

Trabajo final integrador

Una experiencia interdisciplinaria en el servicio de admisión de un hospital psiquiátrico.

Autor: Miroshnik, Silvina Ethel.

INTRODUCCIÓN.

Breve descripción de la Institución de Residencia.

En el presente trabajo se relata una experiencia como residente, en el Servicio de Admisión de un Hospital Neuropsiquiátrico

Durante el tiempo de residencia en el Servicio de Admisión se presenciaron tanto las entrevistas de las pacientes ingresantes, así como las de los seguimientos diarios de las internadas. Se observaron también sus desempeños en los talleres ocupacionales, y se participó del debate y la enseñanza de los profesionales con respecto a las diferentes problemáticas particulares en cuanto a la enfermedad, la confección de la historia clínica, la situación social y familiar y las diferentes posibilidades de reinserción social.

La modalidad de trabajo en el servicio –siguiendo la concepción del hospital- es interdisciplinaria, actuando en forma conjunta y coordinada el psiquiatra, el psicólogo y el asistente social. En el Servicio de Admisión se debate cada caso individual, intercambiando -los profesionales que allí se desempeñan- sus conocimientos y perspectivas tanto teóricas como de diagnóstico del paciente, de su situación, y delineando las estrategias a seguir.

Las pacientes llegan al Servicio de Admisión derivadas por el Servicio de Guardia, que atiende las urgencias psiquiátricas extrahospitalarias las veinticuatro horas, y las intrahospitalarias fuera del horario de actividad de los profesionales de planta.

Los ingresos por la guardia no son –en general- por decisión personal. En la mayor parte de los casos las pacientes son traídas o acompañadas por algún familiar o por personal policial en el caso de derivación judicial. En los casos que

justifican una internación, las pacientes permanecen en promedio una semana en el Servicio de Guardia recibiendo las primeras intervenciones paliativas de su brote descompensatorio. Luego son trasladadas al Servicio de Admisión para la continuación del tratamiento.

En el mencionado servicio se trabaja en la modalidad de equipo interdisciplinario, aplicando intensivos tratamientos farmacológicos y terapia individual y familiar, observando disfunciones vinculares e interviniendo con prácticas cognitivo-conductuales, confrontativas y sistémicas, así como teniendo en cuenta los aspectos socioeconómicos y laborales. Los tratamientos e intervenciones apuntan a la remisión del cuadro que motivara la internación, y a la reinserción de la paciente a su medio familiar y social de origen.

La metodología que se implementa en la presente investigación consiste en la descripción del funcionamiento interdisciplinario de este servicio, con un carácter descriptivo, articulada con ejemplos de la práctica profesional.

Importancia del Problema.

El desarrollo y la implementación de enfoques interdisciplinarios en Salud Mental, abren un lugar al aporte de diferentes miradas en torno a una problemática compleja: diferentes ciencias conjugan la posibilidad de una dinámica de intercambio donde se negocian definiciones diagnósticas y decisiones terapéuticas.

Se considera necesaria la puesta en juego del diseño de políticas asistenciales que favorezcan el respeto por la complejidad de los pacientes, destacando la necesidad de un abordaje interdisciplinario, basado en el aporte de diferentes

Psicología.

ciencias, mediadas por la reflexión, la discusión y la construcción conjunta de los delineamientos óptimos, respetándose las singularidades de cada caso.

La definición y la construcción interdisciplinaria del planteamiento de los problemas, la producción de conocimiento enriquecida por los diferentes aportes, la relativización de las propias certezas, el debate y la confrontación, son aspectos que aportan en beneficio de la resolución de los desafíos abordados.

Por parte de los profesionales, formar parte de un equipo interdisciplinario de trabajo aporta un espacio de sostén, intercambio y diálogo, posibilita compartir responsabilidades así como enriquecerse con aportes disímiles.

La promoción de una mirada panorámica permite enriquecer el pensamiento, da sentido al propio quehacer ante la posibilidad del reconocimiento de ser parte de una tarea conjunta y no de una acción-individual.

La búsqueda de un enfoque interdisciplinario condujo a un corrimiento del enfoque médico psiquiátrico como saber hegemónico, generándose las condiciones para pensar la salud más allá de la mirada patologizante. En esta ampliación conceptual y práctica se priorizan las posibilidades de recuperación, los núcleos de personalidad conservados, se incluye a la familia, y se desliza la mirada hacia las posibilidades de reinserción del paciente como parte fundamental de la asistencia.

En sus orígenes, los conceptos de enfermedad mental se vincularon a una concepción mecanicista y reduccionista, ligados a la medicina y la psiquiatría, que consideraban a la salud como ausencia de enfermedad. En las últimas décadas esta mirada sesgada fue superada por conceptos que valorizan a la persona contemplando sus fenómenos intrasubjetivos, y su participación en un contexto relacional y social.

La Ley de Salud Mental 448, sancionada en el año 2000, actualmente vigente en la Ciudad de Buenos Aires, garantiza el derecho a la Salud Mental de todos los individuos en el ámbito de su incumbencia. Establece que debe reconocerse la singularidad de las personas asistidas, en su condición de sujetos de derecho, y asegura su atención en los establecimientos estatales, tendiendo a la progresiva

reinserción, mediante protección social y una adecuada red de servicios. Propone un proceso de transformación desde el antiguo modelo hospitalocéntrico hacia una apertura comunitaria del tratamiento de los problemas mentales, estableciendo un régimen de internaciones sólo cuando hubieren fracasado los intentos de abordaje ambulatorio, y priorizando la prevención y la promoción de la Salud Mental.

Las prácticas interdisciplinarias –cuando responden a la dinámica señalada- enriquecen los acercamientos al conocimiento, así como la forma en que se abordan y se conocen los conflictos. Una disciplina podría compararse a un recorte de la realidad, a una cara del prisma, cuando el objeto de estudio es resultado de una trama compleja, y de un devenir familiar, histórico, cultural, social, político y económico, atravesado por coyunturas que definen formas particulares de subjetividad.

En las prácticas hospitalarias de esta institución se perfilan aún ciertas prácticas atravesadas por la influencia hegemónica de los modelos tradicionales de atención de salud. Sería necesario consolidar la tarea interdisciplinaria -fomentando la integración de las diferentes especialidades- para un trabajo mancomunado que responda a las complejas necesidades multivariadas de la internación en salud mental.

La Interdisciplina no resulta simplemente por la sumatoria de diferentes perspectivas disciplinarias, ya que sin elaboración y reflexión participativa y conjunta, la dinámica esperada se diluye. Un trabajo interdisciplinario debe posibilitar el intercambio, el debate, el aprendizaje y la autocrítica en equipos asistenciales constituidos para tal fin. Es necesario considerar además que la formación teórico práctica universitaria de psiquiatras y psicólogos no parece ser suficiente para atender las demandas crecientes y complejas a las que se enfrentan, ante las que se hace necesario un enfoque amplio con apertura hacia una praxis interdisciplinaria que contemple los conflictos sociales que se expresan de manera individual. Torrente (2006) agrega que además -ante el crecimiento del arsenal farmacológico de las últimas décadas- al psiquiatra le es requerido un grado de experticia muy importante que compite con los tiempos de

Psicología.

formación que podría destinar al aprendizaje y ejercicio de la psicoterapia, por lo que deberían delegar la conducción de las mismas a otros profesionales. Este autor considera que el trabajo de colaboración entre profesionales de diferentes disciplinas es la tendencia en Salud Mental por ser una opción viable y efectiva, “siempre y cuando se integre en una estrategia coherente en cuanto a sus conceptos teóricos, al diseño de las intervenciones y al ensamblado ideológico del equipo tratante” (Torrente, 2006, p.284).

OBJETIVOS.

Objetivo general.

Describir el funcionamiento general y la dinámica de integración de un equipo interdisciplinario dedicado a la Salud Mental, que trabaja en el Servicio de Admisión del Hospital estudiado.

Objetivos específicos.

- 1- Destacar el trabajo del equipo interdisciplinario de Salud Mental del Servicio de Admisión del Hospital en el proceso de admisión de pacientes.
- 2- Explicar la dinámica del Servicio de Admisión.
- 3- Analizar un caso de la práctica atendido en el servicio.

MARCO TEÓRICO.

El concepto de Salud Mental propuesto por la OMS en su Informe para la Salud en el Mundo de 2001 abarca “el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales” (OMS, 2001, p. 5), admitiendo que la Salud Mental va más allá de la simple ausencia de trastornos mentales. La anterior definición teórica impartida por un organismo de concertación internacional -que propone asumir la Salud Mental como un objeto complejo- tiene implicancias en las responsabilidades políticas y sociales. Durante la segunda mitad del siglo XX, se produjo un cambio de paradigma en la consideración y la atención de la Salud Mental, en gran medida determinada por los grandes avances de la psicofarmacología, así como también por el desarrollo de nuevas formas de intervención psicosocial. La continuidad en la implementación de mejores modelos de atención requiere no sólo de la perspectiva económica, sino también de una mirada institucional y social que favorezca el aprendizaje y la articulación de acciones e interacciones entre diferentes profesionales y con la comunidad.

El informe expone que:

Los gobiernos son tan responsables de la Salud Mental de sus ciudadanos como de su salud física. Uno de los mensajes fundamentales a los gobiernos es que los hospitales psiquiátricos, allí donde todavía existen, deben cerrarse y sustituirse por una atención comunitaria bien organizada y por camas de psiquiatría en hospitales generales (op.cit., p.4).

Stolkiner (2007) explica que, en los países en los que no se han implementado reformas en los servicios de Salud Mental, la internación suele tener consecuencias altamente iatrogénicas, llegando a producir –cuando el modelo de internación es prolongado- más daño que la enfermedad misma. Por las razones expuestas, la reforma y provisión de servicios de Salud Mental es considerada una prioridad.

La OMS plantea la urgencia de analizar, reevaluar y reformar los servicios de Salud Mental aún con recursos limitados. Entre los lineamientos generales que se desprenden de la lectura e interpretación de su informe (2001) se encuentran:

- Garantía de accesibilidad y equidad.
- El cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos.
- Desarrollo de servicios comunitarios de Salud Mental a nivel local.
- Una combinación equilibrada de tres componentes fundamentales: medicación (o farmacoterapia), psicoterapia y rehabilitación social.
- Integración de la atención de Salud Mental en los servicios de salud generales, con la incorporación de especialistas en Salud Mental para prestar apoyo y supervisar al personal de salud general.
- Eficacia en prevención primaria, tratamiento (prevención secundaria) y rehabilitación (prevención terciaria).
- Creación de vínculos entre los servicios de Salud Mental y diversos organismos comunitarios, a fin de conseguir prestaciones para los

- pacientes (vivienda, empleo, subsidios), ejecutando así con mayor eficacia las tareas de prevención y rehabilitación.
- Lucha contra la estigmatización.
 - Fomento de las investigaciones.

Como punto importante para el desarrollo de la presente investigación se destaca por ser uno de los aspectos imprescindibles en los establecimientos de políticas, programas y legislaciones sobre Salud Mental:

- La necesidad del desarrollo de “equipos de especialistas que incluyan profesionales médicos y no médicos, tales como psiquiatras, psicólogos clínicos, profesionales de enfermería psiquiátrica, asistentes sociales de psiquiatría y terapeutas ocupacionales, capaces de trabajar juntos para garantizar una asistencia completa y la integración de los pacientes a la comunidad”(op. cit. p. 11).

