

margen N° 120 – marzo de 2026

Clínicas conmovedoras. Sobre el acompañamiento en Salud Mental

Por Oriana Marlen Llompart

Oriana Marlen Llompart. Residente de Terapia Ocupacional en el Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial Dr. José Tiburcio Borda, dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

A partir de la experiencia como residente en un Hospital monovalente de Salud Mental, este escrito busca reflexionar sobre la construcción del vínculo terapéutico en el acompañamiento de procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, destacando el valor de las narrativas así como la necesidad de dispositivos colectivos de cuidado que resguarden tanto a usuaries como a profesionales.

Contexto social e institucional de las prácticas

Los procesos terapéuticos que acompañamos se ven influidos por el contexto sociopolítico e institucional en el que trabajamos. Es posible mencionar la creciente demanda de servicios de Salud Mental y la falta de recursos adecuados que no solo perjudican a usuaries sino que también limitan la capacidad de les profesionales para brindar un acompañamiento efectivo y dar respuesta a las demandas tan complejas que implica la clínica con la que se trabaja. Este escenario nos obliga a reflexionar sobre la importancia de una atención integral y humanizada, y a considerar las historias individuales de quienes consultan como evidencia de las áreas que necesitan una mejora urgente.

Si bien el artículo 28 de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010) expresa que las internaciones por motivos de Salud Mental deben realizarse en hospitales generales. Sólo cinco instituciones públicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) cuentan con salas específicas para abordar la problemática, por lo que la mayoría de las derivaciones recaen en un tercer nivel. En palabras de Mendoza (2003),

Una de las mayores dificultades que plantea la modalidad de atención en salud mental [...] es, por un lado, la ausencia de una política sanitaria articulada en sus tres niveles de atención [...] y, por otra parte, la organización y estructuración de la política de salud pública que posiciona a la salud mental en términos de especialidad, separada de los otros dispositivos de atención de la salud general. Esta situación produce que [...] el tercer nivel de atención, se constituya en la primordial y prácticamente única respuesta sanitaria que la población cuenta para su atención (p.1).

Esta especificidad también se refleja en el abordaje en consumos problemáticos. Dentro del ámbito de la salud mental, la atención de usuaries que presentan algún tipo de consumo suele quedar restringida a aquellxs profesionales que cuentan con una formación o especialización en la temática, lo que genera una fragmentación en los abordajes y limita la coordinación con otros sectores y actores sociales. Sumado a esto, las prácticas se ven profundamente afectadas por el desfinanciamiento de políticas públicas. El país atraviesa un proceso de debilitamiento y desmantelamiento de la salud pública y de los espacios de formación profesional, lo cual se expresa en la reducción del presupuesto en instituciones y dispositivos de salud mental.

Por otro lado, y específicamente en el ámbito institucional en el que se enmarca este escrito, se observa el colapso de los servicios de admisión (no hay suficientes camas que cubran la demanda que se recibe desde la guardia), lo que a menudo resulta en la pronta derivación de usuaries al sector de internación, sin que se cumpla con las condiciones clínicas/semiológicas para este traspaso, viéndose afectada la calidad del tratamiento brindado e incrementando las posibilidades de un abandono del mismo. Por último, es importante señalar que las intervenciones en consumo problemático desde un paradigma de reducción de riesgos y daños es el enfoque que idealmente debería guiar las prácticas, considerando que el número de usuaries que llegan en situaciones de abandono, vulnerabilidad y consumo de sustancias se ha incrementado en los últimos años. Sin embargo, dentro del ámbito institucional, no todos los servicios y dispositivos se enmarcan en este paradigma, lo que puede derivar en prácticas estigmatizantes y expulsivas.

La narrativa como herramienta

Las situaciones anteriormente descritas predisponen un escenario crítico en la atención de personas que consultan por salud mental, en el cual les profesionales del equipo de salud se encuentran en la mayoría de las ocasiones debiendo afrontar ese tipo de problemáticas dentro de los espacios terapéuticos.

Por su parte, la Terapia Ocupacional (TO) tiene un papel crucial en este proceso, proporcionando el apoyo y las herramientas necesarias para que usuaries puedan gestionar sus síntomas y mejorar su calidad de vida. Sin embargo, es evidente que se requiere una transformación estructural en el sistema de atención para lograr estos objetivos y garantizar una atención integral y continua para todas las personas con padecimiento subjetivo.

