No desea llevar a cabo la lactancia materna exclusiva. ● Indicación de fórmula infantil por profesional de la salud. <p>2) a. Motivo de la indicación por profesional de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Contraindicación de LM por patología. ● Complicaciones del pecho. ● Dificultad en la prendida. ● Refiere poca producción de leche. ● Situación laboral que impide administración de leche. ● Falta de acceso a la información acerca de los beneficios de LM. ● Otros: <p>3. ¿A qué sala ingresa el niño?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pediatría. ● UTIP <p>Experiencia de lactancia materna</p> <p>1. ¿Considera contar con un entorno familiar de contención que facilite la práctica de la lactancia materna? Por ejemplo, las actividades de la casa son compartidas: la limpieza de la casa, la compra de alimentos, la preparación de comidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No ● A veces <p>2. ¿Considera que el sistema de salud es un entorno de contención que facilite la práctica de la lactancia materna? Con el</p>	<p>Datos del niño</p> <p>1. Edad:</p> <p>2. Días de internación:</p> <p>3. ¿Durante la internación el niño estuvo en la sala de UTIP?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No <p>4. Tipo de alimentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lactancia materna exclusiva: solo se brinda leche materna al niño y/o medicamentos. - Lactancia materna parcial: lactancia materna más agua o bebidas a base de agua o fórmulas infantiles. - Lactancia materna y alimentación complementaria. - Fórmulas infantiles. - Fórmulas infantiles y alimentación complementaria. <p>5. Motivos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● No desea continuar con la lactancia materna. ● Indicación de fórmula infantil por profesional de la salud. <p>5) a. Motivo de la indicación por profesional de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Contraindicación de LM por patología ● Complicaciones del pecho ● Dificultad en la prendida ● Refiere poca producción de leche ● Situación laboral ● Estrés durante la hospitalización del niño/a. ● Falta de acceso a la información acerca de los beneficios de LM. ● Otros: <p>Experiencia de lactancia materna actual</p> <p>1. ¿Considera haber tenido un ambiente cómodo que facilitarían la práctica de la lactancia materna durante la internación?</p>

<p>sistema de salud nos referimos a: los profesionales de la salud, hospitales, centros de salud, unidades sanitarias, presencia de lactarios o espacios para lactancia, información recibida sobre la lactancia (folletos, publicidades, carteles, charlas o talleres).</p> <ul style="list-style-type: none">● Si● No● A veces <p>3. Si trabaja fuera del hogar, ¿considera contar con un entorno laboral de contención que facilite la práctica de la lactancia materna?</p> <ul style="list-style-type: none">● Si● No● A veces <p>4. ¿Considera contar con el apoyo de los profesionales de la salud previamente consultados (por ejemplo, médicos/enfermeros/obstetras consultados durante el embarazo o en los primeros meses de vida del niño)</p> <ul style="list-style-type: none">● Si● No● A veces	<ul style="list-style-type: none">● Si● No● A veces <p>2. ¿Considera haber contado con el apoyo de los profesionales de la salud durante la internación? (por ejemplo, médicos, enfermeros, nutricionistas, fonoaudiólogos, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none">● Si● No● A veces
--	---

LA CONSULTORÍA DE TRABAJO SOCIAL DEL HIG DR. JOSÉ PENNA. UNA AUTO-ETNOGRAFÍA COLECTIVA

THE SOCIAL WORK CONSULTING OF HIG DR. JOSEPH PENNA. A COLLECTIVE
AUTO-ETHNOGRAPHY

A CONSULTORIA DE TRABALHO SOCIAL DA HIG DR. JOSÉ PENNA. UMA
AUTOETNOGRAFIA COLETIVA

Ana Biera (1)
Carolina Doñate (2)
Victoria Fanna (3)
Alan Llanos (4)
Carla Maceratesi (5)
Emilia Martini (6)
Agostina Rivera (7)
Natalia Valentini (8)
Laura Varela (9)
Karen Wagner (10)
Ángeles Colman (11)

- (1) Licenciada en Trabajo Social. U.N.S. H.I.G “Dr. José Penna.” Escuela “Floreal Ferrara”. Miembro titular CeCuSa. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2894-2950>
- (2) Licenciada en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social en H.I.G “Dr. José Penna” ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1781-4209>
- (3) Licenciada en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social en H.I.G “Dr. José Penna” ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2112-6724>
- (4) Licenciado en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social en H.I.G “Dr. José Penna” ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6416-0726>
- (5) Licenciada en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social en H.I.G “Dr. José Penna” ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8689-1997>
- (6) Licenciada en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social en H.I.G “Dr. José Penna” ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6464-639X>
- (7) Licenciada en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social en H.I.G “Dr. José Penna” ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9336-6213>
- (8) Licenciada en Trabajo Social Residencia de Trabajo Social en H.I.G “Dr. José Penna” ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6592-6149>
- (9) Licenciada en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social en H.I.G “Dr. José Penna” ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-2086-9846>
- (10) Licenciada en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social en H.I.G “Dr. José Penna” ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-0012-3771>
- (11) Licenciada en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social en H.I.G “Dr. José Penna” ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4926-9479>
- Mail de contacto: ssresidencia@gmail.com

Resumen

En el año 2020 iniciamos una investigación donde proponemos una mirada introspectiva hacia las intervenciones desplegadas en la Consultoría de Trabajo Social (CTS) del Servicio de Trabajo Social del HIG Dr. José Penna. Partimos del supuesto de que nuestros discursos y prácticas oscilan entre la reproducción acrítica de respuestas institucionalizadas y el apropiamiento de una conciencia crítica, liberadora y transformadora.

La CTS aloja las demandas de las/los ciudadanos/as que se presentan sin intermediarios/as, siendo las/los profesionales quienes las/los recibimos y escuchamos de manera directa. En las intervenciones a partir de la escucha atenta la “gestión de recursos” es guiada por la reivindicación de derechos. Aun así, la CTS cristaliza la tensión entre las demandas propias de la población y las respuestas que se brindan desde la institución.

Objetivo General: Conocer la orientación de los discursos y las prácticas de trabajadores/as sociales que tienen a cargo la atención de la demanda llevada a cabo en la CTS del HIG Penna de Bahía Blanca.

Objetivos Específicos: Identificar recurrencias y distinciones en las demandas de las personas que concurren a la CTS; Caracterizar los procesos de construcción de respuestas profesionales a las demandas de las personas que concurren a la CTS; Recuperar el proceso histórico de construcción del espacio y sus particularidades al interior del Servicio de Trabajo Social.

Aspectos metodológicos: Elegimos como metodología la auto-etnografía colectiva. Su utilidad y riqueza reside en la no escisión entre sujeto y sujeto/objeto de la investigación: las prácticas profesionales son investigadas por nosotras/os mismas/os.

Resultados: Registramos y describimos la oscilación de las prácticas que habíamos supuesto al inicio, deliberamos sobre la misma y reconocimos aquellas intervenciones que simples en su apariencia tienden a orientarse hacia prácticas emancipatorias.

Por último, caracterizamos a la CTS como producto y proceso en permanente construcción. La reconstrucción histórica reconoce que tiene un hito de origen e identifica algunas percepciones y problematizaciones previas que pueden explicar cómo devino su institucionalidad.

Conclusiones: La construcción de conocimiento científico desde el Trabajo Social es posible e indispensable. Nuestra profesión asume una perspectiva crítica de los procesos sociales, que incluye la problematización de nuestras prácticas.

Abstract

In 2020, we initiated an investigation aimed at providing an introspective analysis of the interventions implemented within the Social Work Consultancy (CTS) of the Social Work Service at H.I.G. Dr. José Penna. We operate under the assumption that our discourses and practices oscillate between the uncritical reproduction of institutionalized responses and the adoption of a critical, liberating, and transformative consciousness.

The CTS addresses the demands of citizens who present their needs without intermediaries, allowing professionals to receive and listen to them directly. In interventions based on attentive listening, “resource management” is guided by the advocacy for rights. However, the CTS also embodies the tension between the population's demands and the responses provided by the institution.

General Objective: To understand the orientation of the discourses and practices of social workers responsible for addressing the demands presented at the CTS of H.I.G. Dr. José Penna in Bahía Blanca.

Specific Objectives: To identify commonalities and distinctions in the demands of individuals who attend the CTS; to characterize the processes through which professional responses to these demands are constructed; and to trace the historical development of the CTS and its unique features within the Social Work Service.

Methodological Aspects: We adopted collective auto-ethnography as our methodological approach. This methodology's value lies in its ability to bridge the gap between the subjects and objects of research, allowing us to investigate our own professional practices.

Results: We documented and analyzed the oscillation of practices that we initially defined, engaging in deliberation to recognize those interventions that, although seemingly simple, are oriented towards emancipatory outcomes. Ultimately, we characterize the CTS as both a product and a process in continuous development. Our historical reconstruction acknowledges its origins and identifies previous perceptions and issues that elucidate its institutional evolution.

Conclusions: The generation of scientific knowledge within Social Work is both possible and indispensable. Our profession adopts a critical perspective on social processes, which necessitates a thorough examination of our practices.

Resumo

Em 2020, iniciamos uma pesquisa na qual propomos um olhar introspectivo sobre as intervenções realizadas na Consultoria de Serviço Social (CSS) do Serviço de Trabalho Social do HIG Dr. José Penna. Partimos do pressuposto de que nossos discursos e práticas oscilam entre a reprodução acrítica de respostas institucionalizadas e a apropriação de uma consciência crítica, libertadora e transformadora.