“Sabemos hoy que los trastornos mentales y conductuales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales” (op. cit. p. 4), por lo que un abordaje pertinente de los mismos requerirá la participación mancomunada de especialistas en las diferentes áreas involucradas en la complejidad de tales fenómenos de etiología plurideterminada.

“La Salud Mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad de logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo” (Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2000, p.7). Esto delimita claramente la necesidad del abordaje de los aspectos contemplados, infiriéndose la necesidad de un trabajo interdisciplinario con especialistas para la atención de cada disciplina citada, en concordancia con el abordaje de las dimensiones biológicas, psicológicas, y de los aspectos socioculturales y socioeconómicos de cada individuo.

“La OMS ha venido promoviendo la Atención Primaria de Salud (APS) desde los años previos a 1978, cuando decidió adoptar este enfoque como fundamento para el logro de la meta de `Salud para todos” (Maceira, 2007, p.15). Se

Psicología.

entiende por APS un modelo estratégico de salud que haga partícipe a la población de prácticas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Asimismo el modelo de APS incluye la combinación de aprendizaje interdisciplinario de médicos y trabajadores de la salud, sociólogos, psicólogos, trabajadores sociales, economistas y especialistas en gestión, etc., a fin de permitir un uso eficiente de recursos, en tanto una mayor eficiencia asignativa redundará en mayor equidad y acceso. (op.cit., p. 16).

La psiquiatría nace como rama de la medicina en consonancia con el requerimiento de la conformación de las estructuras sociopolíticas posteriores a la Revolución Francesa. Se suponía un pueblo compuesto por sujetos racionales, con un Estado garante del contrato, donde los locos no eran considerados sujetos de derecho. Al respecto amplía Maceira (2007, p.126): “El positivismo como pensamiento hegemónico planteó la ciencia como garante de la racionalidad del orden social”, reemplazando el lugar de poder antes centrado en la religión.

Hacia mediados del siglo XX se va definiendo el reordenamiento de la Salud Mental en el mundo: en los Estados Unidos, Irving Goffman investigó las patologías debidas a las internaciones, publicando sus ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales en 1961. Con la sanción de la Ley Kennedy en 1963, se definió una nueva forma de intervención comunitaria basada en socioterapias y comunidades terapéuticas. En Italia, los estudios de pensadores como Basaglia condujeron a la reformulación de las leyes de Salud Mental, con el cierre definitivo de los hospitales de internación psiquiátricos, constituyendo la reforma más radical de ese período. Al respecto opina Galende (1990):

*Todo este movimiento no debe entenderse como despliegue, extensión o modernización de la psiquiatría, ya que, por el contrario, constituye su crisis, expresada justamente en su imagen institucional, y ha de llevar a la construcción de un nuevo modelo de acción, que son las políticas en salud mental (p.146).**

*Trabajo final integrador.
Ethel Silvina Miroschnik,*

El mencionado autor explica que en Argentina, la década del sesenta puede ser considerada la década de lo psicológico, ya que egresan los primeros psicólogos, se crean los primeros Centros de Salud Mental, se incorporan servicios de psicopatología en hospitales generales y se conforma la Federación Argentina de Psiquiatras -primer movimiento para la reforma en Salud Mental-. Se cuestionó el concepto de enfermedad con el que tradicionalmente la psiquiatría englobaba los padecimientos mentales, dando lugar a otros saberes para la comprensión y abordaje de estos problemas (la psicología, la sociología, la antropología).

En la década del setenta se abren paso una proliferación de prácticas terapéuticas con base psicológica, superando la visión hegemónica de enfermedad por falla individual, para dar paso a una concepción integradora de los incipientes problemas sociales como exclusión, violencia, desarraigo, así como las consecuencias de un contexto de neoliberalismo y posmodernidad (estrés, alienación, soledad, trastornos de la personalidad, problemáticas de adaptación, desmembramiento familiar, individualismo, hipercompetencia, depresión, adicciones, trastornos de la alimentación, enfermedades psicosomáticas y otras actuales exacerbaciones en la configuración del padecimiento psíquico).

Se deduce que un abordaje biopsicosocial, teniendo en cuenta la plurideterminación en la configuración de los padecimientos mentales, alejan de todo reduccionismo, ya sean somaticistas o mentalistas, dando paso a la interacción de aportes psicológicos, psiquiátrico-farmacológicos y socioterapéuticos.

* en itálicas en el original.

Es importante considerar los conceptos de Stolkiner (1999): "...el simple planteo de interdisciplina implica un cuestionamiento a los criterios de causalidad, básicamente a los de causalidad lineal, y atenta contra la posibilidad de

Psicología.

fragmentación de los fenómenos a abordar. Implica también el reconocimiento de que los campos disciplinares no son un `reflejo´ de distintos objetos reales sino una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y métodos”. Se perfila necesario tener en cuenta que equipo interdisciplinario, es ante todo un grupo humano, donde las cuestiones de poder aparecerán insoslayablemente. Un trabajo en equipo implica la puesta en común de acuerdos básicos, la construcción conjunta de un objeto de estudio, así como el debate e intercambio sobre las estrategias a seguir y el consenso en la aplicación de recursos terapéuticos.

Una investigación reciente del Centro Privado de Psicoterapias (Torrente, 2006) aporta que la gran mayoría de los profesionales que participaron del estudio destacan el apoyo del equipo en sus conflictos. Aún la minoría que mencionó desacuerdos en el grupo de trabajo, reconoció la percepción positiva de apoyo derivada de integrar los mismos. “La presencia de un equipo tratante tiende a ser percibida por los profesionales como una fuente de apoyo, más que como el origen de problemas operativos” (op.cit., p.283).

MÉTODO.

Tipo de estudio: descriptivo

Diseño: estudio de caso.

Selección del caso: se seleccionó al equipo profesional interdisciplinario del Servicio de Admisión del Hospital interviniendo en un caso concreto de su práctica, por ser quienes se desempeñan en el área clínica elegida para la residencia.

Se seleccionó el caso L, por la coincidencia temporal del comienzo de la residencia en el Servicio de Admisión, con el inicio de la internación de la paciente en el lugar.

Técnica: observación no participante.

Modo de registro de la técnica: registro personal escrito de observaciones.

El modo de registro de los datos consistió en el apunte manuscrito personal de los aspectos considerados relevantes en las observaciones diarias de las entrevistas con la paciente, así como en las reuniones con sus familiares, de la observación de su participación en las actividades diarias, y de la escucha de los intercambios entre los profesionales intervinientes. Se seleccionó en forma crítica el material relevante que se juzgó pertinente, para su posterior elaboración.

Procedimiento: El presente estudio se llevó a cabo mediante la observación diaria del desempeño y la interrelación en el trabajo cotidiano y conjunto del equipo de Salud Mental que se desempeña en el Servicio de Admisión del Hospital. La modalidad de observación fue no participante, no estructurada. No se pudieron administrar preguntas ni entrevistas a los profesionales con respecto a la modalidad de trabajo, por reticencia en el primero de los casos, por negativa manifiesta en el segundo. No se efectuaron preguntas a la paciente, como

Psicología.

tampoco a familiares. Además del registro personal de observaciones, se utilizaron datos consignados en la historia clínica.

Se presenciaron la totalidad de las entrevistas de admisión, así como las diagnósticas, de seguimiento, las reuniones de debate de casos, los talleres de terapia ocupacional y las reuniones con familiares, a excepción de las entrevistas con superposiciones horarias, en los que se optó por una de ellas.

En el presente trabajo se han sustituido los verdaderos nombres de las personas involucradas para preservar la intimidad de las mismas.

DESARROLLO.

Para contextualizar el presente trabajo con una breve presentación del hospital.

El edificio, que está emplazado en un área de diecisiete hectáreas, tiene capacidad para albergar a mil quinientos pacientes, y cuenta con los siguientes servicios:

- Consultorios externos
- Servicio de Guardia
- Servicio de Admisión (para la internación y tratamiento de pacientes agudos)
- Servicio de Emergencia (pacientes agudos)
- Terapia a Corto Plazo
- Terapia Intermedia (pacientes en condiciones de tratamiento sub-agudo)
- Servicio de Internación de Crónicos.

Los Servicios de Admisión, Emergencia y Terapia a Corto Plazo fueron planificados para ofrecer quince, treinta y noventa días de internación.

Las pacientes que requieren tratamientos con plazos de internación mayores a los mencionados son derivadas al Servicio de Terapia Intermedia, cuyo plazo máximo es de ciento ochenta días.

El abordaje terapéutico de los consultorios externos incluye psicofarmacología, terapias individuales y grupales, familiares y de pareja.

El hospital posee además un departamento de servicios médicos complementarios integrado por diferentes especialistas clínicos -patología, cirugía, clínica, electroencefalografía, farmacia, kinesiología, odontología, oftalmología- un taller de rehabilitación llamado Bonanza y un destacado y prestigioso Departamento de Docencia e Investigación -sede de formación de postgrado de especialistas en psiquiatría, así como organizador de cursos y jornadas-.

Todos los servicios están formados por equipos interdisciplinarios de profesionales: médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas en rehabilitación (terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas) y personal de enfermería, llevándose a cabo acciones de prevención, promoción, protección, asistencia y rehabilitación.

La historia del hospital refleja la evolución en el tratamiento de la locura, comenzando por las escuelas organicistas de comienzos del siglo XX, siguiendo con el advenimiento de la Psicofarmacología hacia mediados del mismo siglo, -con su eficacia para reducir los cuadros de excitación y los delirios- y, paralelamente, el desarrollo de la Psicología, aportando una mirada integral más humana de la persona enferma. En tanto los momentos de crisis y vulnerabilidad de las personas no son al margen de las problemáticas económicas o sociales, el mapa del curso de los acontecimientos históricos obliga a considerar estos aspectos. El abordaje propiciado por el hospital desde los aspectos médicos, psicológicos y sociales, lo ubican a la altura de los conocimientos científicos a nivel mundial.

Descripción del Servicio de Admisión.

El Servicio de Admisión se encuentra ubicado a la derecha del parque al que se accede atravesando el primer cuerpo del hospital. Comparte el primer piso con el Servicio de Guardia, del cual son derivadas las pacientes. Una escolta policial franquea la entrada del acceso, de vidrio transparente. Todas las dependencias del servicio de admisión convergen en un salón central: la sala de espera.

Hacia la derecha se ubica el salón de usos múltiples, donde las pacientes internadas llevan a cabo sus actividades, ya sean las organizadas como los talleres, o las libres. En el mismo salón, se sirven las cuatro comidas, y se realizan los días lunes y jueves por la mañana los talleres de Terapia Ocupacional. Junto a este salón está la secretaría, que hace las veces de lugar de reunión de los profesionales. El lugar resulta pequeño para la dinámica de intercambio que allí se lleva a cabo, siendo también el archivo de las historias clínicas, y el paso obligado de todos los profesionales hacia el vestuario y el baño.

Junto a la secretaría, hay un pequeño espacio con una mesa y una mesada con cocina y pileta, destinado a enfermería. Sobre la mesada se encuentran las carpetas con las indicaciones médicas para las pacientes, y un clasificador etiquetado que almacena las medicinas. Una pizarra en la pared sirve de recordatorio de instrucciones, y un ventanuco con rejas facilita la visualización de la habitación de las pacientes.

A la izquierda de la sala de espera están ubicados los dos consultorios. Son muy pequeños para alojar al equipo interviniente sumado al paciente que suele ingresar acompañado de familiares, lo que obliga a maniobrar cuerpos y sillas para poder sentarse, llegando a darse el caso de tener que permanecer algún residente o la psicóloga parados por la falta de espacio.

