

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

Plan de Trabajo Final Integrador
Dispositivo de Admisión en un Hospital neuropsiquiátrico público de la ciudad
autónoma de Buenos Aires.

Tutora: Dra. Sara Ardila
Autor: Morales, Leandro Raúl
Ciclo Lectivo 2016

Índice

1.Introducción.....	2
2.Objetivos.....	2
2.1ObjetivoGeneral.....	2
2.2Objetivos específicos.....	3
3.Marco Teórico.....	3
3.1 Concepto de Salud Mental.....	3
3.2 Trabajo Interdisciplinario.....	6
3.3El dispositivo de Admisión.....	7
3.4 Rol del psicólogo en el equipo de Admisión.....	9
3.5 Tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.....	13
3.6 La internación y su vinculación con la Ley Salud Mental (26.657).....	16
4. Metodología.....	20
4.1 Tipo de estudio.....	20
4.2 Participantes.....	20
4.3 Instrumentos.....	21
4.4 Procedimiento.....	22
5. Desarrollo.....	22
5.1 Presentación del caso.....	22
5.2 Descripción del trabajo interdisciplinario de los profesionales dentro del servicio de Admisión.....	23
5.2.1 Abordaje farmacológico.....	30
5.2.2 Abordaje terapéutico.....	31
5.3 Análisis del rol del psicólogo en el servicio de Admisión.....	32
5.4 Análisis de los criterios de internación y su vinculación con la Ley de Salud Mental.....	35
6. Conclusión.....	37
6.1 Resumen del desarrollo.....	37
6.2 Limitaciones.....	39
6.3 Perspectiva crítica.....	40
6.4 Aporte personal.....	41
6.5 Nuevas líneas de trabajo o investigación.....	42
7. Referencias Bibliográficas.....	43

1. Introducción

Para realizar el trabajo final integrador correspondiente a la carrera de Lic. en Psicología, la práctica profesional se realizó en el Servicio de Admisión de un Hospital Neuropsiquiátrico público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El Servicio de Admisión es el que se encarga de recibir al paciente derivado del servicio de guardia, atendiendo la emergencia a través de un trabajo interdisciplinario. El equipo tratante se encarga no sólo de la parte farmacológica sino también psicológica del paciente. De esta manera, una vez estabilizado, tiene como objetivo el alta del mismo, es decir, la reinserción del paciente a su medio social o dependiendo de la situación se lo deriva algún otro servicio del Hospital.

Además se trabaja con las familias, donde la principal herramienta es la psicoeducación, y en caso de no contar con redes, se recurre a hogares o casas de medio camino, teniendo en cuenta los aspectos socioeconómicos y laborales. Durante el proceso, se trabaja también con asistentes sociales, abogados, juzgados intervinientes y con distintos profesionales del Hospital dependiendo del caso.

El presente trabajo final integrador tiene como objetivo describir el dispositivo de admisión del Hospital, a partir de la descripción del trabajo interdisciplinario dentro del servicio, del rol del psicólogo y de los criterios de internación vinculados con la Ley Nacional de Salud Mental.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

-Describir el dispositivo de Admisión en un Hospital Neuropsiquiátrico público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su relación con los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental.

2.2 Objetivos específicos

-Describir el trabajo interdisciplinario de los profesionales dentro del servicio de Admisión.

-Analizar el rol del psicólogo en el servicio de Admisión.

-Analizar los criterios de internación y su vinculación con la Ley de Salud Mental.

3. Marco Teórico

3.1 Concepto de Salud Mental

El concepto de salud mental suele utilizarse con diversos propósitos: para designar un estado, una dimensión de salud, una disciplina, como también para hacer referencia al movimiento derivado del higienismo mental (Bertolote, 2008).

Así mismo, como se observa, hay definiciones variadas. El concepto de Salud Mental, propuesto por la Organización Mundial de la Salud 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” (Organización Mundial de la Salud, 2001, p.5), admitiendo que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales. Tal definición da cuenta más de la dimensión individual.

Delimitar en forma precisa la salud de la enfermedad es difícil, ya que no ha podido demostrarse dónde comienza lo patológico o donde termina el estado completo de bienestar al que se denomina salud. La salud mental está compuesta entonces por múltiples disciplinas, como sociología, psiquiatría clínica, farmacología, psicología, psicosociología, neurología, neurobiología, neuroquímica y neurofísica. Donde todas cumplen su rol en la promoción, protección y recuperación de la salud mental, siendo complementarias. La palabra mental supone algo más que lo cerebral, aludiendo a los estados emocionales y afectivos, a sus relaciones con los demás y a su equilibrio en el contexto socio-cultural. El término salud no se refiere solo a la integridad orgánica, sino además el equilibrio intrapsíquico del individuo, su ajuste al medio y su actuación social (Resnik, 1999). Esta definición hace referencia a salud mental como disciplina.

Sin embargo, el éxito del campo de la Salud Mental sería su desaparición para incorporarse en prácticas sociales de salud-enfermedad-cuidado en donde las dimensiones social y subjetiva hayan sido restituidas. Tampoco las prácticas de salud pueden seguir centradas suponiendo que atienden *cueros biológicos*, cuando se trata de sujetos en situaciones de padecimiento. Desde esta lógica, no existe una “enfermedad mental”, como tampoco *enfermedad orgánica*, no obstante, el enfermar y morir implican la dimensión subjetiva y orgánica indisolublemente (Stolkiner & Ardila, 2012).

Es a través de lo público, de lo colectivo, la forma como se transforma y se *cientifiza* el pensamiento sobre la sociedad y sus espacios, entre ellos el de la salud (Testa, 1997).