A CSS acolhe as demandas dos(das) cidadãos(ãs) que se apresentam sem intermediários, sendo os(as) profissionais quem os(as) recebem e ouvem diretamente. Nas intervenções a partir da escuta atenta, a "gestão de recursos" é guiada pela reivindicação de direitos. Ainda assim, a CSS cristaliza a tensão entre as próprias demandas da população e as respostas fornecidas pela instituição.

Objetivo Geral: Conhecer a orientação dos discursos e das práticas dos assistentes sociais responsáveis pelo atendimento da demanda realizada na CSS do HIG Penna de Bahía Blanca.

Objetivos Específicos: Identificar recorrências e distinções nas demandas das pessoas que frequentam a CSS; caracterizar os processos de construção de respostas profissionais às demandas das pessoas

que frequentam a CSS; recuperar o processo histórico de construção do espaço e suas particularidades no interior do Serviço de Trabalho Social.

Aspectos metodológicos: Escolhemos a metodologia de pesquisa da auto-etnografia coletiva. A sua utilidade e riqueza reside na não divisão entre sujeito e objeto de pesquisa: as práticas profissionais são investigadas por nós mesmos(as).

Resultados: Registramos e descrevemos a oscilação das práticas que havíamos suposto no início, deliberamos sobre a mesma e reconhecemos aquelas intervenções que, apesar de simples em sua aparência, tendem a se orientar para práticas emancipatórias.

Finalmente, caracterizamos a CSS como produto e processo em permanente construção. A reconstrução histórica reconhece um marco de origem e identifica algumas percepções e problematizações prévias que podem explicar como se deu sua institucionalização.

Conclusões: A construção do conhecimento científico a partir do Serviço Social é tanto possível quanto indispensável. Nossa profissão assume uma perspectiva crítica dos processos sociais, que inclui a problematização de nossas práticas.

Introducción

Entre los años 2020 y 2021 iniciamos una investigación donde proponemos una mirada introspectiva hacia las intervenciones desplegadas en la Consultoría Trabajo Social (CTS) del Servicio de Trabajo Social del HIG Dr. José Penna. Como trabajadoras/es sociales partimos del supuesto de que los discursos y las prácticas que encarnamos en la CTS oscilan entre la reproducción acrítica de respuestas institucionalizadas y el apropiamiento de una conciencia crítica, liberadora y transformadora. Desde el 2021 la atención de la CTS está a cargo de la Residencia disciplinar, con el acompañamiento orientativo por parte de profesionales de planta.

La CTS, constituida como un espacio propio del Trabajo Social en el HIG. Dr. José Penna de la ciudad de Bahía Blanca, es donde se recibe *la demanda* requiriendo la intervención de nuestra

disciplina y se habilita el encuentro personal e inmediato con las/los ciudadanas/os. En este espacio, son las/los ciudadanas/os quienes se presentan directamente al encuentro sin intermediarias/os, sin traducciones con relación a sus necesidades percibidas y expresadas y somos las/los mismas/os profesionales quienes escuchamos de “primera voz”.

El espacio de la consultoría se instituye en el año 2016 y su implementación estuvo directamente relacionada con la intención de escapar a la reproducción mecánica de las prácticas profesionales y de “ubicar”, en el marco de procesos de intervención profesional, la asistencia directa que nos remonta a los orígenes de nuestra disciplina ligados al control social y el disciplinamiento.

A partir de la escucha atenta que apuesta a la circulación de la palabra y a la superación de lógicas administrativas y burocráticas, se construyen intervenciones en las cuales la “gestión de recursos” es guiada por la reivindicación de derechos. Aun así, la CTS cristaliza la tensión entre las demandas propias de la población y las respuestas que se brindan desde la institución que, en tanto “[...] *intervenciones sociales del Estado que producen y moldean directamente las condiciones de vida y de reproducción de la vida de distintos sectores y grupos sociales*” (Danani: 2009, pp. 32).

Las demandas de las personas que se acercan al espacio son múltiples y variadas, e independientemente de ello, el encuentro puede desplegar otras cuestiones a trabajar desde nuestra mirada profesional. Se entiende que todas las situaciones problemáticas abordadas son manifestaciones de la cuestión social, por lo que nuestras intervenciones se ubican en un complejo proceso histórico y a su vez en el presente singular de una persona o grupo familiar.

Por otra parte, Jorgelina Matusevicius (2017) habla de una perspectiva crítica de la intervención del Trabajo Social, la cual apunta a desplegar estrategias superadoras y transformadoras de la realidad. Este posicionamiento parte de la idea de que los problemas que afectan a las/los ciudadanas/os que demandan la asistencia social, son expresión de una estructura que los crea y los condiciona. Realizar intervenciones profesionales desde esta perspectiva implica considerar a los/las ciudadanos/as como sujetos/as cruciales en el cambio social, cuya herramienta de transformación

superadora es el conocimiento, el cual decanta en nueva conciencia crítica, liberadora y transformadora. Esto lleva a que apuntemos a la construcción de un/a sujeto/a capaz de pensarse a sí mismo.

En concordancia con lo anteriormente mencionado, la práctica del Trabajo Social en el ámbito de la salud está guiada por la concepción de proceso de salud-enfermedad como un derecho de todos/as los/as ciudadanos/as, entendido en el marco del modelo histórico-social, en tanto:

“considera que los procesos salud-enfermedad del conjunto son una expresión de los procesos sociales y que se deben analizar los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos que atañen a los individuos.” (Madrid, L, 2019; p 160)

Bajo esta premisa, la CTS es considerada un pilar fundamental dentro del Servicio de Trabajo Social para garantizar el acceso y sostenimiento de la salud pública. En este escenario, es clave el compromiso de los/as agentes de salud a intervenir con calidad centrada en el/la ciudadano/a en la garantía del acceso, reduciendo las barreras que lo impidan u obstaculicen.

Es en el marco de un proceso práxico en el que participa todo el plantel profesional – y encarnado por la Residencia- que surge la necesidad de revisar críticamente dichas prácticas y se materializa en este proyecto de investigación.

Objetivos:

El objetivo general es: Conocer la orientación de los discursos y las prácticas de las/los trabajadoras/es sociales que tenemos a cargo la atención de la demanda llevada a cabo en la CTS del HIG Penna de Bahía Blanca.

Los objetivos específicos son:

- Identificar recurrencias y distinciones en las demandas de las personas que concurren a la CTS.
- Caracterizar los procesos de construcción de respuestas profesionales del Trabajo Social a las demandas de las personas que concurren a la CTS.

·Recuperar el proceso histórico de construcción del espacio y sus particularidades al interior del Servicio de Trabajo Social.

Aspectos metodológicos

“¿Qué es la auto-etnografía? te puedes preguntar. Mi respuesta es breve: investigación, escritura, historia y método que conectan lo autobiográfico y personal con lo cultural, social y político” (Ellis, 2004: xix).

Como grupo de investigadoras/es iniciamos un proceso de construcción de conocimientos desde una perspectiva más conocida y convencional – aunque dialéctica- que luego realizó un viraje hacia una metodología alternativa al modo de producción de conocimiento hegemónico: la auto-etnografía.

Esta metodología busca describir, analizar y sistematizar las experiencias vividas que parten del plano de lo personal y viajan a lo cultural, social, político e histórico, dando cuenta de su interrelación. La utilidad y a la vez riqueza reside en que no hay una escisión entre sujeto y sujeto/objeto de investigación: las prácticas y los/las profesionales de Trabajo Social son investigados/as por ellos/as mismos/as. Es decir que la potencialidad de esta metodología gira en torno a la reflexividad y la introspección para la producción de textos analíticos que den cuenta de datos/relatos de sus protagonistas: sujetos y sujetos/objetos de la investigación.

En el marco del proceso de investigación y escritura, iniciamos con la búsqueda de antecedentes similares a lo que se pretendía hacer. Encontramos varias publicaciones de carácter auto-etnográfico, pero que habían reunido en un mismo lugar -revista o libro- varios relatos realizados en forma individual. En un solo caso, el de Lara, González y Rebollo (2021) se trató de una producción puramente colectiva. Se trata de un relato de lectura atrapante, que va y vuelve entre la vivencia práctica de las autoras con las comunidades subalternizadas con que trabajan y la construcción del conocimiento, a partir de la horizontalidad, nutriéndose de la palabra y la experiencia

para pensar posteriormente prácticas transformadoras.

Posterior a esa instancia, comenzamos con la escritura de relatos auto-etnográficos de la experiencia de cada uno/a de nosotros/as en la CTS (inserción, miedos, incertidumbres, imaginarios, sensaciones). Con estos relatos como insumos, poniendo a debate los puntos de acuerdo y desacuerdo, confeccionamos un relato colectivo que da cuenta de la experiencia práctica y discursos compartidos en la grupalidad. A su vez, realizamos entrevistas a colegas del servicio orientadas a historizar la CTS.

Nos identificamos como un colectivo con horizontes comunes en la forma de ver y de querer transformar el mundo, eligiendo construir conocimientos desde una metodología contrahegemónica. Es innegable reconocer que la escritura colectiva es un desafío en sí mismo. Implica ceder, construir consensos, realizar acuerdos, reconocer diferentes tiempos personales, potenciar habilidades individuales, entre otras particularidades. En este contexto, la construcción de vínculos interpersonales a lo largo de este proceso se ha constituido como un facilitador de la tarea.