A continuación de los consultorios, un pasillo amplio desemboca hacia el final con la oficina del director del servicio. En el mismo camino se encuentra la habitación con las quince camas, cada una con un pequeño placarcito para las pertenencias. Luego un amplio baño con una bañera central y tres divisiones pero sin puertas, para que las enfermeras puedan controlar a las pacientes.

El horario de trabajo de la mayor parte del equipo es por las mañanas, permaneciendo por la tarde sólo el personal de enfermería y algunos talleres, con el médico del Servicio de Guardia ante cualquier urgencia imprevista.

Los ingresos pueden concretarse cualquier día de la semana y las visitas, los días miércoles y domingos. Las citas a parientes, cada vez que el equipo lo considere necesario, lo que sucede –en general- semanalmente.

El Servicio de Admisión fue pensado para una permanencia de internación máxima de quince días, lo que en la práctica no sucede, llegando a permanecer algunas pacientes durante meses.

El equipo estable de profesionales está conformado por el médico psiquiatra director del servicio, que se encarga de la supervisión general del funcionamiento, así como de las tramitaciones derivadas de las responsabilidades legales que atañen las internaciones. Para la atención clínica de los casos, la dotación estable cuenta con una médica psiquiatra, una psicóloga, una asistente social, y una terapeuta ocupacional, esta última dependiente de otro servicio y prestando funciones dos mañanas por semana. Además, el personal de enfermería.

En la atención clínica también se desempeñan dos médicos que realizan su residencia en la especialización psiquiátrica. Se suman al equipo de trabajo dos psicólogas que están realizando las residencias correspondientes. Todos ellos concurren a este servicio dos veces por semana, siéndole asignados los seguimientos de algunos de los casos.

Al comienzo de cada jornada el equipo establece las prioridades de atención de acuerdo al curso de los acontecimientos relacionados con la evolución de los tratamientos, así se planifican las intervenciones para el día.

Psicología.

En uno de los consultorios, se reúne el equipo de psiquiatra, psicóloga y asistente social, para comenzar las interconsultas establecidas como prioritarias. No existe un tiempo prefijado para la atención de cada caso –si bien el promedio de cada intervención es de cuarenta minutos- a excepción de los seguimientos de rutina, que se realizan cuando ya se han tramitado las urgencias, y que pueden resolverse en quince minutos de conversación, si la paciente no presenta novedades.

Las pacientes llegan al Servicio de Admisión derivadas por el Servicio de Guardia, que atiende las urgencias psiquiátricas extrahospitalarias las veinticuatro horas, y las intrahospitalarias fuera del horario de actividad de los profesionales de planta.

Los ingresos por guardia no son –en general- por decisión personal. En la mayor parte de los casos las pacientes son traídas o acompañadas por algún familiar o por personal policial en el caso de derivación judicial. En los casos que justifican una internación, las pacientes permanecen en promedio una semana en el servicio de guardia recibiendo las primeras intervenciones paliativas de su brote descompensatorio. Luego son trasladadas al Servicio de Admisión para la continuación del tratamiento.

Se trabaja en la modalidad de equipo interdisciplinario, aplicando intensivos tratamientos farmacológicos, terapia individual y familiar, observando disfunciones vinculares e interviniendo con prácticas cognitivo-conductuales, confrontativas y sistémicas, así como teniendo en cuenta los aspectos socioeconómicos y laborales, apuntando a la remisión del cuadro que motivara la internación, y a la reinserción de la paciente a su lugar social de origen.

Un porcentaje considerable de las pacientes necesitan -por su patología y conflictivas sociales- largas estadías, originando la problemática de la poca disponibilidad de camas en todos los servicios. Sería uno de los objetivos de la institución fomentar las actividades grupales, integrando a las familias, así como facilitar las experiencias laborales tanto intra como extrahospitalarias para evitar la marginación y consolidar los logros terapéuticos.

Durante el tiempo de residencia en el Servicio de Admisión se presenciaron tanto las entrevistas de las pacientes ingresantes, así como las de los seguimientos diarios de las internadas. Se ha observado también su desempeño en los talleres ocupacionales, y participando del debate y la enseñanza de los profesionales con respecto a las diferentes problemáticas particulares en cuanto a la enfermedad, la confección de la historia clínica, la situación social, familiar y las diferentes posibilidades de reinserción comunitaria.

Lipovetzky y Agrest (2006) consideran que:

Las diferentes modalidades de tratamiento combinado dentro del territorio de la Salud Mental son la expresión de la gran diversidad de herramientas clínicas y profesionales albergados por dicho campo multidisciplinario. Es posible encontrar de manera asociada abordajes farmacológicos con variadas formas de psicoterapia, terapia ocupacional u otras formas de intervención. (p.261).

Esta múltiple confluencia de saberes permite la interrelación de diferentes perspectivas en la construcción del objeto de estudio y la puesta en juego de las distintas variables posiblemente implicadas en la configuración de los problemas a considerar, enriqueciendo el delineamiento de las propuestas para las posibles estrategias a desarrollar.

Las entrevistas.

El término entrevista refleja un encuentro entre paciente y terapeuta, abriendo la posibilidad de una continuidad de encuentros posteriores, que darán lugar a una relación entre los participantes.

El objetivo de una entrevista debería ser la atención de algún aspecto que pueda tratarse en el lapso de tiempo asignado a la misma. La actitud del terapeuta es más activa que la mera escucha, priorizando ayudar al paciente a tratar las cuestiones que se diagnostican como fundamentales de ser clarificadas.

Las intervenciones están dirigidas a verbalizar aspectos tal vez difíciles para el paciente; contrastar situaciones de manera tolerable; clarificar algunas confusiones y pensar sobre aquellas vivencias que comportan algún tipo de sufrimiento emocional, para que no quede tan sólo en una intelectualización.(...) El contenido de estas entrevistas requiere de la focalización de algún conflicto de la realidad psíquica del paciente , poniendo más o menos énfasis en la vinculación con su realidad externa inmediata. (Pérez-Sánchez, 1996, p.336).

En el caso de las entrevistas desarrolladas en el Servicio de Admisión, el encuadre podría describirse como focalizado y breve. Los procesos psicoterapéuticos de encuadre psicodinámico se proponen facilitar el despliegue de la palabra, permitiendo la asociación y la interpretación. No es el caso de las entrevistas realizadas por el equipo -en su mayoría de corte cognitivo-conductual- que apuntan generalmente al control de las conductas consideradas afectadas por el cuadro principal de las pacientes -en mayoría descompensaciones psicóticas y desórdenes graves de la personalidad- con poca conciencia de situación y enfermedad.

La psiquiatra, la psicóloga y la asistente social, se reúnen con la paciente intentando tener una visión objetiva, o al menos conjunta sobre la observación y el relato al que se enfrentan. En el transcurso de las entrevistas van consignando las descripciones del cuadro debatidas luego de cada encuentro,

en la historia clínica, intentando una aproximación a conclusiones de mayor validez diagnóstica. Las profesionales controlan diariamente la evolución de las pacientes, observando y registrando los signos manifiestos, cambios de conducta, preguntando por los síntomas, y atendiendo las consecuencias que pudieran suscitarse como efectos de la medicación -ajustando las dosis y prescripciones en los casos necesarios- e integrando en los intercambios el material recabado de los aportes del personal de enfermería, de las entrevistas a familiares o de otros miembros del equipo.

Entrevistas con familiares.

La familia es un sistema formado por personas relacionadas biológica y afectivamente, que viven en un lugar en común, persistiendo en el tiempo. En la actualidad, la unidad tradicional de la familia se encuentra en crisis -entre otros factores por la inestabilidad económica, las transformaciones en las relaciones de pareja y el cambio en los roles de los géneros- aumentando la vulnerabilidad de los miembros de este tejido social básico. Las familias son sistemas abiertos en transformación y en permanente relación con el medio, debiendo adaptarse a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo, tanto como de las crisis vitales que atraviesan cada uno de sus miembros. Es importante tener en cuenta que la dinámica del funcionamiento de los vínculos en una familia obedece a patrones aprendidos, en un sistema que intenta el equilibrio enfrentándose tanto a demandas y cambios internos de cada uno de sus miembros, como de aquellos que son producto de su relación con el exterior. Por estas cuestiones resulta imprescindible realizar entrevistas con los familiares convivientes, o a cargo de las pacientes, para aportar datos acerca de la historia de la misma si ésta no pudiera transmitirlos, o para su contrastación en el caso de que sí lo hiciera. Así también es necesario abordar con la familia las situaciones

Psicología.

conflictivas que conmocionan el seno familiar, intentando colaborar para resolver el funcionamiento psicosocial entre los integrantes y con su entorno, teniendo en cuenta las características emocionales de cada uno de ellos.

Realizar un análisis de la complejidad de la interrelación entre la conformación de las características familiares en relación con las problemáticas de la salud mental de sus integrantes -o de su relación con la aparición de un emergente- excede los objetivos del presente trabajo. En el Servicio de Admisión se llevan a cabo entrevistas con los familiares aplicando técnicas diversas, ya sean charlas, diálogos, la expresión libre de sus temores y angustias, tanto como la impartición de directivas conductuales para el logro de una readaptación lo más pronta y eficaz posible de los miembros, no fácil de sostener en momentos críticos como el de la internación por causa de salud mental de un integrante.

En un comienzo la entrevista puede comenzar en modalidad de expresión libre escuchando a los familiares, permitiéndoles manifestar sus inquietudes y emociones, tanto como sus propias necesidades y requerimientos, mediante el despliegue de preguntas disparadoras. Luego pueden administrarse interrogatorios más concisos con el objetivo de obtener la información necesaria sobre la anamnesis vital de la paciente, los modos de vida en los períodos previos a la internación, sus costumbres, red de vínculos, modos de relación, gustos particulares, posibles conductas disfuncionales, y otros datos que pudieran brindar un aporte sobre su enfermedad y estilo de vida.

Un paciente psicótico proviene en general de una familia que presenta algún tipo de alteración en el campo de la salud mental. La familia tiende a no reconocer esa situación, tiende a ocultarla. Por ello es conveniente que se realicen varias entrevistas; muchos de estos aspectos sólo se evidencian luego de un tiempo. (Bruno & Gabay, 2003, p.48).

A través de la entrevista familiar se recaba además información útil sobre la organización de la misma, tanto en sus aspectos saludables como problemáticos. También se obtiene conocimiento de los recursos vinculares de que disponen, sobre las diferentes vulnerabilidades, el grado de salud de sus integrantes, sus limitaciones y contradicciones, así como de la historia de sus

situaciones de crisis y ruptura. Permite acceder al conocimiento de los recursos vinculares, fortalezas y debilidades del grupo, favoreciendo el diseño e implementación de intervenciones adecuadas, de acuerdo a las características del problema y del grupo familiar. En este sentido resultan imprescindibles los aportes de la psicología sistémica y de la dinámica de grupos, aportando amplitud a la mirada del equipo en relación a estos fenómenos.

Las familias modernas encuentran recrudecidos sus conflictos internos ante las vicisitudes y tensiones de la vida moderna, siendo escasos los recursos psicosociales de ayuda a las mismas.

Cardone y Salomón (2006) amplían las repercusiones del contexto político-económico actual en las familias, que impactan provocando el debilitamiento y la ruptura del lazo social. Explican que las exclusiones estructurales afectan el espacio social, marcando la subjetividad y las conductas de las personas, y consideran necesario construir espacios de participación comunitaria para potenciar las acciones a implementar.