Según Galende (1994) la atención en Salud Mental se ha modificado y ello se debe a un cambio en la comprensión de los problemas mentales. Lo anterior no estuvo determinado sólo por un cambio de teorías y prácticas terapéuticas, sino también por la llegada de una demanda de asistencia de nuevo tipo, que requería reorganizar el sistema de atención mental. Problemas de la niñez, conflictos familiares y temáticas relacionadas con la desocupación laboral y la marginación, alcoholismo, drogadicción, desamparo social y familiar, sociedades donde el capitalismo les impuso un proceso de aculturación, el individualismo feroz y competitivo, precipitaron a grupos enteros a la “enfermedad mental”. Por lo tanto, además de la asistencia psiquiátrica tradicional en los servicios, que empiezan siendo una extensión de cuidados médicos, se hace menos médica, ya que se supera este esquema clásico de

asistencia psiquiátrica y se introduce un modelo más general de intervención sobre los problemas sociales de la comunidad.

A partir de lo anterior, se empieza a notar la insuficiencia de recursos teóricos y técnicos para intervenir en la comunidad. Esto creó la necesidad de incorporar a la Salud Mental, a profesionales de otras disciplinas: psicólogos, trabajadores sociales, antropólogos, sociólogos entre otros y es allí donde nace los *equipos de salud mental* y se comienza a hablar de *interdisciplina* en dicho campo.

Con el objetivo de asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos fue aprobada y promulgada a fines del 2010 La Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657, definida como bien público y comprende una serie de derechos que deben cumplirse en forma efectiva en todo el país. Promueve abordajes interdisciplinarios e intersectoriales. La atención de la salud mental debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario, basarse en los principios de la atención primaria y orientarse a reforzar los lazos sociales. Garantizando además asistencia legal, revisión y excepcionalidad de las internaciones prolongadas y el consentimiento informado, como así también el derecho de los usuarios a tomar decisiones vinculadas al tratamiento, rehabilitación, e integración en la comunidad (Tisera, Leale, Lohigorry, Pekarek, & Joskowicz, 2013).

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 reconoce a la Salud Mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos” (Ley 26657, 2013), de esta manera sea preservarla o mejorarla implica una dinámica de construcción social relacionada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

En cuanto a la atención en salud mental, está a cargo de un equipo interdisciplinario, formado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la acreditación de la autoridad competente. Las áreas que se incluyen son psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otros campos pertinentes (Ley 26657, 2013).

3.2 Trabajo Interdisciplinario

En el primer apartado se definió el concepto de Salud Mental, y cómo ante el surgimiento de las actuales demandas en este campo, en su mayor proporción de los actores sociales más afectados por el proceso de modernización de la estructura social, surge una nueva forma de comprensión de los problemas mentales. Esto llevó a una nueva forma de atención a cargo de un equipo interdisciplinario contemplado por la ley. Este nuevo enfoque de trabajo es el que se describe a continuación.

El enfoque interdisciplinario es caracterizado por una yuxtaposición de áreas del conocimiento y surge ante la demanda social, ante las situaciones de problemas cada vez más complejos y por la evolución interna de las ciencias. Esta orientación puede favorecer la integración e intercambio de instrumentos, métodos y técnicas y la producción de nuevos conocimientos. La interdisciplina sólo se implementa cuando los que la realizan son expertos en su propia disciplina, lo fundamental es mantener la identidad disciplinaria; entonces allí se podrán establecer enlaces y relaciones. De modo que la integración no se realiza solo a nivel de las disciplinas, sino que además a través de los miembros del equipo de trabajo, teniendo en cuenta el trabajo en equipo, intencionalidad, flexibilidad, cooperación recurrente y reciprocidad, llegando así a un nivel

máximo que es el de la integración sistémica. Donde el sistema funciona si cada disciplina funciona individualmente pero no independientemente (Elichiry, 2009).

La interdisciplina nace de los problemas que se nos presentan en la actualidad, la dificultad de encasillarlos, es decir, no como objetos sino como demandas complejas dando lugar a prácticas sociales con cuerpos conceptuales diversos. Lo fundamental será salir del aislacionismo vigente en la actualidad y abocarnos al trabajo en equipo, sin *saberes absolutos*, orientados a la búsqueda de modelos teóricos que permitan resolver los problemas actuales (Stolkiner, 1987).

Las condiciones para que un equipo asistencial interdisciplinario pueda funcionar es la inclusión de los dispositivos necesarios, como ser reuniones para la discusión de casos, ateneos y encuentros para elaborar del modelo de historia clínica. Es en el *cómo* donde se desarrolla lo interdisciplinario, en el debate mismo, en donde las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas (Stolkiner, 1999).

De esta manera se entiende como dispositivo a un conjunto heterogéneo de elementos lingüísticos y no lingüísticos, que incluye discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas administrativas. Los elementos del dispositivo son lo dicho y lo no dicho, el mismo resulta del cruzamiento de relaciones de poder y de saber (Agamben, 2011).

Por lo tanto, en el espacio hospitalario, sería lo esperable pasar de la "interconsulta" a la integración de acciones de salud mental de los servicios, teniendo como objetivo de cambiar la desobjetivación de las prácticas tradicionales, en donde las funciones y la importancia de cada saber se definan en relación al problema y no por el peso de cada profesión (Stolkiner, 2005).