Resultados

En cuanto al primer objetivo específico planteado, identificamos que todas las demandas que recibimos pueden agruparse bajo la categoría de *acceso a la salud*. Sin embargo, al interior de esta gran demanda, hay multiplicidad de variantes, con mayores o menores dificultades de canalizar su resolución. Además, cada contexto histórico, político e institucional condiciona las demandas que se presentan como así también tienen relación directa con el posicionamiento y respuestas colectivas que asumimos las/los profesionales que integramos el servicio social. Según de qué demanda se trate, nos habilita / nos habilitamos a construir respuestas con diferentes posibilidades de aportar a la autonomía y el ejercicio de derechos de las personas. De esta manera, nos acercamos a los resultados del segundo objetivo específico.

En relación con los procesos de construcción de las respuestas profesionales a las demandas poblacionales al interior de la CTS, desde que comenzamos este trabajo hemos sostenido que los discursos y las prácticas que encarnamos oscilan entre la reproducción acrítica de respuestas institucionalizadas y el apropiamiento de una conciencia crítica, liberadora y transformadora por parte de quienes participamos. Nuestra investigación auto-etnográfica nos permitió registrar y describir esa oscilación, deliberar sobre la misma y reconocer aquellas intervenciones que -simples en su apariencia- se orientan hacia prácticas que tienden a la emancipación. Asumimos un posicionamiento que prioriza la problematización y colectivización de las demandas. Las intervenciones apuntan a trascender la resolución individual, a la vez que se revisan algunas cuestiones de la cultura organizacional de la institución y de la política sanitaria.¹

Finalmente, en lo que refiere al último objetivo, estamos en condiciones de afirmar que la CTS es el resultado de un proceso de construcción y reconstrucción histórica que reconoce un hito de origen identificado en algunas percepciones y problematizaciones previas a su institucionalidad y que explican su devenir hasta la actualidad. Resulta interesante que no se registra una fecha precisa sobre su apertura/nacimiento y tampoco una temporalidad que pueda pensarse sin dudas e imprecisiones. Por otro lado, esa puesta en marcha y sostenimiento de prácticas distintas, complejas, "casi a contramano" no es ajena a tensiones y disputas de poder que se van generando en el camino y en el espacio. La CTS es un espacio dinámico, que se piensa constantemente en articulación con las necesidades de las personas y las posibilidades del servicio en cada momento institucional y coyuntural.

¹ Tal es el caso de la entrega de un vale para transporte que puede trascender la asignación de un recurso si se logra pensar esta demanda en clave colectiva y desencadenar gestiones que tiendan a eliminar barreras de acceso a la salud integral. Algo similar ocurre con las gestiones para lograr que una persona acceda a una medicación o una práctica de alta complejidad tecnológica.

Conclusiones

El hecho de estudiar nuestras prácticas profesionales a la vez que intentamos construir conocimiento nos ha llevado a vivenciar una retroalimentación continua que hemos decidido llamar instancia praxica. Las prácticas y discursos que encarnamos en la atención de la CTS nos sirven de insumo para la investigación mientras que a la vez los aportes de la auto-etnografía nos permiten revisar de manera crítica nuestras intervenciones. De esta manera, se genera una dialéctica teoría-práctica-investigación-asistencia.

En sentido amplio, esta experiencia auto-etnográfica nos sigue mostrando que es posible que desde el Trabajo Social se aproveche el autoconocimiento disciplinar en clave de perspectiva científica. Se trata de una disciplina que tiene como marca identitaria una mirada crítica de los procesos sociales, que no debiera dejar por fuera el análisis de nuestras propias prácticas. Por otro lado, logra trascendencia en tanto que, en el sistema de salud priman y se enaltecen aquellas producciones de conocimientos de las ciencias básicas², con criterios científicos ortodoxos. Ante este panorama, nuestro posicionamiento como forma de resistencia ante esta opresión, ha devenido en una auto-etnografía como estrategia metodológica en proyección de la construcción de conocimiento contrahegemónico.

La elección consciente y deliberada de la auto-etnografía implicó hacernos cargo de la “incomodidad”. Escribir sobre ella nos permitió y nos permite asumirla como parte de nuestras prácticas y vivirla como potenciadora de procesos críticos y emancipadores.

Discusión

Este tipo de investigación que apuntó a revisar nuestras propias prácticas, puede ser extrapolado a otras disciplinas. Las prácticas e intervenciones de todo el personal de salud podrían ser analizadas,

² Biología, química, microbiología, bacteriología son las disciplinas científicas que, desde la segunda mitad del siglo XX ocupan la hegemonía en el espacio de la biomedicina en particular y de la salud, en general.

en primera instancia, por quien las efectiviza, dando lugar así a prácticas más conscientes y menos rutinarias/burocráticas. De esta manera, podemos apuntar a construir un sistema público de salud que se sustente en una perspectiva de derechos y con foco en quienes "encarnan" las políticas institucionales. Escuchar-nos y pensar-nos en clave colectiva aporta una mirada importante y necesaria. Apunta a superar esa idea de recurso humano como masa uniforme y mecanizada o su opuesto la individualidad impotente.

La realización de esta investigación tuvo en cuenta la visión de una de las partes involucradas en la CTS: las/los profesionales. En una futura investigación sería importante la incorporación de la experiencia y perspectiva de los/las usuarios/as que concurren al espacio y del resto de los/las profesionales que intervienen en el proceso de SEAC.

Referencias

- Danani, C. (2009). "La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización". En Chiara, M. y De Virgilio, María M. (org.). *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*. 1ª ed. Buenos Aires: Prometeo-UNGSM.
- Ellis, C. (2004) *The ethnographic I. A methodological novel about autoethnography*. Altamira.
- Lara, O. G. H., González, C. G., & Rebollo, A. G. C. (2021). "Autoetnografía feminista, horizontalidad e investigación sobre Prácticas agroalimentarias". En *Política, gestión y evaluación de la investigación y la vinculación en América Latina y el Caribe* (pp. 863-880). Universidad Nacional de Córdoba.
- Madrid, L. (2019). "Concepciones en torno del proceso salud-enfermedad-atención Malnutrición e intervención profesional". En Redondi, V. y Paradela, L. *Salud y Trabajo Social: procesos de intervención y organización colectiva por el derecho a la salud*. Colección Debates en Trabajo Social. La Plata: Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

Matusevicius, J. (2017). “Intervención profesional en tiempos de precarización laboral. Contrapoder instituyente y articulación con movimientos sociales. Contribuciones al ejercicio profesional crítico”. En Mallardi, M. (comp.) *Procesos de Intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico*. Colección Debates en Trabajo Social. La Plata: Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

**UN ENSAYO PARA PENSAR LA COMUNICACIÓN Y LA ESCRITURA
DESDE EL ENCIERRO. LA DENUNCIA SOCIAL COMO PROCESO
HISTÓRICO DE LA MEMORIA**

AN ESSAY TO THINK ABOUT COMMUNICATION AND WRITING FROM THE
CONFINEMENT. SOCIAL DENUNCIATION AS A HISTORICAL PROCESS OF MEMORY

UM ENSAIO PARA PENSAR A COMUNICAÇÃO E A ESCRITA A PARTIR DO
CONFINAMENTO. A DENÚNCIA SOCIAL COMO UM PROCESSO HISTÓRICO DE
MEMÓRIA.

Marisa Alejandra Zapata

Licenciada en Enfermería. Operadora en Psicología Social.
Hospital Interzonal General “Dr. José Penna”. Docente U.N.S
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5887-7126>

Resumen

La escritura de Marisa Wagner, sus poemas, sus clases, sus entrevistas, se producen en el recuerdo de un marco histórico social determinado, la dictadura militar. La escritura desde el encierro, como denuncia social y como proceso histórico de la memoria y como construcción de conocimiento.

Para el abordaje de este trabajo, parto de pensar la articulación entre el campo comunicacional y el campo intelectual, entre las posibilidades de la escritura como denuncia, como práctica de modificación de la realidad en salud mental que, por años, y tal vez aún hoy, roza con la deshumanización.

La hipótesis de este trabajo es que, tanto los atravesamientos históricos/políticos como los culturales, institucionales y también personales, constituyen subjetividades, las que se expresan a través del arte como denuncia social de una realidad contextualizada; tal cual es la escritura de la obra analizada.

Tomé como objeto de estudio el libro “Los montes de la loca” de Marisa Wagner y desde allí realicé un breve acercamiento a la construcción política de la Argentina y su relación con el arte, las luchas, las transformaciones y las resistencias.

Realicé una revisión narrativa del análisis del discurso desde sus poemas, ampliando en subcategorías que dieron cuenta de la denuncia de la autora, tales como la locura, el encierro, la desaparición, la muerte.

Abstract

For the approach of this work, I start from thinking about the articulation between the communicational field and the intellectual field, between the possibilities of writing as a denunciation, as a practice of modifying reality, a reality that often borders on dehumanization.

The hypothesis is that historical/political, cultural, institutional and personal crossings constitute subjectivities that are expressed through art as a social denunciation of a contextualized reality.

I took as an object of study the book “Los montes de la loca” by Marisa Wagner and from there I made a brief approach to the political construction of Argentina and its relationship with art, struggles, transformations and resistances.

I carried out a narrative review of the discourse analysis from her poems, expanding on subcategories that gave account of the author's denunciation, such as madness, confinement, disappearance, death. Marisa Wagner's writing, her poems, her classes, her interviews, are produced in the memory of a particular social historical framework, the military dictatorship. Writing from confinement, as a social denunciation and as a historical process of memory and as a construction of knowledge.