Es la misma comunidad la que debe canalizar, contener y desarrollar sus propios recursos, para lograr así una verdadera actividad preventiva y de promoción de los derechos de sus miembros, promoviendo el encuentro y la posibilidad de vínculos entre los diferentes actores. (op. cit. 122).

Las observaciones realizadas en las entrevistas con familiares, permiten deducir la importancia de la participación comunitaria preventiva en dispositivos de apoyo a las familias, en especial, las de mayor riesgo y vulnerabilidad emocional –ya que se observaron recurrencias en patrones de aislamiento social tanto como falta de participación y apoyo comunitario en la mayoría de los encuentros que se presenciaron-.

Considerando que en el campo social ningún actor institucional podría lograr por sí sólo metas de fondo, se destaca la importancia de la creación de espacios de contención y fortalecimiento de la red comunitaria que sostiene a sus miembros, involucrándola en la promoción del bienestar de sus integrantes.

Las entrevistas con las familias apuntan también a que quienes acompañan a las pacientes en sus tareas habituales comprendan la enfermedad mental,

Psicología.

evitando el temor y desarrollando estrategias de contención. En este sentido se llevan a cabo reuniones del equipo orientadas a la psicoeducación familiar.

La historia clínica.

La historia clínica es una carpeta en cuya tapa constan los datos de filiación de la paciente, con un número de legajo, único para esa persona en el hospital, donde quedan registrados el ingreso, el diagnóstico presunto, las entrevistas, los tratamientos, los permisos de salida, y toda la información que se considere pertinente o de relevancia para el caso. Si una persona tiene más de una internación en el mismo hospital, su número de historia clínica será siempre el mismo.

Las anotaciones diarias permiten apreciar lo observado en entrevistas sucesivas, así como apreciar la marcha de los tratamientos, permitiendo la reflexión sobre las estrategias a seguir.

En la historia clínica constan en primer lugar, los datos de filiación de la persona que ingresa (apellido, nombres, sexo, estado civil, documento, dirección, convivientes o allegados, fecha de nacimiento, foto y datos de los familiares o personas a cargo, tales como nombres y formas de contacto, así como también ocupación, el lugar de trabajo, la cobertura social, plan y número de afiliado) y el diagnóstico presunto.

La segunda hoja se completa en caso de internación, y se consigna el tipo de ingreso (judicial, policial, autointernación, urgencia) si es un reingreso (de alta o por abandono), y se registra si la persona que se interna porta documentación y valores (detallando su inventario ya que se destinan para su cuidado al Servicio

de Estadística), si presenta lesiones (si, no), si existe oficio policial, informe policial, qué juzgado interviene, y los autos caratulados (se hace mención al artículo del código correspondiente). Es necesario que esta información sea firmada al pie por la persona que realizó el traslado y por un familiar responsable.

En página a continuación se transcriben los oficios al ingreso, si existiera acta policial.

En una quinta hoja se protocoliza el motivo de consulta señalando ítems preestablecidos en un formato protocolizado (trastorno de conducta, orientación vocacional, psicodiagnóstico, crisis familiar, trastorno de conciencia, enfermedad psicosomática, adicción, descompensación psicótica, depresión u otros que se especifican), también el tipo de consulta (espontánea, derivación, orden judicial, solicitud policial), con respecto a familia (contiene, no contiene, sin familia), y luego se describe brevemente el motivo de consulta la enfermedad actual. Se consignan –de haber existido- las internaciones anteriores, los tratamientos ambulatorios que la paciente haya realizado, y los antecedentes hereditarios y familiares, aportando además datos sobre sexo y edades de padres, hermanos, cónyuge, y otros familiares. Se grafica un genograma clínico de la familia.

Suele pasar en ciertas internaciones, que los datos no llegan a recabarse, por el estado de la paciente y si no se hiciera presente ninguna otra persona, lo que sucede en algunas ocasiones. Rara vez se completan los ítems que refieren a antecedentes personales referidos al nacimiento (nacido a término, parto normal), y sí es importante consignar la instrucción, adicciones y enfermedades padecidas, por su importancia en la comprensión del cuadro, y para su futura reinserción social.

A continuación, se incluye un registro estandarizado descriptivo, aportando información sobre biotipo (atlético, leptosómico, displásico o pícnico), deambulación (normal, con deficiencias, nula), presentación (aseado, desaseado, desaliñado), conciencia (vigil, obnubilada, estuporosa), aspecto psíquico (tranquila, angustiada, excitada, deprimida, indiferente, perpleja), orientación autopsíquica (si, no, parcial), conciencia de enfermedad (si, no,

Psicología.

parcial), facies (normal, expresiva, inexpressiva, imbecílica), lenguaje (normal, disartria, dislalia, mutismo, ecolalia), atención (conservada, hipoprosexia, aprosexia, disprosexia), pensamiento (normal, fuga de ideas, interceptado, disgregado, curso normal, curso acelerado, curso retardado, contenido normal, contenido pobre, contenido delirante, contenido obsesivo, ideas sobrevaloradas, ideas fijas, otros), memoria (conservada, hipomnesia, hipermnnesia, amnesia, paramnesia), sueño (normal, insomnio de conciliación, insomnio por despertar precoz, hipersomne), sensopercepción (niega, alucinación, pseudoalucinación), tipo de alteración de la sensopercepción (acústico-verbal, visuales, gustativas, olfativas, cinestésicas, otras), afecto (normal, hipertimia placentera, hipertimia displacentera, hipotimia, alitimia, labilidad, ambivalencia), juicio (normal, desviado, insuficiente, suspendido, disminuido), actividad (normal, hipoactividad, abulia, hiperactividad, impulsiones, compulsiones, parapraxias), sexualidad (normal, disfuncional, parafilia), autoválido (sí, no), control de esfínteres (sí, no), voluntad (normobulia, hipobulia, abulia, hiperbulia). Es común, que en el Servicio de Guardia por el cual ingresan las pacientes, no se lleguen a completar los datos, se consigna lo relevante: dada la urgencia y el estado descompensado de las ingresantes, se hace difícil la evaluación. Los datos consignados revisten importancia en la historia clínica, ya que cualquier profesional que ingrese al tratamiento del caso, tiene un rápido acceso a la información sobre el curso de la evolución que encuentra registrado.

En hoja a continuación, la guardia consigna un detalle descriptivo de las primeras entrevistas, en lo posible detallando los sucesos previos a la internación, y a continuación explica el tratamiento administrado, el diagnóstico sindromático, además del diagnóstico acorde CIE10 y según DSMIV, firmando y sellando cada hoja los profesionales intervinientes.

En hoja siguiente se adjunta el examen clínico, que se realiza a cada ingresante en el sector pertinente del hospital, acompañadas por las enfermeras, quedando registradas las enfermedades físicas, los estudios solicitados (Chagas, HIV, VDRL, colesterol, y otros de rutina, o los específicos que se consideren necesarios) y los tratamientos en caso de que lo hubiera.

Luego constan los manuscritos originales de todas las entrevistas de la paciente con el equipo o los profesionales tratantes. Se continúa trabajando para el restablecimiento de la salud y hacia una mayor certeza diagnóstica en la medida en que se conoce más el caso, su evolución y se recaban observaciones y datos.

El caso L.

L, paciente de cuarenta y nueve años, llegó al Servicio de Admisión derivada por la guardia, a la que fue traída por traída por el SAME, y acompañada por la médica que actuó en el caso con orden judicial de internación. Llegó con un cuadro de excitación psicomotriz, siendo derivada desde un Hospital general, por disposición del juzgado interviniente.

Luego de permanecer una semana en la guardia, en la que se le brindaron las primeras intervenciones acordes a su urgencia, se efectivizó su pase al Servicio de Admisión para la continuación del tratamiento.

La primera entrevista se realizó al padre de la paciente, un señor de setenta y ocho años de edad, correcto, prolijo y elegante, visiblemente preocupado por la situación de su hija. Relató que la misma había sido abandonada por sus hijos, de veinte, dieciocho y quince años de edad, influidos por el ex marido de la paciente, de quien se separara hacía pocos años, quedando en principio los hijos con la madre, pero mudándose de a poco uno a uno con el padre. Esta situación también afectaba a la paciente en lo económico, al dejar de percibir la manutención para los mismos, que necesitaba para el mantenimiento del departamento en el que vivía.

El señor habló con enojo evidente hacia el hijo que permanecía viviendo con ella al momento de la descompensación, alegando que cuando su hija deambuló dos o tres días perdida, en lugar de buscarla, el primogénito se encargó de cambiar la cerradura. La psicóloga intervino con un aporte de consideración de otro

Psicología.

enfoque de perspectiva, preguntando si no podría haber considerado una cuestión de protección personal y del domicilio, dada la ausencia de su madre.

La asistente social participó activamente atendiendo a los datos e información sobre las cuestiones legales y patrimoniales, así como de trabajo y vivienda, en búsqueda del incremento de la comprensión del caso y en defensa del patrimonio e intereses de la paciente.

En el caso de L, el departamento en el que vivía, era un bien ganancial del matrimonio. Habiéndose separado pero no divorciado legalmente de su ex-marido, ella permanecía viviendo, en un primer momento, con sus tres hijos adolescentes. Desde enero, sólo vivía con la paciente su hijo mayor, hasta el momento de su descompensación psicótica en mayo del mismo año. La médica psiquiatra guía la entrevista, observa y selecciona anotaciones pertinentes que le permiten, luego de realizada la consulta y debatido el caso, registrar todo lo observado y elaborado, en la historia clínica.

En el motivo de consulta del legajo o historia clínica de esta paciente se consignó el relato de la médica que la recibiera en primera instancia, composición que difícilmente Laura hubiese podido articular.

Sus vecinos se habían comunicado con la policía, por una serie de episodios de heteroagresividad, en el que arrancó los matafuegos del edificio, golpeando paredes y puertas mientras vociferaba en un delirio en el que manifestaba ser "Celeste Cid" (nombre de una actriz de novelas televisivas). El personal del SAME psiquiátrico se hizo presente junto con el personal policial, tranquilizándola con una ampolla intramuscular de Haloperidol, y otra de Lorazepam.

Fue finalmente traída al Servicio de Guardia en estado de confusión, presentación desaseada, desalineada, estado de conciencia obnubilado, actitud reticente y desconfiada, sin conciencia de enfermedad, conciencia parcial de situación, no pudiendo recabarse datos en un primer momento. Traía consigo su documentación, dos tarjetas de crédito, una lapicera, un reloj y tres juegos de llaves. Se consignó en la historia clínica y se envió al Servicio de Estadística para su guarda.

Al examen clínico se constató equimosis en la región lumbar y muñeca izquierdas, de reciente evolución. Se indicó estricto control de conducta, no adelantando presunción alguna sobre su diagnóstico en esta primera impresión.

Al día siguiente fue entrevistada por el equipo de guardia. Aún afectada por el delirio se expresó sobre un complot en su contra para “impedirme crecer económicamente y ser autónoma”, agregando que ese mismo complot quería alejarla de su familia, especialmente de sus hijos.

Refirió que “suceden cosas” en los departamentos de arriba y de abajo del suyo, “son redes que no van a dejar de suceder porque a mí me den medicación”.

En un intento explicativo de su accionar, relató que en la vivienda de arriba escuchaba la voz de una nena que era maltratada, lo que motivó los golpes con el matafuego. Prosiguió relatando que llamó a una vecina, “pero el complot llegó a un punto que me cambiaron el nombre, me decían que me llamaba Celeste, y a partir de ahí cambiaron el nombre de todas las personas”.