Cuando la unión interna del equipo es efectiva, es normal que un integrante utilice técnicas de otro aunque no sean específicas de su profesión, sin que se rompa por ello la cohesión del equipo, se interfiera el rol de cada uno y se sustituyan los objetivos planteados. En el equipo interdisciplinario los profesionales comparten sus saberes e intercambian parte de sus prácticas, pudiendo conseguir una acción terapéutica global más coherente y evita intervenciones profesionales innecesarias. El equipo no es un fin en sí mismo sino un instrumento, que está en función del nivel y formación de los profesionales que lo conforman. Haciendo menos rígida la noción del rol que tiene cada miembro del equipo, permite unificar actitudes en la comprensión del paciente y permite modos de ver más significativos en el marco del tratamiento (Garcés Trullenque, 2010).

Por su parte, Tizón García (1992) diferencia tres formas de interdisciplinariedad en salud mental: 1) como trabajo conjunto en un mismo dispositivo, profesionales que trabajan en desmedro de la eficacia con el fin de lograr objetivos, 2) se basa en la difusión-confusión de roles profesionales, donde el obstáculo es el escaso aprovechamiento de los conocimientos y capacidades de cada profesión y 3) como reciclaje de roles profesionales acorde a las necesidades y favorecer el intercambio. Esta forma estimula la interdisciplinariedad y trasciende los equipos.

Muy cerca de las demandas y necesidades sociales y demasiado lejos de los ámbitos destinados a la reflexión, el tiempo de estos equipos carece de dispositivos específicos en los cuales poder plasmar su práctica. En estos espacios pueden pasar de lo pragmático o intuitivo a la explicación de los distintos saberes en interjuego, siendo indispensable que se constituyan e institucionalicen estos dispositivos (Stolkiner, 1999).

El trabajo interdisciplinario se lleva a cabo por los equipos de admisión, por lo cual sus funciones y objetivos se describen a continuación.

3.3 El dispositivo de Admisión

En el siguiente apartado se describe cómo está compuesto el equipo de Admisión, funciones que cumple y cuáles son las formas de evaluación que dispone.

Fernández-Álvarez, Pérez, & Fraga Míguez (2008) sostienen que el equipo de admisión funciona con varios profesionales que cubren diversos roles, como ser entrevistadores, observadores y evaluadores. El profesional que conduce la entrevista debe tener suficiente experiencia clínica, ya que dependerán las decisiones iniciales a estimar el grado de urgencia, factores relacionados con el diagnóstico inicial y las primeras indicaciones terapéuticas. Es de esa decisión inicial la cual indica al paciente alguna intervención farmacológica inmediata o en casos extremos alguna forma de internación ante situaciones de riesgo para sí mismo o para otros. Estos autores plantean tres formas de evaluación: 1) los estudios con pruebas psicológicas siendo las más frecuentes, 2) los estudios neurobiológicos son exámenes necesarios en aquellos casos donde existen dudas diagnósticas sobre el peso eventual de disfunciones orgánicas y 3) la evaluación social del paciente llevado a cabo con asistentes sociales, para poder tomar decisiones como incluir al paciente en programas becados o ayuda comunitaria.

Si bien en dicha evaluación suelen utilizarse múltiples instrumentos, lo más adecuado es utilizar la entrevista semiestructurada y la observación natural. Hay datos a tener siempre en cuenta dada su máxima importancia, como ser datos biográficos y clínicos, antecedentes psiquiátricos familiares, relaciones laborales y de pareja, inicio de la enfermedad, si es consciente de la misma, tratamiento farmacológico y su estado emocional entre otros (Florit-Robles, 2006).

Coronel et al.(2015) refieren que la institución no puede dejar de lado el contexto social y debe responder implementando modos para responder a la urgencia, sin dejar de lado la subjetividad, intentando que el paciente no sea ubicado como objeto de la ciencia. Ya que, son estas urgencias *generalizadas* las que se intentará transformar en una urgencia *subjetiva*, que tiene como objetivo que el paciente se vea implicado en ese sufrimiento, produciendo una nueva lectura del mismo. Se trata de un dispositivo flexible, donde sus reglas y sus normas van cambiando según las necesidades del momento y según los síntomas de la época. Para el paciente recién llegado al servicio, quien lo recibe es un anónimo, pudiendo ser cualquiera. En general se trata de pacientes que presentan un cuadro de angustia excesiva que entorpece su vida cotidiana, agitación psicomotriz, conductas agresivas, fenómenos alucinatorios, cuadros afectivos, conductas autolíticas, entre otros. Y la medicación tendrá el objetivo de permitirle al sujeto decidir, ese será su uso ético.

Sotelo & Belaga (2008) sostienen que la intervención terapéutica requiere de cierto cuidado, ya que en esa primera consulta habrá que dilucidar en el paciente el sentimiento subjetivo de su sufrimiento. En las guardias, admisiones o consultas se deberá tener en cuenta quién es el que considera allí una urgencia. Muchas veces será la familia, el médico, la escuela, el juez quien requiere una intervención y otras será el mismo paciente el que llega pidiendo ayuda. La exigencia de respuestas rápidas y eficaces se impone desde la estructura de Salud Mental, desde la sociedad y desde los mismos pacientes.

Otra de las funciones del equipo de admisión son los de formalizar los pedidos de interconsulta. Puede haber diferentes tipos de pedido según de quien parte la demanda o a qué responde el pedido. 1) El que solicita el paciente: sea algo físico o social que desorganiza al sujeto, 2) el solicitado por el médico, del que surgen tres tipos: a) anticipando alguna enfermedad o algún procedimiento quirúrgico, b) mejorar la eficacia del tratamiento y el trabajo con la familia y c) otro profesional especializado generando además un enriquecimiento entre ambos (Coronel, 2015).