Resumo

A escrita de Marisa Wagner, seus poemas, suas aulas, suas entrevistas, ocorrem na lembrança de um marco histórico social determinado, a ditadura militar. A escrita a partir do confinamento, como denúncia social e como processo histórico da memória e como construção de conhecimento.

Para a abordagem deste trabalho, parto do princípio de pensar na articulação entre o campo comunicacional e o campo intelectual, entre as possibilidades da escrita como denúncia, como prática de modificação da realidade em saúde mental que, por anos, e talvez ainda hoje, beiram a desumanização.

A hipótese deste trabalho é que, tanto os atravessamentos histórico-políticos como os culturais, institucionais e também pessoais, constituem subjetividades, as quais se expressam através da arte como denúncia social de uma realidade contextualizada; tal como é a escrita da obra analisada.

Tomei como objeto de estudo o livro “Los montes de la loca” de Marisa Wagner e, a partir desse ponto, desenvolvi uma breve aproximação da construção política da Argentina e sua relação com a arte, as lutas, as transformações e as resistências.

Realizei uma revisão narrativa da análise do discurso a partir de seus poemas, ampliando em subcategorias que evidenciaram a denúncia da autora, tais como a loucura, o confinamento, o desaparecimento, a morte.

Introducción a la temática

Como Licenciada en Enfermería y como Operadora en Psicología Social me pregunto ¿Cómo articular el campo de la salud y la psicología social en tanto denuncia de prácticas instituidas en el área de salud mental? y ¿cómo ubicar dicha problemática en una trama de perspectiva crítica que, desde el campo intelectual, permita un análisis que, siendo también crítico, devenga en acciones de cambio?

Jesús Martín Barbero plantea que “el problema de fondo ya no es la ponderación del peso que en la formación del comunicador deben tener los diversos saberes y destrezas, sino qué tipo de reflexión teórica e investigativa pueden articularse al «hacer comunicación», sin quedar absorbidas o neutralizadas por la razón tecnológica y la «expansión» de la lógica mercantil a modelo de sociedad.” (Barbero, 2004. p.124)

Para ello, el autor plantea que deben existir mediaciones entre el pensamiento y la crítica para

vincularse en forma creativa con el trabajo del comunicador. Hace referencia a las siguientes estructuras: “las estructuras de poder, las lógicas de producción, las dinámicas culturales y las gramáticas discursivas.” (Ibid. p. 124)

Así, quien comunica, en este caso, en el área de la salud mental, debe ser un diseñador, ser capaz de participar del proceso, pensando la idea para llegar a concretarla, teniendo en cuenta lo que va a comunicar, el discurso y el público al que va dirigido. La intención de comunicar está puesta en el acto de creación, de denuncia. “Pues el diseño tiene tanto de experiencia como de invención, no puede alimentarse de puro empirismo ni puede confundirse con el juego formal.” (Ibid. p. 127)

Sobre el campo intelectual

En este trabajo pretendo plantear una relación entre comunicación, discurso, campo de la salud, específicamente la salud mental, en tanto complejidad de entramados teóricos y de poder que se van construyendo como una relación conflictiva.

El Campo Intelectual en tanto campo de poder opera en los conflictos a través de la producción de sentidos en términos de mediación con la realidad social, reconociendo en dichos conflictos, los atravesamientos en un determinado tiempo y cultura. Historicidad y temporalidad son dimensiones que atraviesan los grupos y las problemáticas sociales; una postura epistémica en relación a los aportes del campo intelectual contribuirá a un análisis y reflexión crítica para la transformación de la realidad y en esto, la transformación de los propios sujetos en tanto constitución de las subjetividades en relación con prácticas instituidas e instituyentes.

Las prácticas del cuidado, específicamente las del cuidado en salud mental y la escritura son dos posibilidades de indagación, de reflexión de una realidad que, si bien se ha modificado desde la promulgación de la Ley de Salud Mental, aún se encuentra en transición. En este proceso, acercarme a pensar la escritura no solo como indagación del cuidado, sino también como praxis en función de sujetos políticos problematizadores y críticos de la realidad para transformarla.

Tomaré como objeto de análisis el libro de Marisa Wagner¹ “**Los montes de la loca**” y desde allí haré un breve acercamiento a la construcción política de la Argentina y su relación con el arte, las luchas, las transformaciones y las resistencias.

La escritura desde el encierro², como denuncia social y como proceso histórico de la memoria.

Acerca de la producción de la autora

Tomé el análisis del discurso como perspectiva metodológica, a través de la revisión de la narración de los poemas.

Para lograr este acercamiento, parcial y provisorio de la escritura de Marisa Wagner, agrupé en categorías y subcategorías aquellos temas más relevantes encontrados en cada uno de sus poemas, buscando en la interpretación algunos aspectos del marco histórico social desde el cuál se produce.

Categorías y subcategorías:

Atravesamientos históricos/políticos: hospicio, desaparición, dictadura, Estado, sociedad.

Atravesamientos culturales: condición humana, discriminación, poesía/arte.

Atravesamientos institucionales: medicalización, privación.

Atravesamientos personales: abandono, locura, soledad, muerte, tristeza, dolor.

Para este escrito parto de la hipótesis de que los atravesamientos históricos/políticos, culturales, institucionales y personales, constituyen subjetividades y se expresan a través del arte como denuncia social de una realidad contextualizada; la escritura como denuncia social y como proceso histórico de la memoria.

¹ Marisa Wagner nació en Huanguelén, en la provincia de Buenos Aires. Fue docente de la escuela de psicología social de Alfredo Moffatt. Militó en la política, fue miembro del Frente de Artistas Externados del Hospital Borda y miembro del Grupo Bipolar Latinoamericano. Padecía síndrome afectivo bipolar. El libro Los Montes de la loca fue escrito en la Colonia Monte de Oca. Incursionó en el teatro, dibujo y la poesía. Murió el 16 de agosto de 2012.

² Desde el hospicio escribió un poema el que recibió el Primer premio al género poesía, en el 2° Concurso Provincial de Poesía y Cuento Suburbano en 1997, otorgado por Ediciones Baobab y auspiciado por la Secretaría de Cultura de la ciudad de Buenos Aires. El premio consistió en la publicación de un libro, desde ahí surgió "Los Montes de la loca". El libro relata la vida de Marisa Wagner y sus vivencias dejando la huella de su ideología. Su vida transcurrió entre la cordura y la locura.

Como objetivos me planteo analizar los problemas sociales que surgen de la obra, considerando los aportes del campo intelectual para lograr una reflexión crítica en la problemática de la salud mental donde la escritura se comporta como denuncia social y lograr así un acercamiento a la construcción política de la Argentina y su relación con el arte, las luchas, las transformaciones y las resistencias.

Marisa Wagner, como psicóloga social, como artista, como persona atravesada por situaciones políticas, económicas, personales denuncia a través de sus versos una situación de destrato, encierro, de medicalización de la locura. Desde esta perspectiva y como artista que alza su voz, permite ir desentrañando la experiencia vivida y que, desde su verdad, a través de lo escrito, pero también de lo dicho, deviene en crítica de la realidad para modificarla.

La escritura desde el encierro

¿Por qué pensar en un libro de poemas? ¿Es acaso un poeta, un intelectual? ¿Y un poeta escribiendo desde la locura? o ¿un poeta escribiendo desde el encierro? Tomo las palabras de Marisa Warner para dar respuesta a esto, que surgen de una entrevista realizada por Mariane Pécora; Wagner responde:

“Mi libro no fue escrito desde la locura, porque en la locura no creás nada. Hay gente que hace una apología de la locura; creen que estar loco es genial. Eso no es cierto, estar loco es muy doloroso y no tiene nada de genial. No permite el rigor, la mesura que necesita cualquier obra artística. No hay arte desde la locura.” (Wagner, 2009)

¿Qué es ser un intelectual? Bolívar Meza al respecto dice:

“Los intelectuales como grupo social, poseen una educación amplia, donde su principal foco de trabajo está puesto en la inteligencia; va más allá de un conocimiento técnico, su inclinación es la de pensar, crear y la de imaginar nuevas ideas. El papel del intelectual en la sociedad está influido por las condiciones económicas, el control de los medios masivos de comunicación, el nivel de educación y el alfabetismo.” (Bolívar Maza. 2002. p. 124)

Michel Foucault, analiza la sociedad desde el saber-poder; el saber en tanto constitución del

poder y un poder que opera en el discurso tomado como verdad. Pero ¿qué pasa con quienes piensan y crean desde otros lugares, desde quien operan desde colectivos rompiendo verdades? En cuanto al rol intelectual en las luchas cotidianas Foucault, en la entrevista realizada por M. Fontana, plantea que “durante mucho tiempo, el intelectual llamado “de izquierdas” ha tomado la palabra y se ha visto reconocer el derecho de hablar en tanto que maestro de la verdad y de la justicia. Es lo que llamaré intelectual «específico» por oposición al intelectual «universal». El intelectual universal, “encuentra su expresión más plena en el escritor, portador de significaciones y de valores en los que todos pueden reconocerse” (2013)

Foucault plantea que el papel del intelectual se ha modificado corriéndose de la búsqueda de lo universal, en lo que es justo y verdadero para todos, analizando las problemáticas de la vida cotidiana.