La psicóloga de guardia en un intento asociativo le preguntó si conocía a alguien de nombre Celeste, contestó: “no, conozco personas de ojos celestes”.

La psiquiatra la interrogó con respecto al dormir, la paciente admitió que no dormía bien previo a la internación.

Una vez finalizada la entrevista, el equipo reflexionó en forma conjunta acerca de su impresión desorganizada e interceptada, coincidiendo en un diagnóstico de descompensación psicótica con ideas delirantes de tipo paranoide. Se decidió la continuación del tratamiento con Haloperidol, y el control de la conducta.

Al día siguiente, estando L internada aún en el Servicio de Guardia, se hizo presente su ex-marido. Informó que se encontraban separados desde hacía ocho años y que la paciente estuvo dos veces internada en una clínica privada, pero que su cobertura actual no incluye internación psiquiátrica. Explicó que le resultó imposible obligarla a seguir adelante con los tratamientos ambulatorios, que sus dos hijos menores decidieron ir a vivir con él dos meses antes de la última descompensación que la condujera a esta tercera internación, a

Psicología.

excepción del hijo mayor de veinte años que aún permanecía en el departamento que habitaba la paciente.

L permaneció internada cuatro días en el Servicio de Guardia, luego se decidió su traslado al Servicio de Admisión, por considerar que su internación debía prolongarse. El equipo integrado por la psiquiatra, la psicóloga y la asistente social la entrevistó en forma conjunta. La psiquiatra abrió el diálogo preguntando por los sucesos que desencadenaron la internación y si sabía por qué estaba en ese servicio. Se la observó rígida, algo confusa y embotada, con mirada fija. Su postura erguida y la voz calma. Relató que “gritaba porque sentía que golpeaban a niños en los departamentos del edificio y entonces yo golpeaba las puertas para que me abrieran”. La psicóloga indagó acerca de las personas que convivían con ella, contestó que vivía con su hijo mayor, ya que los dos menores “quisieron irse del departamento, y no sé si fue una idea de ellos la de irse a vivir con el padre. Querían que yo me pusiera bien”. Se considera que hubiera sido interesante indagar sobre esta última afirmación, profundizando cómo sería ponerse bien para ella, o qué creía que no veían bien sus hijos, pero las entrevistas suelen ser acotadas y enfocadas hacia la búsqueda de información precisa, sin desplegar elaboraciones que posibiliten intervenciones profundas -como se refirió en otro apartado de la presente investigación-. Las estrategias de la psicóloga solían ser de corte o confrontativo o conductual. Comentó que estaba separada desde hace ocho años y que sus hijos vivieron con ella hasta hace dos meses atrás, concordando con los datos aportados por su ex-pareja. La asistente social le preguntó acerca de su experiencia laboral, y L relató que trabajó como traductora de inglés y en venta de ropa de niños. Respondió las preguntas acerca de los motivos por los que dejó de trabajar argumentando: “Dejé de trabajar porque descubrí que cuando yo trabajaba, dejaban entrar gente, no sé qué gente”.

“Empecé a trabajar en casa, bordando toallas para vender, después los niños se fueron con A (su ex-marido) y se me empezó a cerrar el círculo”. Se considera que podría haber sido interesante darle la posibilidad de expresarse sobre esta

última metáfora, por su riqueza interpretativa, pero no fue el enfoque que con que se trabajó el caso.

“Esto que me pasó a mí le pasó igual a mi tía A de R”, acotó refiriéndose al desmembramiento familiar. Se cree que podría haberse rescatado la frase “esto que me pasó”, para la repregunta, en el sentido de apertura a la reflexión sobre la autopercepción de lo vivido.

A las preguntas de la psiquiatra, negó padecer en este momento alteraciones sensoperceptivas, pero cuando se le recordaron los gritos de niños que escuchaba los homologó a “una pesadilla”.

Luego de la entrevista, el equipo debatió acerca de la gravedad del presunto diagnóstico, teniendo en cuenta la anamnesis, los signos y síntomas de la paciente, y la evidencia del cuadro. Se destacaron las ideas de perjuicio y persecución. Ante las preguntas de la psicóloga, sobre la reconstrucción de lo sucedido el día de la internación, L relató: “la policía quería violarme, uno de ellos se acomodaba la corbata y me hacía gestos insinuantes”, otra de sus explicaciones sobre el supuesto complot fue “aquí lo que quisieron es destruir mi matrimonio”.

La madre de L había fallecido hacía quince años, cuando ella tenía la edad de treinta y cuatro años, durante una sesión de diálisis, ya que padecía de nefritis. La primera internación de la paciente data de trece años atrás, a los treinta y seis años de edad, la segunda a los treinta y nueve años de edad. Ambas internaciones de alrededor de quince días (refirió que estuvo internada por depresión, pero esto no condice con la medicación que recibió, ya que fue tratada con antipsicóticos). Dos años después sobrevino su separación conyugal.

Ella afirmó que su ex-marido era ingeniero, y que “trabaja actualmente”, lo que más tarde su padre puso en duda.

Su padre, de setenta y ocho años, es personal retirado de las fuerzas armadas. Por cuestiones de trabajo del mismo, L vivió antes de casarse en Gran Bretaña, donde perfeccionó su dominio del idioma inglés.

Psicología.

A una semana de la internación, la conclusión del equipo fue que aún continuaba negando su enfermedad, sin conciencia de la misma, refiriendo que los vecinos “se metieron en mi vida”, lo que puede interpretarse como un mecanismo de proyección causal con el que objetivizó en su entorno sus problemáticas subyacentes.

Los diagnósticos presuntos que se discutieron hasta ese momento giraron en torno a un trastorno esquizoafectivo, una parafrenia afectiva o un trastorno delirante crónico. Las prescripciones farmacológicas indicadas fueron Haloperidol y Clotiapina.

Durante la primera semana de internación de la paciente, el equipo interdisciplinario entrevistó a la tía, quien relató que la muerte de la madre afectó mucho a L, que el padre siempre había sido muy riguroso, pasando épocas prolongadas en las que no se hablaban con L, y que el ex-marido de la paciente era violento. Se ofreció para visitar a su sobrina, así como para las entrevistas necesarias. Después de cada entrevista, los profesionales intercambiaron sus opiniones, consignando por escrito las conclusiones, primando –por lo general– el acuerdo y la unanimidad de criterios.

El seguimiento terapéutico de la paciente fue diario. L comenzó a mostrarse más tranquila, pero con actitud reticente, omitiendo sistemáticamente detalles en sus relatos con respecto a lo aportado en entrevistas anteriores. En todo momento mantuvo sus modales parsimoniosos, sin exaltación. Su aspecto se percibió elegante, y prolijo. Su actitud, calma, así como tranquilos el tono de voz y la enunciación de sus palabras. Se destacó su porte erguido, la mirada algo fija y rígida y sus modales amables.

Pasados diez días de intervenciones y controles diarios, se continuó con el mismo tratamiento terapéutico y farmacológico. Al terminar una entrevista donde se mostró tranquila y estable, retornó al consultorio luego de terminada la misma para agregar: “Me olvidé de decirles algo, que no sé si complica mi situación o no: cuando yo renuncié al trabajo de venta directa, también renunció la tesorera, nos hicimos bastante amigas y ella me preguntó si no me habrían colocado micrófonos...y creo que es posible...porque también pueden usar antenas...u

otros aparatos...creo que todo es un problema familiar, entre la familia de mi ex marido y la mía”. En esta definición –y pese a la acción de los antipsicóticos- se reflejó la presencia constante de los signos positivos de su psicosis.

En la entrevista siguiente, su actitud cambió a reticente y desconfiada. Durante su estadía en el servicio no se separó de una cartera que la acompañó en toda situación. Se molestó ante las preguntas de las profesionales, con respecto a los episodios que evidenciaron el desencadenamiento de su internación.

Admitió haber escuchado llantos de niños pidiendo auxilio, justificando por esto haber golpeado las puertas de los vecinos. Articuló que todo estaría conectado: su ex -marido, los vecinos, la familia, también la empresa donde trabajó hace años, a la que renunció por voluntad propia, pero que “después no consiguió nunca más trabajo por causa de las denuncias”. Se advirtió el ocultamiento de datos, las ideas de autorreferencia, a pesar de haber cedido la agresividad del ingreso. Se evidenció la persistencia del resto de la sintomatología, sin conciencia de enfermedad.

Durante la entrevista con el padre, el mismo se mostró sorprendido por la gravedad de las implicancias que le fueron comunicadas, manifestando que creyó que su hija no estaba tan mal, que sólo tenía depresión. Ya su tía había manifestado que ante las internaciones anteriores, la familia sólo pensó que estaba deprimida por la muerte de su madre, o por las desavenencias en su matrimonio.

Se interrogó al padre por el pasado de la paciente, corroborando los dichos de la tía, y aportó datos sobre una ocasión en la que L le comentó su convicción de que “habían clonado a la suegra”. Agregó también que “de pequeña tenía desmayos, y la trataron con Luminaletas, por las convulsiones”. El señor descalificó al ex marido de la paciente alegando que “no trabaja y es jugador, al igual que el novio actual”, desacreditando las afirmaciones contrarias de su hija. Como dato sobre antecedentes familiares de enfermedad que la psiquiatra se preocupó por indagar, sólo aportó que un primo de la mamá de L había asesinado a su propia madre.

Psicología.

En las entrevistas siguientes la paciente comenzó a mostrar oposición y reticencia ante las preguntas de índole familiar. Por ejemplo cuando se le preguntó por los hijos, contestó que sólo tuvo problemas con los vecinos, no con los niños. Dijo ser su primera internación y que desconocía el motivo de la misma. Admitió haber interrumpido varios tratamientos psicoterapéuticos por razones de la no cobertura de la obra social.

Hacia el décimo día de internación, L se integró a las actividades del taller de Terapia Ocupacional. En la entrevista con la terapeuta, a nivel vocacional y productivo, refirió haber concluido sus estudios secundarios y diferentes cursos y niveles de idioma inglés, que abandonó algunos cursos de computación y que preferiría desempeñarse como traductora, recepcionista o docente particular. Manifestó además que en su tiempo libre realizaba actividades artísticas. Últimamente desocupada, recibía ayuda económica del padre y del marido.

La paciente demostró una capacidad elogiada en el desempeño de artes manuales, y buen nivel en las actividades de la vida diaria.

Promediando las dos semanas de internación, su semblante se percibió más relajado, continuó prolija, aseada, tranquila, y algo más colaboradora en las entrevistas diarias. Ante la persistencia del equipo en haras de facilitar la comprensión de su estado, logró una crítica parcial de sus situación psicótica, refiriendo “ a lo mejor hice mal en meterme con los vecinos”. Días más tarde ella volvió sobre esta autocrítica, concluyendo que el problema de su situación radicó en haberse equivocado, sin poder reconocer la gravedad y la angustia del síntoma alucinatorio que la sostuvo, ni para habilitarse a reconsiderar la certeza irreductible de su anterior producción delirante. Se auto culpó por lo que consideró el error de expresar su convicción en evidencias. Cuando se le pedía un comentario o reflexión sobre su situación la explicación era un arrepentimiento en forma de autorreproche (“estuve mal”), culpabilizando la actuación que desencadenara la internación, y no como una comprensión de su necesidad de tratamiento.