Dado que los tratamientos psicofarmacológicos de larga duración, los malos hábitos alimenticios, el excesivo consumo de tabaco, el abuso de drogas y alcohol, la falta de cuidado, las conductas autolíticas, entre otras, ha dejado en ellos diversas secuelas, algunas graves las cuales, requieren de una atención continua tanto de médicos, familiares y especialistas (Laviana Cuetos, 2006).

Todos los días al finalizar la jornada, el grupo de profesionales realiza el pase diario, el mismo consiste en la transmisión oral de los casos dando de esta manera a orientar y/o re-orientar la dirección de la cura en cada caso. Y aunque se trata de una formación que implica lo grupal, no intenta desaparecer la soledad subjetiva de sus integrantes, sino al contrario van uno por uno (Gómez Quarello, Nieto, & Rógora, 2015).

3.4 Rol del psicólogo en el equipo de Admisión.

En el siguiente apartado se analiza el rol del psicólogo dentro del servicio de admisión. Si bien existen muchas escuelas y modelos teóricos, en este caso se expone una mirada psicoanalítica siendo ésta la modalidad de intervención del equipo tratante en la institución en el presente estudio.

Desde una conceptualización psicoanalítica, el término admisión refiere a la manera que la institución tiene de recibir, de acoger, a quien consulta, buscando una respuesta a lo que le ocurre. Si admitir implica aceptar, dar cabida, es necesario que haya por parte de quien consulta un pedido, una pregunta. Los datos en psiquiatría valen como signos para un diagnóstico, pero no dan lugar al despliegue de una historia subjetiva. Es importante clarificar la demanda, ver cuál es el pedido, de qué sufre, ya que es difícil iniciar una intervención si no hay reconocimiento por parte del sujeto de algo que lo perturba, de lo que quiera sentirse más aliviado. (Rubistein, 1996).

El diagnóstico no constituye en sí mismo una verdad, sino que solo nombra un conjunto de signos y síntomas pero no dicen nada del dolor de un sujeto. Lo que la medicina llama síntomas suelen para el psicoanálisis ser signos (suicidas, adictivos, etc.). Muchas veces se debe diagnosticar porque una institución asistencial, judicial, lo solicita, pero ello no implica dejar de interrogar pues suele ser más pertinente para el paciente no encontrar su lugar en "en el libro de los trastornos mentales y del comportamiento" y encontrar un lugar en otro que lo escucha y lo aloja en el análisis (Fudín, 2014, p.61).

Si bien el psicoanálisis no comparte clasificación, es decir, lo singular del sujeto, es necesario hacer uso de un lenguaje común que permita la conversación con otros profesionales que tratan al paciente. Ello además se ve reflejado en la historia clínica, que es un documento donde se evoluciona al paciente, aclarando: día, hora, servicio y situando que ese informe refiere al momento de la entrevista, ya que la evolución del paciente puede cambiar. También se describen las funciones intelectuales básicas (atención, percepción y memoria), superiores (lenguaje y pensamiento) y la afectividad, y a su vez se deja constancia del plan terapéutico y farmacológico a seguir (Coronel, 2015).

Para las enfermedades mentales graves, en el momento del diagnóstico supone para el paciente y su familia una larga amistad con los servicios de salud mental, por lo que será importante establecer una buena alianza para mantener una vida razonable. Debido que un diagnóstico de enfermedad grave o incapacitante supone la ruptura del proyecto vital en curso de la persona y de su núcleo más íntimo. La evaluación del funcionamiento psicosocial incluyendo sus intereses y motivaciones, sus redes personales de apoyo cercana y extensa, su vida educativa y laboral, sus sueños y futuro, sus expectativas, son indispensables a la hora de armar su plan terapéutico con participación activa del paciente y su familia (Laviana Cuetos, 2006).

El diagnóstico en psicoanálisis es diagnóstico en transferencia, agregando a la clásica clasificación lo singular. Penetrar en la trama de las relaciones, en la posición del sujeto en la estructura y esto no siempre sucede de entrada. Una de las herramientas con las que cuenta el profesional es su propia escucha y a partir de ella se va construyendo el diagnóstico, que en muchos casos lleva tiempo y se hace necesario mantener la prudencia en las intervenciones (Rubistein, s.f.).

Esa posición de escucha desde una *docta ignorancia*, es decir, dejarse enseñar con lo que el paciente puede decir acerca de las respuestas que encuentra en lo real que se le impone, permitirá el lugar a lo nuevo, posibilitando el decir del paciente, separándose del hecho. El psicólogo ofrece un espacio donde poder hablar de ese otro dolor, para que por medio de la palabra, encuentre otras vías de expresión (Coronel, 2015).

Las personas comienzan relatando la naturaleza de su malestar y generalmente luego comienzan a relatar su historia personal y sus dificultades por las cuales atravesaron. Muestran las marcas de su dolor, como ser, sus estados de ánimo afectados, señales físicas del abandono, el miedo en sus rostros, su desprolijidad. Además relatan sus síntomas y los exponen como fenómenos clínicos. En algunos casos, los pacientes no tienen dificultades para expresar de manera explícita lo que quieren lograr, incluso saben los tiempos que debe durar el tratamiento y la forma en que se debe llevar a cabo. Y en otras admisiones, el paciente no tiene claro nada y es el psicólogo quien debe intervenir para tratar de averiguarlo. Donde muchas veces el paciente puede verse sorprendido y descubrir que lo que buscaba no era tan sencillo como suponía y queda situado en una zona muy distal respecto al núcleo de su malestar. Por lo tanto los factores más relevantes del rol del psicólogo en el servicio de admisión es la estimación del grado de malestar subjetivo, la severidad del trastorno, el grado de urgencia, las estrategias de afrontamiento dominantes, el nivel de resistencia, las redes sociales con las que cuenta y los tratamientos terapéuticos anteriores (Fernández-Álvarez, Pérez, & Fraga Míguez, 2008).