“El intelectual, en razón de su opción moral, teórica y política, quiere ser portador de esta universalidad, pero en su forma consciente y elaborada. El intelectual sería la figura clara e individual de una universalidad de la que el proletariado sería la forma oscura y colectiva. Hace ya bastantes años que no se le pide al intelectual que desempeñe este papel, ya que surgió un nuevo tipo de «relación entre la teoría y la práctica». Los intelectuales se han habituado a trabajar ya no en lo «universal», en lo «ejemplar», en lo «justo-y-lo-verdadero-para-todos», sino en sectores específicos, en puntos precisos en los que los situaban sus condiciones de trabajo, o sus condiciones de vida (la vivienda, el hospital, el manicomio, el laboratorio, la universidad, las relaciones familiares o sexuales)”. (Foucault. 1979. p. 49)

Con el surgimiento del nuevo intelectual la significación política también se modifica, y esa escritura consagrada como verdad desaparece. Se modifica por tanto el saber que atraviesa a distintas actividades y profesiones.

Continúa diciendo:

“Así los magistrados y los psiquiatras, los médicos y los trabajadores sociales, los

trabajadores de laboratorio y los sociólogos pudieron, cada uno desde su propio lugar, y mediante intercambios y apoyos mutuos, participar en una politización global de los intelectuales”. (Foucault. 1979. p. 50)

Como creadores de ideas, los intelectuales intervienen en el cambio social, cuestionan la realidad, investigan sobre ella y participan activamente como protagonistas de esas contradicciones y particularidades propias de una sociedad, para buscar otras alternativas.

“El intelectual es el creador o transmisor de productos ideológicos culturales. Su papel se da en función de la cultura: crearla, transformarla, divulgarla y/o desarrollarla. En esta óptica, son intelectuales el profesor, el poeta, el escritor y el filósofo, entre otros.” (Ibid)

La escritura como denuncia y el rol de quien comunica

En cuanto a su rol de cuestionar la realidad, Marisa Wagner militó por los derechos humanos. En los Rengos de Perón³ la poeta dice:

“Terminé perteneciendo a Cristianos por la Liberación y además al problema de los discapacitados. Me empezaron a cerrar los números, me mandé de una en esta aventura de poesía y política que era mi relación con ese grupo de gente muy joven, muy tiernos, que además me hicieron toda una apoyatura afectiva superimportante, porque estaba resola, fueron una familia ortopédica. Empiezo a conocer compañeros que venían de distintas discapacidades.” (Wagner, 2015)

Comunicar “es hacer posible que unos hombres reconozcan a otros, y ello en «doble sentido»: que les reconozcan el derecho a vivir y pensar diferente, y que se reconozcan como hombres en esa

³ “El juego azaroso del destino dispuso de tal modo las cartas que hizo que sobreviviera a la fatídicanoche del 28 de noviembre de 1978, donde un grupo de tareas desplegado por la capital y el Gran Buenos Aires comenzó una cacería de militantes peronistas. Algunos de esos jóvenes eran personas con discapacidad. Todos fueron a dar al centro clandestino de detención “El Olimpo”, ubicado en el barrio de Floresta de la Capital Federal. Ganado por la desolación emprendo junto a Miguel, un compañero rengola huida hacia el norte del país. Un ciego y un rengo coqueteando con la muerte, sin saber si los milicos estarían detrás de nuestros pasos. El mundo era una enorme ausencia y el futuro una sórdida patria irrespirable. (Alonso, 2015. p.13) En, Alejandro Alonso y Héctor Ramón Cuenya. Los Rengos de Perón. desarrollarla.

diferencia.” (Martín Barbero. 1998. p. 142)

El comunicador se constituye así en un mediador, en función de quien asume el rol de denunciar las desigualdades sociales y culturales asume su trabajo como actor en la construcción de la sociedad.

Para Barbero, el comunicador- mediador debe pensar complementariamente la relación diferencia cultural- desigualdad social, y explicitarlo, en este sentido,

“el comunicador descubre que la difusión de una obra o la comprensión del sentido de una práctica notiene como únicos límites la densidad o complejidad del texto, sino la situación de la lectura, y la imbricación en ella de factores sociales no puramente culturales.” (Ibid.)

Esto conlleva a implicar en la comunicación la asimetría social que la especificidad de lo cultural puede ocultar. El comunicador mediador se reconoce como socialmente necesario y culturalmente problemático. Como mediador, el comunicador hace posible que se les reconozca a las personas el derecho de vivir y de pensar diferente, en este proceso, se produce el reconocimiento entre las personas y como personas en esa diferencia.

Lo que dicen sus poemas...

"Los poetas son necesarios porque nos permiten acercar a los temas más profundos y más antiguos de nuestra memoria, de nuestra vida.
Alfredo Moffatt (2012)

El Arte y lo político

¿Cómo pensar el arte y lo político? La fuerza del arte y lo político es la posibilidad de enunciar y posibilitar la emergencia de eso que se dice y que a la vez interpele al espectador.

“Si la obra representa el mundo y mantiene con él una relación metafórica, puesto que lo evoca y lo hace aparecer de múltiples maneras, entonces, su producción de sentido, obliga

a indagar en el recorrido de las formas y en las configuraciones que éstas asumen, en la materialidad y en los procedimientos por los cuales el arteacontece convirtiendo a algo en otra cosa.” (Belén. 2016. p. 25)

¿Cómo aparece lo político en el arte de Marisa Wagner?

Wagner revela en sus versos las condiciones de los manicomios, la relación entre la locura y la pobreza presentada como un círculo vicioso del cual no se puede salir. En sus versos surgen las problemáticas propias de una cultura de encierro, en un contexto histórico y político de una Argentina atravesada por la dictadura militar. En su experiencia por el paso en más de treinta años por los hospitales psiquiátricos sus líneas dicen:

Hospicio:

“El hospicio estatal
está lleno
repleto
hacinado superpoblado
de locos... pobres
y de pobres locos.” (Wagner. p. 30. Círculo vicioso)
“A esto
me gusta llamarlo
-sencillamente-
hospicio o manicomio.
Siempre rechacé los eufemismos.
Es como que viene mejor
llamar las cosas por su nombre
al pan, pan
y al vino, vino.
Y a las pastillas chaleco químico.” (Wagner. p. 15) Sin eufemismo

Otro tema recurrente en sus escritos es el de la desaparición y la dictadura militar y un estado al que le conviene los locos en el encierro. Interpela desde sus vivencias, la historia argentina durante la última dictadura cívico-militar. El acercamiento del arte y política en este libro, es la producción de sentido, en cuanto a la reconstrucción de la memoria.

El arte deja aparecer “el rostro de lo invisible, mediante la utilización de figuras retóricas que surgen como referencia al hecho sin necesidad de ocultamientos. Estas referencias, a su vez, acompañan la construcción de sentido por parte del espectador.” (Carral y Alvarado Vargas, 2016. p.

256)

El arte no solo comprende al artista y su obra, sino también al espectador. “El arte brinda el acercamiento a un tipo de conocimiento específico, que hace posible la compleja comprensión de la realidad.” (Ibid, 256) En cuanto a lo que esta obra transmite y en relación a cómo la misma se construye con ese otro que lee, tomo la siguiente frase:

“Estas acciones artísticas, con sus recursos simbólicos, hacen posible la reelaboración de aquello que el hoy denominado genocidio intentó destruir. Ellas ponen vida en connotaciones más reflexivas y críticas e intentan analizar sus usos al momento de construcción de sentido que nutre a la memoria colectiva; ellas mismas son producción de sentido que genera resistencia frente al olvido del accionar del terrorismo de Estado. De esta manera, el arte siempre actúa construyendo sentido desde aquello que el artista intenta comunicar y que el espectador percibe como contenido. La obra, entonces, se resignifica, se reactualiza y se interpreta a partir de los a priori de aquellos que se constituyen como espectadores.” (Ibid, 256)

Wagner, haciendo referencia a las personas con padecimiento mental que llegan al psiquiátrico sin documentación, refiere que son nombrados como N.N. y esto genera un impacto emocional por la connotación que esta expresión tiene ante la desaparición de personas durante la dictadura militar. Y así lo manifiesta:

“uno ahí adentro es una historia clínica, yo era la 13.176, era N.N. porque entré al manicomio sin documentos de identidad y fui N.N. hasta los dos años en que, ahí dentro mismo, viene el Registro Civil y hace los documentos para toda la gente indocumentada. Y para mí, en particular, ser una N.N. era espantoso, porque tengo mis compañeros, mi pareja desaparecida, entonces sentía que yo también era N.N. (Wagner. Clase del 29 de mayo de 2001)

Desaparición:

“Si yo no estuviera loca...
¿Qué estaría?
¿Muerta?
¿Desaparecida?y estar
loca...
¿No es una manera- como cualquiera-
de desaparecer o de morirse? (Wagner. p. 26. Si yo no estuviera loca)

“Quizás...
porque vi morir mis hombres mejores en la guerra.
Inocentes, desnudos, crédulos,
descalzos, casi desarmados
y jamás pude enterrarlos,
quiero decir, honrar la tierra con sus cuerpos niños.
Hoy... sin embargo,
me inclino
-con la docilidad y la elasticidad de un junco-
frente al milagro descomunal de su ternura. (Wagner. p.44 YO) Al
Licenciado Germán Agüero.

“¿Qué significa que estés desaparecido?
¿Estás muerto?
¿Estar vivo?
¿Por qué vivís tanto
si estás muerto? (...)
Pero...
La expresión que tenías en los ojos,
no, no la he encontrado en mucha gente.
Será porque tus ojos eran siempre nuevos (...)