Días más tarde, flexibilizando una reflexión en la misma línea elaboró: “a lo mejor parecía que lloraban y no era así”, en un intento de racionalizar lo que

efectivamente sintió, buscando ordenar en palabras alguna cuestión -para ella incomprensible- del orden de la perplejidad que la confundía y abrumaba.

El equipo debatió las posibilidades para un posible egreso de L, siendo su padre la alternativa viable para la externación. Se comenzaría con pruebas de paseo cada vez más prolongadas -como en en el caso de todas las pacientes en condiciones próximas de alta- para ir evaluando sus capacidades de reinserción. Se consideraron además ciertas posibilidades futuras que se conversaron con el padre -familiar responsable de la paciente internada-, llegándose a la conclusión de que en el caso de su posible alta, él la llevaría a vivir a su casa donde residía. De poder concretarse esta alternativa, deberían viajar ambos cada quince días, para control de tratamiento, y visitas a los hijos.

Después de varias entrevistas con el padre y con la paciente, surgieron evidencias de antiguos conflictos entre ambos. L refirió que a su padre jamás le agradaron sus parejas, oponiéndose sistemática y activamente a cada hombre con el que ella intentara una relación, y haciendo énfasis en su propia necesidad de tener un amigo. La preocupación manifiesta del padre estaba focalizada en el actual pretendiente de su hija, “desocupado, sin obra social y sin vivienda” según sus descripciones, que al parecer del señor estaría con su ella por interés económico -tanto por su propiedad inmobiliaria actual como por las otras tres que heredaría-.

Hacia los quince días de internación, L persistía en relativizar sus relatos anteriores, explicando -con respecto a los micrófonos- que fueron cuestiones que se le cruzaron por la cabeza por la angustia de no encontrar trabajo. Continuó prolija en su presentación personal, suave en su manera de ser y hablar, con modales educados, sin cuestionar las intervenciones ni el tratamiento que recibía. Recordó que en sus anteriores internaciones había estado muy deprimida, relatando que no comía ni realizaba las actividades del mantenimiento mínimo del orden de su casa, y negando sistemáticamente la existencia de fenomenología alucinatoria o ideas de perjuicio. Aportó datos sobre los tratamientos farmacológicos de dichas internaciones, en la primera se

Psicología.

le prescribió Stelazine y ansiolíticos, en la segunda Orap Forte (Pimozide), suspendiéndolos al cabo de uno o dos años por cuenta propia.

Para este tiempo, la evolución de L en cuanto a la remisión de la sintomatología aguda, permitió que se le otorgaran permisos de salida con familiares a los parques del hospital. Como sintomatología paradójica, la paciente refirió visión borrosa, contracción de la mandíbula y disartria, detectándose esbozos de rueda dentada en ambos miembros superiores. Se agregó Biperideno al Haloperidol y Clotiapina.

A los veinte días de internación, la paciente continuó sin producción delirante ni alucinaciones, aseada, tranquila, activa en el taller de terapia ocupacional, manifestando deseos de salida. La asistente social y la psicóloga enfatizaron lineamientos psicoeducativos de forma conductista, fundamentalmente con respecto a la adherencia al tratamiento, y se le reintegró su documentación, firmando recibo de la misma, previo a su salida de fin de semana. Se redactó un permiso con los datos, documentos y dirección de su padre, haciéndole firmar al mismo la responsabilidad del cuidado y administración del tratamiento, insistiendo en este último punto, por la falta de confianza del equipo ante la no conciencia de enfermedad de parte de L.

Los primeros permisos de salida transcurrieron en forma promisorias. Según su propio relato y el de su padre, su adaptación había sido buena. Se habría comportado en forma responsable, activa y cumpliendo las prescripciones impartidas por los profesionales. La preocupación del equipo era en estos momentos la falta de conciencia de enfermedad, ya que en las entrevistas L evadía toda temática referida a las circunstancias de su internación. Las referencias hacia sus acciones pasadas las continuaba calificando como “un error” o argumentaba que “debería pedir perdón a mis vecinos”, sin ningún otro tipo de reflexión sobre sus comportamientos. Cuando se le preguntaba por la idea del complot, lo desestimaba, y agregaba “pero no conseguí trabajo”. Circunscribía toda su problemática a una causa económica, alegando además que su padre la controlaba demasiado, e insistiendo en que a él nunca le habían gustado sus parejas -ni su ex marido ni su novio actual con el que refiere

llevarse bien-. Agregó que su padre solía tener exabruptos, tanto con su ex-marido como con su actual pareja, y también con sus hijos.

Las preguntas de la psicóloga apuntaban a cómo se sentía la paciente en relación a cuando entró, si se sentía enferma, por qué creía que estaba en el hospital. Para la paciente -que no se sentía enferma- la explicación consistía en el error en cuanto a las actitudes que tomó en determinado momento, debido al nerviosismo ante la falta de trabajo. Para el equipo tratante, a pesar de las mejorías físicas y anímicas, la rigidez de la paciente claramente encubría un no reconocimiento de su enfermedad. Se evaluó que bajo la reticencia a aceptar la misma, subsistirían las ideas de tipo paranoide.

Los seguimientos de la psiquiatra focalizaban la remisión de los fenómenos alucinatorios, así como el control de sintomatología física paradójica, tales como la contracción de mandíbula y disartria que se manifestaban en la paciente. Las preguntas de la profesional solían apuntar generalmente a la averiguación de datos sobre la sintomatología corporal.

La tarea principal de la asistente social, consistió en el tratamiento de los temas vinculados a las salidas con su padre en función de su futura reinserción familiar y social, así como al cuidado y preservación de los intereses patrimoniales de la paciente.

Las intervenciones de la psicóloga, tenían como propósito abrir un espacio para la reflexión y el despliegue de la palabra, así como también directivas conductistas ante la perplejidad con la que L se posicionaba frente a las disyuntivas diarias, intentando alguna posibilidad del orden de la flexibilidad como alternativa al reduccionismo absoluto de su pensamiento concreto.

En las entrevistas siguientes, los requerimientos de L se basaron en sus deseos de no salir con su padre, sino con su pareja, cuestión que se le aseguraba que se debatiría en el equipo.

Las intervenciones conjuntas de la psicóloga y la psiquiatra giraron en repetidas ocasiones alrededor de alcanzar algún tipo de reconocimiento de L hacia la problemática de su padecer. La paciente contestaba a toda referencia a su enfermedad diciendo que esa era su forma de ser y de pensar.

Psicología.

El equipo consideró que aún así los permisos de salida con su padre podían comenzar a ser más prolongados, y los viajes de L se ampliaron a dos semanas, volviendo luego de ese lapso para el control de su salud y visitas a los hijos.

La tenacidad en la insistencia de L con respecto al logro de salidas a solas con su pareja persistía, ya que su padre la limitaba especialmente en este sentido. Los profesionales intervinientes debatían el grado de responsabilidad que podría tener su novio en la continuación del tratamiento -ya que en las entrevistas no se perfilaba como cooperativo sino como querellante- y en el riesgo posible. La última crisis de la paciente se había desencadenado estando en casa de la familia de su novio -donde él vivía- y él mismo la había desamparado echándola a la calle al verla descompensada, sucediéndose luego los hechos que derivaran en la intervención policial.

La psicóloga centralizaba gran parte de su trabajo en el despliegue de técnicas conductistas psicoeducativas, apuntando a optimizar el vínculo para una futura convivencia de L y su padre, mientras la asistente realizaba consultas con un letrado para obtener un mejor asesoramiento en defensa de los bienes patrimoniales en cuestión. El equipo resolvió que sería importante dirigir el tratamiento hacia un fortalecimiento del vínculo de L con su padre -orientándola para esto hacia un corte en la relación con su novio- considerando la imposibilidad de una posible externación sin el apoyo de su progenitor. Estas conversaciones fueron afrontadas por L con resignación y angustia evidentes.

Resultaron fundamentales los aportes de las diferentes consideraciones y perspectivas para la construcción conjunta del problema, así como para el diseño de estrategias a seguir en el tratamiento del caso. Teniendo en cuenta la diferenciación y la complejidad de las variables intervinientes, el equipo trabajó en forma mancomunada considerando la necesidad de un tratamiento farmacológico por la gravedad de la sintomatología, atendiendo los aspectos económicos y judiciales en los que se necesitaron los conocimientos de la asistente social, así como contemplando los patrones de interacción familiares y

los aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales de la paciente, en los que fueron determinantes las intervenciones psicológicas.

Al cabo de dos meses de salidas prolongadas con su padre, ambos comenzaron a argumentar problemas de convivencia. Las quejas de L se centraron en que su padre no la dejaba salir sola, las del padre, en que por controlarla a ella no podía hacer su vida ni ver a sus amigos, obsesionado por los llamados telefónicos entre su hija y su novio, férreamente decidido a limitar sus posibles encuentros.

El trabajo del equipo se focalizó entonces en tratar las mencionadas problemáticas familiares abriendo espacios para la circulación de la palabra en el vínculo filial, intentando un acercamiento hacia acuerdos razonables que permitieran un mejor entendimiento.

Transcurrido un mes más, se coincidió en considerar a la paciente compensada psíquicamente. El discurso de L se fijó en su idea de trabajar, para emanciparse de su padre, alentada por su novio que la llamaba para entusiasmarla con avisos clasificados de empleos.

Al entrevistar al padre de la paciente, el mismo se manifestó contrariadamente enojado, declarándose fatigado de cuidar de su hija, argumentando que no podía llevar a cabo sus propias necesidades ni mantener su propia salud, agotado de velar por ella. Sugirió que el novio -que con tanto afán había intentado alejar hasta el momento- se hiciera cargo de su hija, tanto de su cuidado como de su tratamiento. Aclaró que estaba dispuesto a darle a L los bienes materiales que le correspondían, diciendo no importarle ya el destino de ella.

En esta ocasión la psicóloga se encontró sola, sin el resto del equipo tratante – que estaba en vacaciones- algo desconcertada ante un planteo que implicaba un giro sustancial en la línea de tratamiento acordado hasta el momento. Las nuevas decisiones del padre de la paciente modificaban en forma sustancial las condiciones a considerar en el marco de las futuras acciones tendientes al restablecimiento de la salud de L, así como de su reinserciones familiar y social. La profesional realizó señalamientos pertinentes a las palabras de los entrevistados, dedicando el tiempo necesario para el diálogo con cada uno de

Psicología.

ellos y sugirió tratar más detenidamente este tema en el encuentro del mes entrante, cuando el equipo completo se reintegrara de sus licencias.

Para ese entonces, la paciente retornó con una actitud diferente de la que venía desarrollando en el curso del tratamiento. La tensión era visible en sus gestos, sus expresiones revelaban un pensamiento rígido manifiesto en la fijación de sentido y al margen de un proceso argumentativo racional. Aseguró que iba a vivir con su novio en el departamento que antes compartiera con su esposo y que trabajaría en algún empleo de los que le venía sugiriendo su novio, específicamente como empleada en un local de venta de ropa. Su discurso era contradictorio. La psicóloga intentó lograr su reflexión, acerca de si se sentía en condiciones de cumplir una rutina horaria de esas características, pero el pensamiento de la paciente parecía permanecer fijo y al margen de toda inducción a la lógica.

El padre aportó datos sobre las últimas semanas de la paciente, comentando que ella ya no aceptaba lo que él decía, y que la perseverancia y obstinación de L en encontrarse con su novio habían llevado la convivencia a circunstancias intolerables.