Stolkiner (2005) sostiene además que la función del psicólogo en las prácticas de salud no es ocuparse de problemas o patologías mentales, sino de esta dimensión subjetiva del proceso de salud-enfermedad-atención. Debido a la compleja definición de salud-enfermedad-atención donde resulta imposible diferenciar enfermedades “mentales” de enfermedades “biológicas” y de allí la necesidad de incorporar la dimensión social, quedando el campo de la salud mental incorporado en prácticas integrales de salud.

Por otra parte brinda espacios de tratamiento individual, entrevistas con familiares, interconsulta psiquiátrica, actividades de taller y espacios de participación para amigos y familiares. Esto no implica una sumatoria de actividades, sino un dispositivo en red, es decir, que el paciente alojado en ese dispositivo pueda reconstruir su lazo social quebrado por las circunstancias (Bolomo, Da Vila, & Della Valle, 2005).

Ya que el paciente que se presenta a la consulta, ha depositado sobre los profesionales la responsabilidad de interpretar lo que le ocurre para saber qué camino tiene que seguir. Las estrategias posibles pueden ser diversas, como volver a entrevistarlo para obtener mejor información, citar a personas significativas como por ejemplo los familiares, esto será una prescripción regular como cuando hay que ocuparse de los problemas de un niño, un adolescente o de una persona discapacitada. El paciente necesita saber qué piensa el profesional acerca de lo que le pasa y qué perspectivas pueden dilucidarse para su futuro, por un lado, existen pacientes que ponen trabas y cuestionan las explicaciones dadas por los ellos. Por otra parte hay otros con los que se logran éxitos más notables, comunicar al paciente las mejoras suele producir un gran alivio ya que viene de parte de los profesionales, reforzando su motivación, conduce a fijar objetivos y es un estímulo para estimular los cambios (Fernández-Álvarez, Pérez, & Fraga Míguez, 2008).

Es por esto que una relación profesional-paciente humanizada exige un diálogo, mediante el cual el proceso de comunicar o informar sea fluido y bidireccional, con el fin de que el paciente exprese sus preocupaciones y dudas, conozca de lo que padece y sepa cómo actuar para resolverlo. Es este diálogo bidireccional lo que facilita la comprensión del padecimiento y su significado y el cumplimiento de las prescripciones médicas. De esta manera el paciente, con una información adecuada y suficiente acorde a sus derechos y necesidades, asume un rol activo en su propia asistencia y en la adherencia al tratamiento (Mucci & Benaim, 2006).

Ello exige profesionales con una perspectiva ecológica, para que se pueda apreciar la presencia de los fenómenos psicosociales se necesitan conocimientos y disponibilidad para captarlos (Balint, 1986).

En esa interacción la psicología favorece, junto con otras disciplinas, a la humanización de la práctica médica permitiendo aumentar estrategias de intervención. Por otro lado, actúa la resistencia de algunos profesionales al desconocer el rol del psicólogo en salud mental dando lugar a un perfil profesional distorsionado. La evaluación y asistencia preventiva, clínica, intervención en crisis ante enfermedades médicas agudas y crónicas, intervenciones psicosociales orientada a nivel individual, vincular, familiar, comunitario, del equipo de salud son sólo algunas de las funciones que cumple (Mucci & Benaim, 2006).

3.5 Tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

El fármaco es efecto de una ciencia que modifica la clínica, cambia el tratamiento que la sociedad da a la locura y de alguna manera genera un aire de tranquilidad. No se puede negar ni su existencia ni su eficacia, ya que, es más probable que un psicólogo pueda hacerse responsable del tratamiento de un paciente psicótico que se encuentra desligado de todo lazo social, si durante un tiempo al menos, cuenta con la ayuda de la psicomarfacología. Dándole importancia a que no tenga efectos secundarios dañinos y que atenuado el síntoma no duerma por completo al paciente (Lombardi, 2009).

En la actualidad, la eficacia de las psicoterapias que ya prácticamente nadie duda, junto con la farmacología o la combinación de ambas, constituyen las principales herramientas terapéuticas de los equipos de salud mental. Los efectos positivos de la intervención conjunta se relacionan con que la medicación facilita la accesibilidad terapéutica, fomenta las funciones del Yo para la participación, promueve la abreacción y ejerce efectos positivos en expectativas. Por otra parte la psicoterapia facilita la adhesión al tratamiento

(Ferreeres, et al.,2012).

Los pacientes con síntomas psicóticos, por lo general, no tienen conciencia de enfermedad, por lo tanto las intervenciones tienen que ser prolijas para que haya una adherencia al tratamiento, específicamente cuando se trata de normalizar las ideas delirantes. Una de las formas de poder intervenir adecuadamente es explicar que el tratamiento se trata, en parte, de disminuir los miedos que poseen y, también, mejorar sus habilidades sociales (Yust & Garcelán, 1997).

La desinstitutionalización de los pacientes durante las últimas décadas, favoreció la incorporación de sus familiares como importante recurso terapéutico. Los tratamientos psicológicos se han centrado en la reducción de los síntomas psicóticos residuales, la prevención de recaídas, el cumplimiento del tratamiento, las relaciones interpersonales, la adquisición de habilidades para una vida independiente y la reducción del estrés y de la carga familiar (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001).