No.
No la he encontrado en mucha gente.
Dicen que ni el verdugo pudo con tus ojos
y necesitó vendarlos.” (Wagner. p. 45. A José L. Poblete. Desaparecido por la dictadura
militar el 28/1/78

Dictadura:

“¿Te acordás cuando en plena dictadura?
Tal vez, me corrijas y me digas...
Bueno, ya habían aflojado un cacho...
y yo te digo ¿a vos te parece que alojaron?
y ya tendríamos tema para todo el día...
Tal vez, no pase nada de esto y hablemos
de bueyes perdidos... y bueyes desaparecidos.
O de literatura. O yo te cuento cómo vivo en el hospicio.
Y nos daremos un abrazo de dos años sin vernos...
Con lágrimas incluidas.
Me mostrarás tu hijita Luna

(Que todos dicen es bellísima) (Wagner. p. 51. Memotécnica: dos por tres llueve) A Lidia Lemer

Wagner, en la clase del 29 de mayo de 2001, sobre Arte y Locura, en la Escuela de Psicología Social de Alfredo Moffatt, plantea:

“Lo que sí quiero decir es que el arte ayuda a que uno se reconstruya y esto decía Antonín Artaud: “Voy a reconstruir el hombre que soy”, ahí sí el arte tiene una función terapéutica, pero cuando se logra un producto artístico, se lo logra en salud, porque yo estuve manicomializada muchos años, llevo seis años por los distintos manicomios, y se supone que el que está manicomializado está loco porque si no ¿por qué está?, “Algo debe haber hecho”, y si el que está manicomializado no está loco ¿qué nos pasa? ¿Qué pasa en esta sociedad que casi el sesenta por ciento de los pacientes, en estado de manicomialización, estarían en condiciones de volver a la calle, a un trabajo y no lo pueden hacer?” (Wagner. Clase del 29 de mayo de 2001)

Estado:

“Si el estado me diera la mitad de ese dinero, yo solucionaría, afuera, mis problemas... Vivienda. Alimentación. Tratamiento ambulatorio, y hasta medicinas. ¿Querrá el estado ahorrar mil pesos mensuales, conmigo? ¡Enviaré con urgencia esta propuesta! ¿O existen otros intereses creados? (Wagner, p. 24. A favor de la austeridad del gasto público)

El hospicio como práctica instituida, como discurso hegemónico que aún deja marcas, funcionó como verdad, con prácticas de poder sobre el otro, donde ese otro no tenía lugar a pensar ni decir. En relación esto Wagner dice en su poema lo siguiente:

Sociedad:

“cada sociedad tiene el hospicio que se merece”y

uno, que vive en esta sociedad,
quiero decir, en este hospicio,
sabe a ciencia cierta,
que eso es cierto”. (Wagner, p. 17. Disquisiciones)

Tomando a Foucault, sobre la sociedad y el régimen de verdad dice:

“Cada sociedad posee su régimen de verdad, su «política general de la verdad»: es decir, define los tipos de discursos que acoge y hace funcionar como verdaderos; los mecanismos y las instancias que permiten distinguir los enunciados verdaderos de falsos, la manera de sancionar a unos y a otros; las técnicas y los procedimientos que son valorados en orden a la obtención de la verdad, el estatuto de quienes se encargan de decir qué es lo que funciona como verdadero.” (Foucault, 1977. p 187)

La verdad desde la mirada manicomial se centra en el discurso científico y en las instituciones que lo producen, económica y política, la psiquiatría, la industria farmacéutica, el propio Estado generando control. El nuevo discurso en la actualidad, aún en transición, tiene su foco en los derechos humanos.

Wagner habla con sus poesías sobre la condición humana, la discriminación, además del amor y el arte a través de la poesía. Sobre su libro en relación a las denuncias sociales por las condiciones de los hospicios, plantea lo siguiente:

“La prensa se ocupó de mi libro y el libro fue al teatro, cuando digo la prensa digo Clarín, Página 12, etc. Son artículos que seguramente habrán visto por ahí, pero una nota publicada en la revista Para Ti, casi me costó la entrada a la Colonia, si no me la ha cortado ya.” (Wagner. Clase del 29 de mayo de 2001)

En ese artículo “Los manicomios no existe” Wagner menciona lo siguiente:

“éste es el trato habitual que reciben los internos, a los pabellones no se puede entrar por el olor y las condiciones infrahumanas, lo único que importa es que los enfermos no

molesten, entonces, se usan cadenas y rejas, verdaderos métodos del medioevo, no hay personal suficiente para pacientes que necesitan atención personalizada, hay muertes dudosas que no se pueden llamar asesinatos porque no tengo pruebas. (...)

Basta de no ocuparse, las sociedades insensibles, de que sean maltratadas miles de personas, y que a esos campos de concentración se los llame hospitales. Y hay cómplices: la gente, la prensa, los familiares, los profesionales y los corruptos, ¿esque nadie está exento?" (Wagner. Clase del 29 de mayo de 2001)

Condición humana:

Si Ud. hace caso omiso
De nuestra sonrisa desdentada, De
las contracturas,
de las babas,
Encontrará, le juro, un ser humano. Si
mira más profundo todavía, Verá una
historia interrumpida,
Que hasta por ahí, es parecida. (Wagner. p 12. Consejos para visitantes)

“Él sabe, también, que a mí “las cosas” me
provocan mucha indignación.
pero también mucha risa...
Es que siempre hemos estado a favor de
la libertad de prensa,
pero fundamentalmente.
de la comunicación humana, sin barreras,
y de la privacidad. (Wagner, p. 24. Fax hospicio privacidad)

Discriminación:

“Y te das cuenta, por ejemplo, que
tenés dos piernas,
te las mirás, las sometés a prueba,
y te vas a dar una vuelta por el parque del hospicio. Y te
cruzas entonces, con otro espejo que deambula, más
valioso y fidedigno...
¡Y acaece la revelación!
¡Qué voy a estar sola... si somos mil
setenta locos acá dentro!
Y cuando nos juntamos los espejos Uno
le da coraje a otro y resistimos. La
subestimación.
La discriminación.

Los abandonos.

Pero, bueno, estas ya no son cosas de locos. (Wagner, p. 9. Juego de espejos)

“Mi pequeño hijo estaba muerto. Una incubadora infectada, un microbio perforante de intestinos. Iatrogenia hospitalaria -escuché decir en voz baja a los médicos. Un indiecito menos. -esto no importa mucho en Bs. As.- ¿Cómo se dirá en guaraní iatrogenia hospitalaria? ¿Cómo se dirá Hospital de Clínicas? (Wagner. p. 43. Iatrogenia hospitalaria) En memoria de Pablito Arriola, mi hijo muerto el 8/10/80.

En cuanto al arte Wagner plantea que tiene una concepción artaudiana de la vida. El poeta plantea lo siguiente respecto al movimiento artístico al cual perteneció y del que luego fue expulsado:

“el surrealismo siempre ha sido para mí una nueva forma de magia. La imaginación, el sueño, toda esta intensa liberación del inconsciente que tiene por finalidad hacer aflorar a la superficie del alma lo que habitualmente tiene escondido, debe necesariamente introducir profundas transformaciones en la escala de las apariencias, en el valor de la significación y en el simbolismo de lo creado.” (Artaud. 2005. p. 67)

Poesía/arte:

“Tampoco entendían cuando les decía que yo tenía una concepción artaudiana de la vida. Que el teatro y que la vida son una sola y misma cosa.” (Wagner. p. 32. Ya llegará el día en que andaremos desnudos y no sintamos vergüenza)

“A veces le doy permiso a mi poesía de hacerse sutil o bailarina. de trepar hasta alturas increíbles, o de seguirle el vuelo a las golondrinas... Pero, generalmente, mi poesía, como un animal domesticado, se queda aquí entre nosotros... -entre tu mate extendido y mi mano-en la tristeza de este gesto humano, se encuentra a sus anchas mi poesía. (Wagner. p. 40. Permiso)

“También me acuerdo de tu alma de poeta proletario. Que escribiste para mí unos cuantos versos, y que te fuiste a leerlos, nada menos que al Carlos Marx de la mismísima Habana... (Wagner. p.49. Alfajores de maizena. A Alejandro Alonso.

Wagner plantea en sus versos los problemas de la medicalización, el abandono y la privación. Esto se ha producido en un contexto histórico, social y político de la Argentina. Lorenzo y Rozados, en *Locuras estereotipada y normalización medicalizada*, plantean que, en la década del 90 como proceso de profundización de las políticas neoliberales, el país sufrió el achicamiento del gasto público principalmente en Educación y Salud, al respecto dicen:

“como consecuencia de la agudización de la crisis económica, cultural-social y política aumenta la demanda de los servicios públicos en el área de salud, incrementándose ostensiblemente en la demanda de salud mental conservándose una percepción social negativa de los mismos. Este deterioro paulatino se plasma en el escaso personal frente a una sobredemanda, la ausencia de un plan de conservación y mejoramiento edilicio, la falta de insumos, entre otros. En este marco de aumento de la desocupación y de la reducción en la cobertura de seguros de salud (CELS, 2008), se inicia un proceso por el cual, situaciones que generan exclusión (desocupación, precariedad laboral, pérdida de la vivienda y en consecuencia pérdida de lazos sociales) son absorbidas desde el ámbito bio- medico, transformándose en un nuevo objeto del proceso de atención salud- enfermedad. Es decir, la psiquiatría apropia como objeto a partir de procesos de medicalización, conflictos originados en sufrimientos sociales y situaciones de exclusión.” (Lorenzo y Rozados, 2010. p. 2)

Medicalización:

“Se habla de la bipolaridad de mi locura
De la necesidad del Litio de por vida.
Hace diez años
Litio en desayuno
Litio en el almuerzo
Litio en cena.” (Wagner, p. 7. Litio) A la doctora Gabriela Uranges, la “loca” del Litio

y la litemia)

“¿Se ha inventado la pastilla
que modifique el contenido de los sueños?
¡He aquí laboratorios líderes,
para la poderosa industria de los psicofármacos... (Wagner. p. 31. Señores... Un
pedido)

“Ya no consumo Halopidol,
solo Tegretol, Anafronil y Litio.
Estoy “compensada”.
Traduzcamos:
Me mantengo de este lado,
es decir, sin delirios...” (Wagner, p. 16. H.C. N° 13.176)

Privación:

Solía yo decirle a la policía...
Y citaba las fuentes,
por si acaso creyeran,
que les estaba hablando de pornografía... pero no entendían, no había caso,
igual me llevaban detenida. (...)