A pesar de la reticencia y cuidados del equipo a mencionar ante la paciente o su familia nosologías científicas, que pudieran afectarla negativamente -pudiendo dar lugar al encasillamiento o estigma derivados de una divulgación de terminología innecesaria-, el padre se tornó insistente en el requerimiento de confirmación diagnóstica entre esquizofrenia y demencia, argumentando haberse informado por Internet. Explicó que en los años que le quedarían de vida no podría afrontar las consecuencias que le depararían estas enfermedades a su hija, desencadenándose una fuerte discusión familiar en la que el señor le reprochó sucesos de larga data a L, en forma agresiva y contundente. L sólo escuchaba las descargas verbales de su padre, y sólo atinó a aferrarse de sus ropas y suplicarle cuando éste se levantó para informarle que la dejaría en el hospital nuevamente.

La psiquiatra decidió que -ante el fracaso de esta estrategia de externación- L reingresara al hospital por guardia, para reevaluar su estado así como la situación familiar.

Se intentó infructuosamente la colaboración de otra parte de su familia –ex-marido e hijos-.

En función de los sucesos, el equipo debatió la posibilidad de tramitar la insania de L, como recurso legal de protección de su patrimonio.

La actuación del equipo interdisciplinario.

Ander-Egg (1993) explica que la integración de los conocimientos científicos es una de las características de la revolución científico-tecnológica de la hora actual. La tendencia a la colaboración y a la integración entre ciencias no surge como fruto automático del ponerse a trabajar en común, sino que requiere de procesos conjuntos de operación sobre la realidad empírica. Esta tendencia a la integración de ciencias conduce a la preocupación por la interdisciplinariedad.

Suele ocurrir que el modo de entender y abordar una problemática está determinado de antemano por las posibilidades teórico-técnicas de las que se dispone. Todo marco teórico supone limitaciones en la comprensión. El trabajo en grupo abre las posibilidades de aprendizaje y experiencia. La interdisciplinariedad potencia a las disciplinas, integrándolas en una instancia dialogal. No se trata de juntar ideas sino de posibilitar la interacción de quienes las generan.

Cuando la interdisciplina no se alcanza, las técnicas, procedimientos y formas de resolver los conflictos se empobrecen, limitándose cada profesional a sus propias teorías, que terminan erigiéndose como verdades absolutas.

Psicología.

“El conocimiento debe servir para sembrar la incertidumbre allí donde nuestras costumbres y nuestra razón lógico científica, aséptica y absolutista sostiene instituciones inamovibles, rocosas, cronicarias y estancas” (Alvarez & Uría, 1999, p. 20).

El trabajo interdisciplinario es un proceso dinámico de integración de disciplinas en la forma de ver, conocer y tratar un problema hacia la búsqueda de soluciones. Enriquece los acercamientos al saber, así como la manera en que se conocen y se resuelven los conflictos.

Las problemáticas plurideterminadas se caracterizan por la confluencia de múltiples variables que se conjugan en forma simultánea, no siendo adecuado para su abordaje la aplicación de un método científico único. Un alto grado de especialización puede conducir a un reduccionismo no favorable. La interrelación entre los diferentes saberes de distintas disciplinas, optimiza el abordaje de los objetos de estudio complejos.

Resultaría tan intrincado como estéril intentar determinar el valor unitario de la intervención de cada una de las disciplinas, porque que el trabajo mancomunado aúna los esfuerzos, integrándolos en un resultado que supera las características y la potencialidad de cada aporte individual. La perspectiva de trabajo interdisciplinario se basa en el reconocimiento de que la actividad integrada de un grupo idóneo posibilita resultados mejores que la simple suma de actividades que cada disciplina individual podría aportar en forma independiente.

Un equipo es un grupo de personas interactuando en función del logro de objetivos preestablecidos. La sola unión de un grupo de especialistas de diferentes disciplinas no conforma un equipo interdisciplinario, sino que deben actuar en forma dinámica, participativa y cooperativa hacia objetivos comunes, compartiendo espacios para la deliberación y la concertación ideológica y metodológica. El trabajo de un equipo debe estar orientado hacia metas: en primer término se detectan y definen las problemáticas a resolver, luego se establecen los objetivos a alcanzar, para finalmente acordar y proponer una metodología de trabajo, y líneas de acción para la prosecución y el logro de los resultados esperados. Aunque las evaluaciones puedan realizarse

*Trabajo final integrador.
Ethel Silvina Miroschnik,*

separadamente, el establecimiento de objetivos, la planificación del tratamiento y la toma de decisiones, deben realizarse en forma conjunta. Las valoraciones y lineamientos finales deben ser acordados por todos los integrantes.

Un enfoque de trabajo interdisciplinario aporta beneficios, facilitando un nivel superior de diagnóstico, intervención y tratamiento reconociendo en forma más completa al paciente como persona total. Los profesionales participantes coordinan y comparten sus conocimientos tanto como sus diferentes experiencias.

Es importante que cada integrante identifique y comprenda su rol en el equipo, así como el de los demás miembros.

Entre los atributos personales necesarios para el trabajo en equipo pueden ser mencionados: las habilidades para las relaciones interpersonales de sus integrantes, la apertura para la aceptación de diferentes concepciones y aportes, la flexibilidad en los intercambios, la aceptación de las diferencias, la capacidad de aprendizaje, la disposición al trabajo colaborativo y las habilidades para la comunicación y relación. Las actitudes de superioridad y las conductas críticas obstaculizan el potencial dinámico de los procesos grupales.

El trabajo interdisciplinario debe permitir la relativización de certezas, posibilitando el aprendizaje en el intercambio de conocimientos provenientes de diferentes especializaciones. Posibilita también la contrastación de criterios, permitiendo mejorar los diagnósticos y tratamientos de las diferentes patologías.

El intercambio en equipo brinda además la posibilidad y el sostén de ser parte de un proyecto y no de una acción aislada, compartiendo responsabilidades ante decisiones difíciles, y permitiendo un control cruzado de los sesgos de cada óptica. Esto enriquece por la vía de la confrontación o aumenta la credibilidad de los planteos de una ciencia al estar avalada por otra.

El Servicio de Admisión del Hospital es un ejemplo de cómo un equipo interdisciplinario actúa en forma integrada y cooperativa para el logro de los objetivos concertados a través de la superación de las conflictivas iniciales -así como de las emergentes- en la evolución de los tratamientos. Las aptitudes y desempeños de sus profesionales representan las diferentes áreas científicas

Psicología.

implicadas en las conflictivas a abordarse: los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en los que se imbrican los padecimientos mentales.

En el mencionado servicio, los procesos de observación, recolección de información, planificación y establecimiento de metas, se articulan en una modalidad de trabajo focalizado en la resolución de la urgencia, creando las bases para la posterior prosecución de tratamientos en las instancias siguientes de salud.

Los objetivos generales del equipo tienden al desarrollo del máximo potencial de salud físico, psicológico y social -familiar, laboral, vocacional, educacional, recreativo- de las pacientes internadas. Se procura –a través del tratamiento- facilitar el retorno de la persona a un estado de bienestar subjetivo, su reinserción armónica al medio familiar, y un desempeño útil en su comunidad o lugar de trabajo –reconociendo las limitaciones de cada problemática particular-.

En el Servicio de Admisión, los profesionales evalúan en forma individual y también integrada -a través de la discusión y el intercambio- dialogando, proponiendo y decidiendo en forma conjunta las intervenciones y las diferentes posibilidades de los tratamientos, demostrando así que la actividad grupal coordinada posibilita -mediante su sinergia- mejores resultados que lo que cada profesional actuando en forma individual podría aportar.

Las personas tratadas y sus familias reciben -en toda circunstancia y situación-, la misma información e indicaciones, compartida y reforzada por todo el equipo, minimizándose las posibilidades de confusión y conflicto.

Es importante mencionar que ninguno de los integrantes de un equipo debe ser preponderante ni autónomo, sino que los profesionales deben ser vistos como un grupo interrelacionado y comunicado entre sí, trabajando con respeto, coherencia y apoyo mutuo.

Cualquier profesional del equipo interdisciplinario puede ser considerado líder del mismo, debiendo ser éste un facilitador de la dinámica de los procesos grupales, estimulando la cooperación, promoviendo la resolución de posibles desacuerdos y las estrategias de consenso, asistiendo la resolución de problemas en la medida en que los mismos se van presentando.

En el Servicio de Admisión del Hospital, lideran la actividad la psiquiatra y la psicóloga en forma conjunta, destacándose sus conocimientos y habilidades -fundadas principalmente en los años de experiencia y trayectoria en el hospital-. La totalidad del equipo interactúa en forma democrática, no detectándose antagonismos sino intercambios de opinión, lográndose los acuerdos mediante el diálogo, la reflexión y el consenso. Se advierte la supremacía de cada profesional con respecto al campo de su saber: la psiquiatra con su experticia en la recopilación de información semiológica y su posterior agrupación en posibles entidades diagnósticas, así como la administración y control de la farmacoterapia. La psicóloga en el análisis y tratamiento de los aspectos cognitivos, emocionales, comportamentales y de los vínculos familiares, aportando su habilidad para la escucha del relieve singular del discurso por fuera de toda clasificación preestablecida, propiciando el restablecimiento o la creación de niveles de integración que permitan un manejo más acorde de la realidad. La asistente en el asesoramiento de los aspectos sociales, judiciales y financieros -sus materias específicas- sin descuidar la comprensión holística de las personas, bajo una concepción de tratamiento integral. Los integrantes del equipo de Salud Mental del Servicio de Admisión del Hospital trabajan en forma mancomunada desde el ingreso de las pacientes hasta el alta o derivación de las mismas, interactuando e interviniendo para el logro de la superación de las descompensaciones que ameritaran las internaciones, procurando la mejoría de las condiciones físicas, cognitivas, emocionales y sociales de las pacientes tratadas.

CONCLUSIONES.

El presente trabajo, llevado a cabo durante los meses de residencia en el Servicio de Admisión, cumplió los objetivos previstos, permitiendo el análisis de la dinámica de trabajo actual en un hospital monovalente, y motivando a la reflexión más allá del estudio del caso, hacia problemáticas de la Salud Mental más amplias, tratadas en estas conclusiones finales. No fue permitido indagar a los profesionales sobre estas temáticas, lo que se considera que hubiera sido sumamente enriquecedor y esclarecedor: por los años de experiencia en el campo de quienes que se desempeñan en el servicio, por la diversidad de enfoques que supone una praxis en la que confluyen diversas disciplinas teóricas, y porque sólo la contrastación y la confrontación de ideas permiten la dilucidación y el desarrollo hacia ideas y realidades superadoras.

Tras varios años de elaboración, la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires promulgó en julio de 2000 la Ley de Salud Mental número 448 que plantea un desafío de transformación de la prevención, promoción, atención e internación de la salud mental de la población. Sus lineamientos proponen un proceso de transformación del antiguo modelo hospitalocéntrico hacia una apertura comunitaria del tratamiento de los problemas mentales, estableciendo un régimen de internaciones sólo cuando hubieren fracasado los intentos de abordaje ambulatorio, priorizando la prevención y la promoción de la Salud Mental. La implementación de un programa de estas características supone el respeto por la diversidad teórica tanto como el aprovechamiento de las diferentes dimensiones de potencialidad de las especialidades, tendientes al logro de la integración en un trabajo común.

La atención de patologías e internaciones complejas en Salud Mental plantea desafíos y abre interrogantes con respecto al cuestionamiento de los abordajes

institucionales heredados de concepciones biologicistas de la mirada positivista que aún llega a nuestros días.