Durante mi recorrido como residente inserta en una sala de internación de Salud Mental me encontré escuchando relatos terribles, desoladores y desesperantes. Hay sufrimiento como personas internadas. Gómez Mengelberg (2011) retoma las ideas de Galheigo (2009), quien plantea que estamos atravesando una transformación paradigmática. Esta transición implica dejar atrás una lógica basada en la medición y el control con la finalidad de fijar objetivos de intervención para adentrarnos en una temporalidad narrativa en la que la TO se vincula más estrechamente con el mundo de los valores, los significados, las creencias y los sentidos. Gómez Mengelberg (2011) plantea que en nuestra práctica, contamos con una valiosa herramienta: la capacidad de observar y escuchar atentamente a las personas, y son ellxs quienes logran narrar su historia y, en ese acto de contarse y recontarse, van construyendo y reconstruyendo la trama de sus vidas, generando nuevos significados que otorgan sentido a sus experiencias. A través del trabajo con las narrativas y la actividad, les usuaries pueden entrar en contacto con su realidad, operar conjuntamente sobre ella y, así, favorecer la articulación de su mundo interno (Destuet, 1999).

El encuentro con otros

Los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado que acompañamos implican alojar el malestar y encontrarnos con un otro avasallado. Benito, Arranz & Cancio (2011) exponen que los profesionales de la salud, en el encuentro con otros, se enfrentan al sufrimiento y al dolor psíquico ajeno, lo que implica abordar temáticas sensibles e íntimas de gran impacto emocional.

Según Pellegrini (2013), la construcción de una relación terapéutica implica el desarrollo de habilidades, como la escucha activa, una comunicación efectiva, la autoconciencia del terapeuta y la capacidad de gestionar adecuadamente lo que se transmite durante la interacción. A su vez, dentro de las cualidades terapéuticas necesarias menciona a la autenticidad, definiéndola como “la habilidad de abrirse a la situación” (p.138). Esto requiere que los profesionales adquieran un alto nivel de conciencia de sí mismos.

Por su parte, Paganizzi et al. (1991), citado en Lungarzo et al. (2020), plantean que el vínculo posee un carácter bipolar y bidireccional, lo que implica que todas las partes contribuyen de manera inevitable en su construcción. A su vez, sostienen que el vínculo se vuelve terapéutico cuando se da dentro de un espacio específico denominado encuadre, el cual cumple una función organizadora de la relación. Su dinámica estará influida por las condiciones del usuario, su momento vital, la naturaleza del problema y las actitudes de los profesionales.

Desde el rol de residentes, el vínculo terapéutico adquiere un sentido particular, ya que nuestra presencia está marcada por la temporalidad: estamos *de paso* -dado por los cambios de rotación-, tal es nuestra presentación. Debemos enmarcar nuestras prácticas, establecer objetivos desde el inicio, anticipar el cierre de los procesos y planificar despedidas. En el mejor de los casos, estos espacios concluyen con metas alcanzadas, total o parcialmente.

Debemos aprender a convivir con la urgencia. Sin embargo, es necesario comprender a la misma no como aquella que se vincula con el riesgo que motiva una internación sino más bien la que entra en juego al acompañar los procesos; aquella que en ocasiones va de la mano con la subjetividad heroica (De la Aldea & Lewkowicz, s/f), con la necesidad de buscar “soluciones” a demandas tan complejas y con querer o sentir que algo tiene que suceder porque consideramos que es lo mejor para quien acompañamos. La continua pregunta *¿de quién es la urgencia, mía o del usuario?* permite una mirada más comprensiva y tolerante, y fortalece vínculos terapéuticos que se van construyendo desde la base del respeto y la dignidad del riesgo.

Cuidar(nos)

La complejidad de las situaciones que acompañamos en el hospital implica necesariamente reflexionar acerca del autocuidado. Esto requiere reconocer que nuestra participación en lo que hacemos no es neutra ni elegida voluntariamente. Como sostiene De la Aldea (2019), esta implicación no se limita a una decisión moral o racional sino que forma parte de una trama que nos atraviesa: nuestras historias personales, los condicionamientos familiares, culturales y económicos, todo aquello que nos configura como sujetos. En este sentido, cada encuentro nos convoca desde ese lugar subjetivo, poniendo en juego aspectos profundamente propios que a menudo no están plenamente conscientes.

Las clínicas nos conmueven, nos interpelan y nos modifican. En tanto profesionales, funcionamos como caja de resonancia¹ de las situaciones que acompañamos, y esto no es un detalle menor. El sufrimiento ajeno, el dolor hecho palabras resuena en nosotros, en nuestros propios cuerpos y experiencias. La autora advierte que ser afectades por la práctica no es algo negativo en sí mismo, por el contrario, resulta vital. Lo problemático es el desgaste que conlleva carecer de herramientas para procesarlo (De la Aldea, 2019), es por esto que el autocuidado no puede pensarse como un acto individual ni una mera responsabilidad personal. Asimismo subraya la importancia de crear dispositivos colectivos de contención: espacios de encuentro, reflexión, discusión y elaboración conjunta.