Privación:

Solía yo decirle a la policía...
Y citaba las fuentes,
por si acaso creyeran,
que les estaba hablando de pornografía...
pero no entendían, no había caso,
igual me llevaban detenida. (...)

“Marche presa repetían.
El resto yo ya lo sabía.
Un rato largo en el calabozo, sin agua ni comida,
y otro viaje en el patrullero.
Esta vez, hasta el loquero.
El consabido jeringazo.
Dormir por varios días.” (Wagner. p. 32. Ya llegará el día en que andaremos desnudos y
no sintamos vergüenza)

Otros temas que surgen en sus poemas, es el abandono y el olvido, dado por el estigma en relación a las personas con padecimiento mental. En cuanto a esto, Goffman plantea lo siguiente:

“al reflexionar sobre el momento en que descubre que los que poseen su estigma son seres humanos como los demás, el estigmatizado puede llegar a tolerar que los amigos que tenía antes del estigma consideren inhumanos a los que para ese entonces él aprendió a ver como

personas tan cabales como él mismo. (...)

“La experiencia de aislamiento e inhabilitación, que coincide a menudo con un período de hospitalización, que se revela posteriormente como el momento que el individuo tenía la posibilidad de pensar en su problema, de aprender acerca de sí mismo, de adaptarse a su situación y de llegar a una comprensión de lo que es importante y merece buscarse en la vida.” (Goffman, p.55)

Transcribo en relación a lo dicho, los siguientes versos:

Abandono:

“Había una mamá, allá en mi infancia
que trenzaba mi rubia cabellera,
que me ponía moños primorosos
y vestidos con puntillas.
-Mamá no vino a verme nunca
ahora que estoy en el hospital-
¡Cómo me gustaría que me trenzara el pelo!
Estoy aburrida de ser grande y de estar sola
a veces, hasta me aburro de estar loca
y juego a la lucidez, por algún rato.” (31 de agosto de 1997. Wagner p. 5. Silbando bajito ando.)

Olvido:

“Los aquí depositados, abandonados, olvidados
y otros ados,
vemos que los muchachos de la puerta
toman mate y fuman aburridos
(como nosotros) todo el santo día.
Nadie entra.
Nadie sale.
La paz de los cementerios se nos hace rutina.
Y nuestras familias, por fin, duermen tranquilas. (Wagner. p. 17. Disquisiciones)

Foucault en relación al discurso, contradictorio, del conocimiento de la locura manifiesta:

“Bajo los rostros ordenados y apacibles del análisis médico está en acción una relación difícil en la cual se realiza el devenir histórico: relación entre la sinrazón, como sentido último de la locura, y racionalidad como forma de su verdad. Que la locura, situada siempre en las regiones originarias del error, siempre en retirada ante la razón, pueda sin

embargo abrirse enteramente a ella y confiarle la totalidadde sus secretos: tal es el problema que manifiesta y que oculta al mismo tiempo el conocimiento de la locura”.

(Foucault, 1967, p. 60)

Locura:

¿Uno es loco o está loco?
¡That is the cuestión!
Yo tengo claro que estoy loca, a veces...
Aproximadamente cada dos años,
exactamente cada veintidós meses.
La primera vez fue hace diez años.
Ya estuve loca cinco veces.
Es bueno tener las cosas matemáticamente claras,
Especialmente, si a la locura se refiere.
Cinco brotes psicóticos. (...)

Pero siempre he tomado ciertos recaudos,
esperé para enloquecer, por ejemplo,
que mi padre estuviese muerto.
(Creo que se fue para ahorrarle el sufrimiento) (Wagner, p. 18. That is the question)

Soledad:

“Cuando se toca fondo
y se mastica el polvo,
te das cuenta, aprendés,
que aún no lo has perdido todo,
que hay más para perder,
que, en el fondo, en realidad,
no tiene fondo,
que aún se puede descender y descender.
Se piensa que ya no se puede estar más solo
Y sin embargo, si se puede...
hay más soledad, te lo aseguro. (Wagner, p. 9. Juego de espejos)

Mi locura es pertinaz y rencorosa.
Juega conmigo a la escondida
y cuando me ve
un poco distraída
grita victoria ¡piedra libre!
Y todo se hace trizas... el mundo estalla...
los amores se espantan...
y solo queda el manicomio,
es decir,
me quedo sola en el manicomio. (Wagner. p. 21. Hace diez años que está ahí, agazapada)

Otros temas recurrentes son la muerte, la tristeza y el dolor. Sobre la muerte en la obra de Wagner, en relación a lo que la poeta revive a través de la escritura (las muertes de compañeros de vida y de lucha), tomo a Pichón Rivière, quien dice:

“Toda la tarea del creador es la re- creación a través del movimiento de muerte consciente o inconsciente en relación con aspectos determinados. Es decir, entonces, que todo gira alrededor del poder resolver sentimientos de inercia o de incongruencia interna o de muerte sobre la base de un movimiento determinado.” (Pichón Riviere. 2008. p. 17)

La escritura como arte, tiene impacto en el espectador que se identifica con el creador, adquiriendo con él carácter de vivencia estética.

Muerte:

¡Que desatentos han estado con morirse!
Pepe, bueno... no podía ser eterno,
se murió de puro viejo entre mis brazos...
Martín, no, él era casi un niño,
Pero dicen que era subversivo
y se lo llevaron los milicos,
una tarde de noviembre. (...)

¿Por qué será que ahora me acuerdo de mi hijo?
Mita!, tesoro, mi indiecito.
Solo te tuve upa el día del entierro.
¡Era tan blanco el cajoncito!
¿Por qué será que un muerto
desencadena todos tus otros muertos? (Wagner, p. 18. That is the question)

Tristeza:

“Quiero llevar mi tristeza al parque.
Se aburren de estar aquí,
en posición fetal,tan arrugada.
Quiero ir a llorar bajo los árboles,
tal vez, allí salgan las lágrimas.
Es que si me quedo
Las manchas de humedad del techo
comenzarán a transformarse...
a tomar formas de los rostros más amados
a tomar las formas de los rostros más temidos,
a confundirse y confundirme.
Quiero meter los pies en los zapatos.
Quiero ir a llorar bajo los árboles. (Wagner. p. 29. No me entran los pies en los zapatos)

Dolor:

“Y de pronto...
Empezar a tomar conciencia del naufragio.
Una vez más todo perdido...
Casa, ropa, agenda, documentos.
Objetos que no son necesarios
para hacer teatro en las esquinas.
Animarse a seguir haciendo el recuerdo de las pérdidas.
Y sentir, de golpe, una opresión terrible
¿Dónde estará mi hijita?
¿Quién cuidará ahora a mi chiquita?
Y ese dolor...
-para qué intentar contarlo-
Es absolutamente intransferible. (Wagner. p. 32. Ya llegará el día en que andaremos desnudos y no sintamos vergüenza)

Figura 1:

Marisa Wagner



Fuente: <https://psicogonia.com.ar/homenaje-marisa-wagner>

Reflexiones finales

Desde el análisis de los poemas fue posible un acercamiento de la realidad de la autora, pensando la escritura como praxis en función de sujetos que denuncian, problematizan de forma crítica una realidad. En sus versos surgen las problemáticas propias de una cultura de encierro, en un contexto

histórico y político de una Argentina atravesada por la dictadura militar. Los atravesamientos históricos/ políticos, culturales, institucionales fueron marcando la obra de Marisa Wagner, encontrando sub categorías como: hospicio, desaparición, dictadura, Estado. Sociedad, la condición humana, la discriminación, poesía/arte; medicalización y privación. Se puede ver en sus escritos, prácticas de deshumanización y cómo el arte, a modo de denuncia.

Más allá de concluir el texto planteo como reflexión aún más preguntas, para pensarnos como comunicadores actores de una sociedad cambiante. ¿Cómo lograr una unidad de sentido entre lo político y lo cultural con el cuerpo y el pensamiento puesto en acción ante situaciones de conflictividad social, como es en este caso la locura?

¿Cómo lograr intervenir en los procesos socioculturales en la que la sociedad se manifiesta dando lugar a creaciones culturales desde sus propios imaginarios sociales, políticos y culturales?

¿Cómo fomentar la producción intelectual desde perspectivas fronterizas con la creación, los imaginarios y los modos de conocimiento no institucionales?

Los intelectuales y la cultura, ¿dos polos opuestos? o ¿dos perspectivas complementarias?

El campo intelectual no queda por fuera del campo cultural. Todas las significaciones culturales se dan en un tiempo dado. “El intelectual está situado histórica y socialmente, en la medida en que parte de un campo intelectual, por referencia al cual su proyecto creador se define y se integra, en la medida, si se quiere, en que es contemporáneo con quienes se comunica y a quienes se dirige su obra, recurriendo implícitamente a todo un código que tiene en común con ellos: temas y problemas a la orden del día, formas de razonar, forma de percepción etc. (Bourdieu, 2003. p.32) La cultura así, se incorpora en la creación del intelectual. Los intelectuales y la cultura son dos perspectivas complementarias, que se interrelacionan.