Por lo tanto, pacientes y familiares deben tomar conciencia acerca de la importancia que tiene el cumplimiento terapéutico, muy difícil de llevar a la práctica. Las consecuencias de la falta de adherencia, en muchas ocasiones, se detectan cuando los síntomas psicóticos reaparecen. Los pacientes tienden a minimizar el bajo cumplimiento comparado con la opinión de sus familias, ya que consideran que el suspender una dosis o no tomar algunos días la medicación no constituye un incumplimiento terapéutico. La cronicidad de las patologías mentales, la falta de conciencia de enfermedad, el alto grado de estigmatización que acompaña a los trastornos mentales son algunos de los factores que agravan el problema de la adherencia (Roca, 2006).

Según Martín Alfonso (2003) se configuran variables que modulan la adherencia al tratamiento y categoriza cuatro grupos: 1) Naturaleza de la enfermedad, aguda o crónica, así como la presencia de dolor o incomodidad; 2) Tipo de régimen terapéutico, debiendo distinguir la complejidad, la duración y el tipo de tratamiento; 3) Relación médico-paciente, se destacan variables como la satisfacción del paciente y la alianza que se establece con el profesional, como así también, la comunicación que permite que el paciente comprenda la información que se le está dando sobre la prescripción o recomendación que se le está dando; 4) Variables biopsicosociales, constituidas por las creencias del paciente asociadas a la percepción de amenaza a su salud, motivaciones y sus redes sociales.

De esta manera las redes sociales tienen la poderosa función de intercambiar diversos recursos como ser apoyo emocional e información que brindan una inserción en la vida en comunidad. La red social puede ser brindada por una persona, un grupo familiar o alguna institución como ser el hospital (Álvarez, Troncoso & Sepúlveda, 1995).

Hay una gran variedad de tratamientos, según su fundamento teórico y según el objetivo para el cual se diseñaron. Para ello se utilizan técnicas, como ser, intervenciones psicoeducativas, tratamiento cognitivo-conductual, aprendizaje de habilidades sociales y rehabilitación neuro-psicológica (Caldas de Almeida & Torres González, 2005).

Sin embargo, una relación de cuidado, confianza y aceptación como se da en la buena terapia, puede ser un buen lugar donde experimentar nuevas posibilidades. Y entonces se empieza a comprender en qué momento, para cual persona, a través de quién puede llegar el cómo más adecuado. Y si se deja de lado, las diferencias teóricas y técnicas de los diferentes sistemas de psicoterapia y nos focalizamos en el cambio psicológico positivo, acá todas acuerdan en lo mismo, la mejor psicoterapia es la que cura (Napolitano, s.f.).

Cozolino (2002) sostiene "que cualquier forma de psicoterapia es exitosa en la medida en que mejora el cambio positivo de la experiencia y las redes neuronales subyacentes, el crecimiento y la integración" (p.315). El cerebro es un órgano de adaptación y construido por la experiencia durante el desarrollo y reconstruido durante la psicoterapia.

Por otra parte, la modalidad de paciente "ambulatorio" designa la oferta de espacios de tratamientos individual, grupal, entrevistas con familiares, interconsulta psiquiátrica, actividades de taller y espacios donde pueden participar amigos y familiares. El ingreso de los consultantes en estos dispositivos no lleva un camino lineal y predeterminado para todos por igual, sino que implica una escucha atenta desde el proceso de admisión y, de esta manera localizar, dependiendo el caso, sus posibilidades de externación (Quevedo & Kameniecki, 2005).

Desde otro escenario podría señalarse que la ayuda de pares puede ser visto como otras formas de ayuda, donde ellos conocen la enfermedad desde la experiencia y vivencia propia, siendo muy distinta a la conceptualización que hacen de ésta los profesionales. Conocen las trayectorias a seguir para la atención del padecimiento, saben acerca de lo que ocurre con las personas con enfermedad mental fuera de las horas de consulta, conociendo la vida real de las personas. Estos pares poseen una visión del que padece como otro semejante, y no se trata de enseñar a ayudar, sino de hacer valoradas y visibles las formas de ayuda que ya existen. Es posible que la mayor contribución de los pares en los equipos, sea de ayudar a los profesionales a que tengan una lógica menos centrada en los déficits, valoren más las capacidades que tienen todas las personas, dejen de pensar en términos ellos y nosotros, tengan una experiencia distinta de recuperación. De hecho, ser escuchados y observados por esos otros lleva a modificar el modo de pensar y referirse a ellos (Ardila Gómez, Agrest, Abadi, & Cáceres, 2013).

3.6 La internación y su vinculación con la Ley Salud Mental (26.657)

Como se mencionó en apartados anteriores, las decisiones de internación en el hospital se producen por dos vías: por un lado la guardia, ingresan las personas derivadas de otros sectores del hospital, pudiendo ser otro hospital, la justicia, la policía entre otros. Por otro lado, los consultorios externos, donde se realizan tratamientos ambulatorios con pacientes externados del hospital. Aquellos pacientes que se internan en el hospital, deben ser evaluados para confirmar la pertinencia de la internación. Los profesionales (psiquiatra y psicólogo) evalúan al paciente llegado de la guardia, recabando información de los síntomas psiquiátricos. Una vez terminada la evaluación y en caso de que se decida una internación, interviene el trabajador social, permaneciendo los pacientes el servicio por un corto período (Mantilla, 2010b).

En el momento de tomar la decisión de una internación psiquiátrica, confluyen diversos saberes y prácticas, que adquieren distintos significados para cada profesional del equipo, pudiendo mencionar los discursos psiquiátricos y psicoanalíticos (Good, 1994).