El trabajo en salud requiere necesariamente del otro, no sólo como destinatario de nuestra intervención sino como compañere en la construcción de sentido. En el contexto de un hospital público, con todas sus tensiones estructurales y sus límites, sostener espacios de encuentro y reflexión no es fácil, pero sí urgente, porque en la medida en que podamos construir colectivamente esos dispositivos estaremos también cuidando la práctica, el sentido de lo que hacemos y, sobre todo, cuidándonos entre quienes elegimos estar ahí.

Cuidarse, entonces, es también abrirse al conflicto, a la diferencia, a las múltiples miradas que coexisten en el equipo. Es fundamental reconocer el conflicto como una parte inherente del trabajo con otros. Lo problemático no reside en la discusión o el debate sobre las diferencias sino en la imposición de una única perspectiva. Como señala De la Aldea (2019, p.36), “eso es lo que produce el forzamiento del otro y la negación de la alteridad. En cambio, la diferencia me desafía, me ayuda a crecer y me cuida”.

Reflexiones finales

Resulta imposible mantenernos indiferentes frente al sufrimiento; inevitablemente resonamos con él, y en esa resonancia se ponen en juego aspectos íntimos, a veces incluso desconocidos por nosotros. No se trataría entonces de evitar el impacto sino de adquirir herramientas para poder laborar ese proceso y adoptar prácticas de cuidado; porque cuando esa resonancia no tiene un cauce, cuando se aísla o se silencia, se vuelve una carga productora de padecimiento.

En este sentido, contar con herramientas para el cuidado resulta imprescindible para el sostenimiento de nuestras prácticas profesionales. No se trata únicamente de reconocer el impacto emocional que conlleva el acompañar, sino también elaborar estrategias que permitan tramitar el sufrimiento ajeno sin que esto se vuelva desgastante.

Tales herramientas abarcan tanto a nivel individual -los espacios de supervisión, la formación continua y el análisis subjetivo de la propia implicación- como colectivo -la interconsulta, la reflexión conjunta y el diálogo con otros-. Desde nuestro rol como equipo de salud, el cuidado implica a su vez analizar las condiciones sociales e instituciones en las que se enmarca la actividad, y en la medida en que podamos preservar(nos) y evitar el desgaste emocional, estaremos contribuyendo a mejorar nuestra práctica clínica.

¹ De la Aldea (2019) utiliza la expresión “caja de resonancia” para describir cómo el cuerpo funciona como un canal donde se expresan emociones y vivencias que no han sido elaboradas, en particular aquellas que han quedado silenciadas o desatendidas. En este sentido, el cuerpo manifiesta esas tensiones internas, muchas veces a través de síntomas o afecciones que dan cuenta de aquello que no pudo ser dicho.

Bibliografía

- Benito Oliver, Enric; Arranz, Arranz Carrillo, Pilar y Cancio López, Hernán (2011). Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 18(2):59-65,FMC, Madrid. DOI:10.1016/S1134-2072(11)70023-8
- De La Aldea, Elena (2019). *Los cuidados en tiempos de descuido*. LOM Ediciones, Santiago de Chile.
- De la Aldea, Elena & Lewkowicz, Ignacio (s/f). *La subjetividad heroica: Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud*. <https://www.xpsicopedagogia.com.ar/la-subjetividad-heroica-un-obstaculo-en-las-practicas-comunitarias-de-la-salud.html>
- Destuet, Silvia (1999). *Encuentros y marcas*. C.O.L.T.O.A. Grupo Editor, Buenos Aires.
- Galheigo, Sandra Maria (2009). Narrativas contemporâneas: significado, diversidade e contexto. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 20(1) 8–12. <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14050/15868>
- Gómez Mengelberg, Elisabeth (2011). *Reflexiones sobre el uso de la narrativa dentro de la Terapia Ocupacional*. VIII Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, La Plata, Argentina.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010). *Boletín Oficial de la República Argentina*, 3 de diciembre de 2010. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Lungarzo, Florencia; Bardessono, Giselle y Mondelo, Carla (2020). Vínculo terapéutico. Perspectiva de profesionales de terapia ocupacional y usuarios, en los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: un estudio de investigación. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, Año 6, N° 2, Julio 2020. Buenos Aires. https://revista.terapia-ocupacional.org.ar/index.php/rato_2022/article/view/113/111
- Mendoza, Fabiana Mariela (2003). *La modalidad de atención en salud mental: Aproximación analítica desde la intervención del Trabajo Social*. II Jornadas de Investigación “La investigación en Trabajo Social en el contexto latinoamericano”. Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER), Paraná, Argentina.
- Pellegrini Spangenberg, Mariel (2013). *Proceso de terapia ocupacional*. En: Sánchez, O; Polonio, B. & Pellegrini Spangenberg, M. (2013). *Terapia Ocupacional Psicosocial, teoría y técnicas para la autonomía personal*. Editorial Médica Panamericana, Madrid.