La escritura de Marisa Wagner, sus poemas, sus clases, sus entrevistas, se producen en el recuerdo de un marco histórico social determinado, la dictadura militar. Estos atravesamientos marcaron su persona, su psiquis y fueron expresadas a través del arte como denuncia social de esa

realidad contextualizada. La escritura como proceso creativo, pero también como denuncia social, como proceso histórico de la memoria, arte, luchas, transformaciones y resistencias marcan la historia de esta poeta y de tantos otros. En ese entrecruzamiento entre los campos comunicacionales e intelectuales, la escritura se transforma en posibilidad de indagación y fuente de conocimiento y al poeta, al artista en general, que se expresa como denunciante también es en cierta medida un intelectual, trabajando a decir de Foucault, desde sus propias condiciones, de trabajo y de vida.

El arte como producción de sentido, que nada tiene que ver a decir de Artaud con la locura; los poemas como escritura de resignificación y comunicación de la experiencia vivida.

Referencias

- Alonso, A., & Cuenya, H. (2015). *Los rengos de Perón: Crónica de un militante del Frente de Lisiados Peronistas*. Ediciones Colihue.
- Artaud, A. (2005). En plena noche o el bluff surrealista. En A. Artaud & P. Valéry, *La libertad del espíritu*. Lrviatán.
- Barbero, J. M. (1998). Los oficios del comunicador. Artículo presentado en las Jornadas de Comunicación en ITESO, febrero de 2001. *Reglones, Comunicación en el nuevo siglo*, (48), 7-22. 2001. Comunicación y sociedad civil (entrevista a Hernán Dinamarca, Santiago de Chile).
- Belén, P. S. (2019). Prólogo: Lo político-crítico en el arte. Trazos para una ontología de lo posible. En S. García (Comp.), *Aproximaciones políticas en el arte contemporáneo* (pp.23-26). Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Bellas Artes.
- Bolívar Meza, R. (2002). Un acercamiento a la definición de intelectual. *Estudios Políticos*, (30), 123-141. Sexta Época, mayo-agosto. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bourdieu, P. (1999). *Intelectuales, política y poder*. Eudeba.
- Bourdieu, P. (2003). *Campo de poder, campo intelectual*. Quadrata Editorial.

- Carral, A. M., & Alvarado Vargas, J. (2019). Memoria: en obras de diversas materialidades. En S. García (Comp.), *Aproximaciones políticas en el arte contemporáneo* (pp. 250-266). Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Bellas Artes.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica II*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Las Ediciones de La Piqueta.
- Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder: Obras esenciales, Volumen II*. Ediciones Paidós.
- Foucault, M. (1961). *Historia de la locura en la época clásica I*.
- Lorenzo, G., & Rozados, M. P. (2010). Locura estereotipada y normalización medicalizada: Reflexiones etnográficas sobre los pacientes internados en un hospital psiquiátrico de Buenos Aires. En *Actas de las VI Jornadas de Sociología de la UNLP*. Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Departamento de Sociología. <https://www.aacademica.org/000-027/622>
- Pichón Riviere. (2008). *El proceso creador: Del psicoanálisis a la psicología social*. Nueva Visión.
- Richard, N. (2007). *Fracturas de la memoria: Arte y pensamiento crítico*. Siglo XXI.
- Vigo, E. A. (1976). Arte correo: Una nueva etapa en el proceso revolucionario de creación. *Revista Buzón de Arte/Arte de Buzón*, (2). Caracas, Venezuela.
- Wagner, M. (2009). Los Montes de la Loca. En *Ciudad* [Periódico VAS]. Buenos Aires. Por Mariane Pécora.

Espacio literario

Patricia Elena Lohin

Escritora



Sala 10

Juan Pablo

Los sicarios llegaron tarde, es por eso que sigo vivo. Todo sigue siendo igual por estos días, dentro de estas paredes amarillas, con marcas pintadas de espanto. Me hubiera gustado una pared acolchada, como dicen que hay en otros lados, al menos podría amagar con golpearme sin hacerme daño.

Pero soy cobarde y tengo miedo, y cuando no tengo tanto miedo carezco de fuerzas, porque los de afuera me tumban. Al rato que me hacen tragar la medicación, como si yo fuese un perro al que se le agarra y cierra el hocico para que ingiera, veo multiplicarse la cama por cien y el cielorraso asciende hasta quedar cada vez más lejos, otras se me caen encima. En ese momento me rindo y me

tiro en una de esas cien camas pestilentes en posición fetal, con un estado que no es sueño ni vigilia, con el estómago revuelto sin poder vomitar, con los puños cerrados aferrando todas mis mierdas y perdiendo espuma por la boca.

Es posible que al rato me duerma, y que, al despertar, luego de una cantidad de horas indefinidas, mire voraz el plato que tiene algún mejunje frío y duro que luego me da arcadas. Necesito comer para seguir subsistiendo.

Hay una enfermera que dice llamarse Mónica. Resulta de lo más sospechosa, por empezar tiene cara de Marta. Intuyo que mi madre la ha mandado encubierta y que de aquí no saldré vivo. Alguien ha decidido arbitrariamente encerrarme en este cuartucho que llaman algo así como cuarto de reclusión, bien podría ser el quinto infierno, pero hace frío. Lo que sí sé es que de acá salen todos verdes y magullados. Alucinan con que las paredes están recubiertas de algo suave y en realidad sólo tienen revoque del año 1900, ellos sí que están locos.

Fue la semana pasada que me presentaron a esta tal Mónica, la pusieron a cargo de la sala 10, donde no recuerdo cómo llegué, seguramente engañado. El caso es que vi el gesto de su boca, su mirada condescendiente, intenciones nefastas escondidas detrás de la oreja derecha, una lapicera guardada en el bolsillo superior de su guardapolvo, sospechosa de contener agujas con venenos, un lunar asqueroso sobre su boca reseca, una lengua bífida durmiendo sobre su paladar. Ahí supe con certeza que era uno de los sicarios que venía a asesinarme. Entonces me le tiré encima, apoyé mi boca en su cuello y encantado la hubiese devorado hasta matar si otro enfermero no me hubiera reducido sobre el piso granítico de la sala. Luché lo más que pude, pero me vencieron una aguja y una faja.

El caso es que sigo andando. Ha pasado un tiempo, abren la puerta del cuartucho, y vuelvo a la sala 10. Mónica ya no está. Se le hizo tarde y la echaron, es por eso que sigo vivo. Igual tengo que estar atento. Los demonios más peligrosos se esconden detrás de las almas más silenciosas.

Antonia

¿Qué me han hecho? Mamá, papá, está oscuro. Una mujer golpea su espalda contra la pared descascarada del pasillo.

Como me porto bien, me dejan sentar afuera para que me del sol, pero viene una gordita que se para delante de mí y lo tapa. Me llama “má” clavando sus pupilas en mi rostro. Tiene los ojos pardos, y unas pecas asquerosas en las mejillas. Mónica, la enfermera, palmea mi espalda mientras me explica con una sonrisa imbécil que tengo visita, que los niños no están permitidos, pero que, gracias a Roberta, una flacucha aprendiz de psicóloga, han hecho una excepción.

La nena balbucea algo de un acto escolar y saca de la mochila una de esas faldas de tul con gajos color beige respunteados burdamente en zig zag, me pregunta si podré ir a verla. Le digo que está gorda para participar con esas fachas. ¿En qué estaría pensando la maestra? Algo me da náuseas, son sus lágrimas.

Recuerdo el día que papá me entregó en casamiento: es un buen muchacho, me dijo, pero a mí me daba asco su piel llena de lunares y pecas. Así y todo, me vestí de blanco, y caminé hacia Dios mientras un fotógrafo dejaba inmortalizada nuestra estampa en blanco y negro. Para no defraudar me dejé tocar. Luego parí y ya no entendí más nada.

Nos mudamos a un lugar lejano e inhóspito, con calles de tierra que se anegaban en los días de lluvia. La soledad hubiese sido un detalle encantador, si las vecinas chusmas no hubieran insistido con molestarme, observando a toda hora desde sus ventanas si yo iba o venía, reuniéndose en las esquinas para hablar de mí. Nunca confié en nadie que viviera en ese pueblo de mala muerte, hasta el curita de la parroquia del centro era un ruso. Mi papá, como buen siciliano, decía que había que ponerlos contra el paredón y matarlos a todos, pero a mí me entregó a uno, y no me quedó otra que fantasear con su muerte.

Según me quieren hacer creer, un día terminé entrando a la comisaría local con el auto, luego me entrevistaron varios especialistas que acordaron que lo mejor sería encerrarme por un tiempo acá, cuando está claro que todo fue mentira, el enemigo anda suelto y uno de ellos está ahora mismo tapando el sol.

La nena sigue llorando, grito que la saquen, que el día que nació me dejó un monstruo pegado en las entrañas que no me puedo quitar. Alguien chilla, la gordita llora. Una jeringa de patas blancas viene a buscarme. Lo último que veo es el sol mientras le digo a la enfermera que me estoy portando bien.

¿Qué me han hecho? Mamá, papá, está oscuro, vengan a buscarme. Me he gastado las uñas rascando el colchón y he comido de su interior, pero aún tengo hambre.