El discurso psiquiátrico históricamente se ha constituido como un dispositivo de poder disciplinario, como práctica productora de un discurso de verdad. Hubo dos épocas de la psiquiatría, una en la cual se utilizaban cadenas, y otras, por el contrario se apeló a los sentimientos de humanidad (Foucault, 2005).

El psicoanálisis es la principal referencia teórica que orienta la práctica clínica de psiquiatras y psicólogos del hospital, constituye el discurso hegemónico en el campo de la salud mental argentino, en particular, en la Ciudad de Buenos Aires (Visacovsky, 2002).

Los psiquiatras hacen una discriminación por diagnóstico psiquiátrico, deterioro cognitivo y social, la falta de adhesión al tratamiento, el mantenimiento de la medicación antipsicótica, el número de internaciones anteriores, la severidad de los síntomas, el diagnóstico psiquiátrico primario y la duración de las internaciones son algunos de los criterios a tener en cuenta en una internación. El marco interpretativo del psicoanálisis incorpora elementos, como por ejemplo, los cambios en los dichos del paciente, con el propósito de interpretar las predeterminaciones inconscientes de los sujetos, la búsqueda de responsabilidad subjetiva orientan las decisiones de internación, además las miradas y apariencias que se producen en el encuentro entre pacientes, profesionales y familiares (Mantilla, 2010b).

Goffman (1971) señala que las actitudes, creencias y emociones verdaderas o reales del sujeto pueden ser descubiertas solo de manera indirecta, a través de sus confesiones o de lo que parece ser conducta expresiva involuntaria. La expresividad del paciente y por lo tanto, su capacidad para producir impresiones parece involucrar dos tipos distintos de actividad: la expresión que da y la expresión que emana de él. El primero incluye los símbolos verbales con el único propósito de transmitir información, ésta es la comunicación en el sentido tradicional. El segundo comprende acciones que otros pueden tratar como sintomáticas del actor, considerando probable que hayan sido realizadas por razones ajenas a la información transmitida en esta forma. El paciente, por supuesto, transmite intencionalmente información errónea por medio de ambos tipos de comunicación; el primero involucra engaño, el segundo, fingimiento. Si se toma la comunicación en ambos sentidos, se descubre que, cuando el individuo se encuentra en la inmediata presencia de otros, su actividad tendrá un carácter promisorio.

Por todo ello, en una internación, lo que se trata es de confiar en una versión de la realidad, sustentada en determinadas apariencias que se despliegan en las interacciones cara a cara, como ser, la forma de definir una situación por parte del paciente, el discurso y relato de los padres. Los profesionales reciben esas impresiones, arriesgan hipótesis, se consultan entre ellos disponiendo luego de una serie de argumentos que lo convencen de una u otra opción (De Ípola, 1997).

Las decisiones por guardia requieren respuestas rápidas sobre asuntos y temas relevantes en la vida de las personas. En ese momento se dispone de conocimientos relativos y escasos, es por eso que, estas impresiones adquieren relevancia al tomar una decisión en el momento de internación (Goffman, 1971).

La internación psiquiátrica adquiere sentido y la función es delimitar el grado de riesgo de un individuo y evitar un retorno prematuro a la sociedad cuando sea susceptible de ponerse en riesgo a sí mismo o alguno de sus miembros. En esta dinámica, la noción de riesgo articula el discurso psiquiátrico, el jurídico y el institucional. La urgencia, el sufrimiento y la ausencia de recursos de integración social se encuentran en cada decisión de internación. En donde los profesionales se ven obligados a dar respuestas a situaciones que los exceden en su posibilidad de intervención y para las que cuentan con teorías y herramientas que no siempre son pertinentes (Mantilla, 2010a).

Acompañar al paciente en el camino de una internación es tener registro de su presencia en el hospital. Las demandas de estos pacientes se dan en cualquier lugar y trascienden las puertas de los consultorios. Pasillos, parques, salas de espera son lugares que se convierten en el punto de encuentro con aquellas personas que quieren oírlos y formular preguntas. Pueden pedir algo, interrogar, quejarse, llorar, enojarse, insultar, maldecir, balbucear, contar partes de su historia o quedar hablando solos aunque le hablen a las paredes. Paredes del hospital, otro que les ofrece un lugar, donde recién allí el sujeto existe (Fudín, 2005).

La internación asociada a la peligrosidad para sí y para terceros se sustituye por la constatación de riesgo cierto e inminente, de esta manera restringiendo las internaciones involuntarias y las controla un Órgano de Revisión con participación de organismos de derechos humanos. La necesidad de una evaluación interdisciplinaria para determinar la internación basadas en diagnósticos situacionales del riesgo real y no en diagnósticos psicopatológicos únicamente, la evitación de internación debido a causas sociales y las internaciones breves en hospitales generales produce un cambio en los criterios y plazos de internación (Zaldúa, et. al., 2012).

Así mismo La Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 indica que la internación es un recurso terapéutico y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios que en su entorno familiar, comunitario o social. Por otro lado, la internación debe ser lo más breve posible y la evolución del paciente como las intervenciones realizadas por el equipo interdisciplinario debe registrarse diariamente en la historia clínica. En cuanto refiere a la internación involuntaria debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de no ser posibles los abordajes ambulatorios, cuando el equipo considere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros (Ley 26657, 2013). Tal como expresó Kirmayer (2003) todo esto puede entrar en conflicto por el contexto institucional. Una vez que el paciente está compensado, se le da el alta luego de encontrar un marco común de entendimiento y significación con el equipo tratante, y se lo sigue asistiendo en consultorios externos como paciente ambulatorio. Por lo tanto, al cambiar el servicio cambia el equipo, entonces, si la internación es pensada como una estrategia de tratamiento en el marco de una serie de intervenciones, pierde en parte su sentido terapéutico al cambiar de profesionales. Esto demuestra como la dinámica institucional modifica las estrategias de los profesionales actuantes.