El reconocimiento de la Salud Mental como un proceso determinado histórica y culturalmente se vincula con los derechos al bienestar, a un ambiente saludable, educación, vivienda, trabajo, cultura, de los cuales el Estado debería ser garante.

La propuesta interdisciplinaria en Salud Mental va mucho más allá que el mero concepto de enfermedad mental y su tratamiento clínico, debiendo contemplar además la promoción, prevención, así como la rehabilitación y la reinserción social de las personas, procurando en todo momento el fortalecimiento de los lazos comunitarios y personales.

En este sentido sería indispensable la existencia de instituciones intermedias—en forma de casas de medio camino, hospitales de día o residencias- que posibiliten a las pacientes la salida de la institución hacia un medio que favorezca su independencia. Una atención integral debe contemplar la promoción y la prevención en salud mental así como la rehabilitación -y no sólo la asistencia-.

Una concepción interdisciplinaria en Salud Mental impulsa el trabajo en equipo, programando un marco básico que posibilita el accionar a través del intercambio y no de la yuxtaposición de saberes (planificando programas, elaborando criterios y estrategias clínicas, procurando recursos, diseñando dispositivos, ofreciendo una atención integral mediada por acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación). Los fundamentos prácticos del trabajo interdisciplinario están centrados en proporcionar al paciente una asistencia integral, considerando los aspectos emocionales de las personas con el mismo estatuto con que se abordan sus necesidades médicas, para la consecución de mayores niveles de eficacia.

Pese a esto, algunas prácticas hospitalarias se desarrollan aún atravesadas por la influencia hegemónica de los modelos tradicionales de atención de salud. Se perfila como necesario revalorizar la tarea interdisciplinaria, fomentando la integración de diferentes especialidades, para un trabajo mancomunado que

Psicología.

responda a las complejas necesidades multivariadas de la internación en Salud Mental.

En relación con los lineamientos generales propuestos por la OMS para la Salud Mental descriptos en este trabajo, se advierten aspectos que deberían desarrollarse para actuar en consonancia con los avances científicos actuales. Sería esperable y necesario el desarrollo de servicios comunitarios locales así como el aumento de incorporación de especialistas de las diversas ciencias y disciplinas que confluyen en la Salud Mental en los servicios de salud generales. Esto contribuiría a contrarrestar el hospitalismo, la cronicidad y la estigmatización respetando además el lugar de pertenencia de la persona tratada, teniendo en cuenta que la Salud Mental está ligada al fortalecimiento de los lazos comunitarios y personales.

En base a lo expuesto en el presente trabajo se considera prioritaria una calidad de atención que opere sobre una articulación interdisciplinaria que posibilite la reflexión, el aprendizaje y la autocrítica en equipos asistenciales de orientación comunitaria constituidos para tal fin.

La Salud Mental es parte de la salud integral de las personas. Se relaciona con sus condiciones de vida, sus posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual, laboral y sus capacidades de inserción al medio social y cultural.

El desafío actual en Salud Mental es la apertura hacia nuevas formas de prevención, intervención y tratamiento que consideren el abordaje integral del paciente, rescatando sus posibilidades en un diseño que contemple no sólo los aspectos biológicos, sino atendiendo a las problemáticas subjetivas de su padecer, y a la realidad de su entorno social, así como conservando y desarrollando los aspectos de su persona afectados por la crisis en la que llega a una internación en un hospital neuropsiquiátrico.

El Servicio de Admisión en el que se desarrolló el presente estudio pone en práctica este tipo de intervención: teniendo en cuenta la urgencia y la gravedad de la derivación, se pone en juego una dinámica de interrelación de los profesionales del equipo en la búsqueda del tratamiento adecuado. El trabajo se orienta hacia la reintegración al paciente a su espacio social de origen en el

*Trabajo final integrador.
Ethel Silvina Miroschnik,*

mejor de los casos, o delineando los tratamientos a seguir en caso de prolongarse la internación. El grupo de profesionales contempla las posibilidades de derivación de pacientes a otros servicios o instituciones cuando fuere necesario -respetando la singularidad del paciente- debatiéndose entre los mismos la decisión adecuada.

Si bien se advierten resabios de predominio hegemónico de las ciencias médicas por sobre las psicológicas y sociales -desde la estructura de las relaciones jerárquicas, la mirada patologizante, el predominio idealizado de las terapias farmacológicas, hasta la toma final de decisiones- los casos son abordados en forma interdisciplinaria ya que cada caso es atendido y supervisado por los diferentes profesionales del equipo que intercambian opiniones, debaten en forma permanente y consensúan sus elaboraciones e intervenciones.

Por parte de los profesionales, la pertenencia a un equipo aporta un sentido de pertenencia y contención basada en la confianza mutua -delegando las tareas que cada uno no puede desarrollar. De esta forma se facilita la tramitación personal del impacto o la afectación posibles en la emotividad personal de cada uno de los actores intervinientes.

La definición y la construcción interdisciplinaria del planteamiento de los problemas de la Salud Mental -considerando la multiplicidad de los factores en juego- la producción de conocimiento nutrida por los aportes disímiles, la relativización de las propias certezas, el debate y la confrontación, son aspectos que aportan en beneficio de la resolución de las problemáticas. La promoción de una mirada panorámica permite enriquecer el pensamiento, da sentido al propio quehacer ante la posibilidad del reconocimiento de ser parte de un proyecto potenciando los esfuerzos en acciones mancomunadas y no como una concatenación de intervenciones anexadas.

La integración de diferentes profesionales provenientes de distintos ámbitos de estudio supone el desarrollo de una actuación integrada tendiente hacia la eficacia de las intervenciones articuladas en torno a un mismo objeto de estudio construido y compartido desde el aporte de diferentes ópticas y marcos de

Psicología.

intervención. El trabajo interdisciplinario favorece una resolución más acertada de los conflictos planteados, ofreciendo una alternativa de abordaje que facilita y jerarquiza los procesos de construcción y producción del conocimiento,

Como última conclusión crítica, se cree necesario destacar la labor de la terapeuta ocupacional en los talleres de actividades artísticas y de la vida diaria, con la desventaja de depender esta profesional de una dirección diferente a la del Servicio de Admisión, no participando de las reuniones diarias del resto del equipo. Se considera que su inclusión en la dinámica del grupo sería crucial y prioritaria, tanto por el aporte sustancial que brinda en la rehabilitación de las pacientes como por la perspectiva enriquecedora de la profesional. Los talleres incentivan el despliegue de exteriorizaciones en los que se reflejan y tramitan aspectos relevantes de las problemáticas de las pacientes, facilitados por la motivación a la acción en un encuadre grupal de intercambio. Las actividades ocupacionales fortalecen la autopercepción de identidad proporcionando sentido de competencia, entrenando habilidades productivas, estimulando la sensibilidad artística, motivando la cooperación y el diálogo, y otorgando sentido a la existencia a través de la propuesta y concertación de un nivel de ocupación adecuado.

De la misma forma, y tal como está contemplada en la Ley número 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, se impone como necesario implementar la integración del personal de enfermería psiquiátrica a las dinámicas de intercambio interdisciplinario. La inclusión propuesta debe incorporarse a las prácticas cotidianas por el aporte sustancial que sumaría la perspectiva de quienes tienen una cercanía más inmediata y cotidiana con las necesidades reales de las personas tratadas. Es importante considerar el grado de conocimiento e información de la subjetividad de las mismas, generada en la proximidad y asiduidad de relación y contacto diario –tanto como por la importancia de que comparta la visión del equipo la parte del mismo que se vincula en forma más personal con las pacientes-.

Sería necesario tener en cuenta que en la interacción que supone la articulación dialéctica de diferentes disciplinas y teorías, pueden suscitarse problemas

sostenidos por confrontaciones conceptuales, siendo requeridas las renunciaciones narcisistas, ante la evidencia de que ninguna disciplina por sí sola puede dar cuenta por sí misma de las demandas y necesidades ante cuadros de complejidad considerable, atravesados por múltiples variables de diferente índole y características disímiles.

Los trabajos en equipos interdisciplinarios exigen una definición y planteo conjunto de los problemas, la relativización de las miradas individuales, la tolerancia ante la incertidumbre y la indefinición, la crítica de las verdades absolutas, reconociendo que todo conocimiento es parcial y provisorio. Se consideran fundamentales las aptitudes y actitudes de cooperación, respeto, intercambio y disposición a construir entre todos los integrantes del equipo de salud interdisciplinario un saber compartido.

El desafío consiste en la construcción conjunta de los objetos de estudio y de las propuestas de abordajes viables, partiendo de diferentes epistemes, y distintas concepciones del mundo, el hombre, la salud y el conocimiento.

REFERENCIAS:

Alvarez & Uría, F. (1999). Introducción. En: Foucault, M. , *Estrategias de poder* (pp. 5-20). Buenos Aires: Paidós.

Ander-Egg, E. & Follari, R. (1993). *Trabajo social e interdisciplinariedad*. Buenos Aires: Editorial Humanitas.

Cardone, S & Salomón, F. (2006) Una propuesta de participación comunitaria como eje de construcción de ciudadanía. En: Barg, L. (Ed.). *Lo interdisciplinario en salud mental* (pp. 121-127). Buenos Aires: Espacio editorial.

Fernández Bruno, M & Gabay, P. (2003). *Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves*. Buenos Aires: Polemos.

Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto*. Buenos Aires: Paidós.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental: Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.

Jaramillo, L (2007) *La locura: Una experiencia médica, jurídica e institucional.*
Buenos Aires: Salerno.

Legislatura de la ciudad autónoma de buenos aires (2000). *Ley número 448 de Salud Mental.* Recuperado el 15 de noviembre de 2007 de http://buenosaires.gov.ar/areas/salud/s_mental/archivos/ley_s_mental_2006.pdf.

Lipovetzky, G & Agrest, M. (2006) Tratamientos combinados. *Vértex Revista argentina de psiquiatría*, XVII , 68, 261.

Maceira, D. (2007). *Atención primaria de salud: Enfoques interdisciplinarios.*
Buenos Aires: Paidós.

Marchant, N. (2000) *Experiencias comunitarias en el Hospital Moyano.* Buenos Aires: Editorial Ananké.

Mucci, M. (2004) *Psicoprofilaxis quirúrgica: Una práctica en convergencia interdisciplinaria.* Buenos Aires: Paidós.

Organización mundial de la salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001.* Recuperado el 15 de noviembre de 2007 de <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>.

Pérez Rebour, I (2001). *Hospital de día: Metodología de inserción social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Pérez-Sánchez, A (1996). *Prácticas psicoterapéuticas*. Buenos Aires: Paidós.

Stolkiner, A. & Solitario, R. (2007). Atención primaria de la salud y salud mental: la articulación entre dos utopías. En: Maceira, D. (Ed.), *Atención primaria de la salud: Enfoques interdisciplinarios* (pp.121-147) . Buenos Aires: Paidós.

Stolkiner, A. (1994). Tiempos “posmodernos”: ajuste y salud mental. En Saidón, O. & Troianovski, P. (Eds.), *Políticas en Salud Mental* (pp. 25-55). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Stolkiner, A (1999). *La Interdisciplina entre la epistemología y las prácticas*. Recuperado el 15 de noviembre de 2007 de <http://campopsi.com.ar/interdisciplina.htm>.

Torrente, F. (2006) Colaboración entre Psiquiatras y psicólogos: revisión de la literatura. En: *Vértex Revista argentina de psiquiatría*, XVII, 68, 278-284.

Uzorskis, B. (2002) *Clínica de la subjetividad en territorio médico*. Buenos Aires: Letra Viva.