En relación a los obstáculos en la implementación de la nueva Ley de Salud Mental se puede indicar, la ausencia de recursos y dispositivos alternativos, como ser casas de medio camino, recursos comunitarios, tratamientos ambulatorios. Además la desinformación de la comunidad acerca del sufrimiento mental, falta de nombramientos, profesionales y camas destinadas a salud mental en hospitales generales, ausencia de coordinación desde el sector Salud, falta de gestión y planificación para realizar los cambios, malas interpretaciones acerca de la ley, ideología defensiva de algunos gremios del sector, miedo a perder el trabajo en hospitales monovalentes, dificultades en los procesos de internación, falta de presupuesto para realizar los cambios, dificultad para obtener un lugar de internación sin intermediación judicial, poco compromiso de los juzgados y la convivencia de distintos paradigmas dentro del equipo interdisciplinario son solo algunas de las problemáticas existentes y a las que hoy no hay respuesta (Zaldúa et. al., 2012).

Al decir de Foucault (2003) la primera tarea del médico es, por consiguiente, política. La lucha contra la enfermedad debe comenzar por una mejora en los gobiernos, el hombre no estará definitivamente curado más que si primeramente es liberado. Y es entonces, en una sociedad al fin libre, donde las

desigualdades estén apaciguadas y donde reine la armonía, el médico desempeñará un papel transitorio, dar consejos para el equilibrio del corazón y el cuerpo.

Pudiendo concluir que, internar o no internar, se resuelve más allá de un saber experto, objetivo y científico, se trata de un saber práctico, situacional y contextual que se pone en juego en cada momento. Las demandas de respuestas urgentes y la falta de recursos sociales y dispositivos alternativos a la internación, configuran el escenario cotidiano de las decisiones de internación (Mantilla, 2010).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

El siguiente trabajo es descriptivo, de caso único de carácter cualitativo (Sampieri, Fernández & Lucio, 2007).

4.2 Participantes

El servicio de Admisión cuenta con cinco equipos, cada uno de ellos está integrado por un médico psiquiatra y un psicólogo de planta encargados del tratamiento diario de cada paciente. En cada equipo además asisten residentes de medicina y psicología, asistentes sociales y enfermeros. Para la organización y supervisión de las tareas, el servicio cuenta con una Jefa de Servicio.

Las admisiones, es decir, el ingreso de nuevos pacientes, están a cargo de los equipos, para ello cada uno de los mismos tiene asignado un día a la semana.

En el presente trabajo se tomó al equipo N°5. El mismo está formado por una médica psiquiatra de planta, con formación en una universidad pública y lleva más de 10 años en el servicio de Admisión; una psicóloga clínica de planta con formación psicoanalítica con más de 20 años en el cargo; y una concurrente de psicología con formación psicoanalítica asistiendo desde hace 6 años al hospital. El equipo está supervisado por una Jefa de Servicio, médica psiquiatra con formación en una universidad pública, 2 años desempeñándose en el cargo.

4.3 Instrumentos

Se utilizaron como instrumentos, las observaciones no participantes diarias de las consultas realizadas a los profesionales y de la interacción entre ambos dentro del consultorio, por un tiempo de cuatro meses en el consultorio con los pacientes y entrevistas semiestructuradas con el equipo profesional tratante. Las mismas fueron con la médica psiquiatra y psicóloga de planta del equipo N°5, la concurrente de psicología y la jefa de servicio. Es decir, se realizaron en total cuatro entrevistas.

Los ejes que se tuvieron en cuenta para la entrevista fueron los mismos para todos los entrevistados, siendo tales:

- Cómo está compuesto el servicio de Admisión, de qué manera trabaja y cuál es su función.
- Cuáles son los pasos a seguir desde el ingreso de un paciente hasta su egreso.
- Cómo es el trabajo diario con los pacientes y qué tipo de abordaje farmacológico y psicológico suele utilizarse en el equipo.
- Cómo es el trabajo interdisciplinario entre los distintos profesionales.
- Cuál es el rol del psicólogo en el servicio de Admisión y cuáles son las herramientas con las que cuenta para realizar su trabajo profesional.

-Cuáles son los criterios de internación y su vinculación con la Ley de Salud Mental.

Ejes de las observaciones:

- Implicación de los profesionales (entusiasta, animada, buen humor-fría, distante, distraída, desinteresada, aburrida).
- Organización (comentarios, modalidades de abordaje).
- Participación los profesionales.
- Estrategias de enseñanza (psicoeducación).
- Preguntas frecuentes del equipo tratante.
- Vocabulario utilizado por cada profesional.
- Tono de voz, articulación y ritmo del habla (articulación correcta y clara, tono e intensidad- volumen bajo, alto, habla entrecortada, ritmo rápido o lento, pausas, silencios)
- Gestos (expresivos, refuerzan, regulan la interacción).
- Respeto (calma, paciencia, estabilidad, autocontrol, dominio de la situación-nerviosa, inflexible).
- Refuerzo Positivo (elogia- refuerza las intervenciones).
- Gestión de conflictos (comunicación ante diferentes miradas o criterios).
- Uso de dibujos (utilización de imágenes, dibujos u otras herramientas por parte de los profesionales).
- Comentarios y anotaciones.

4.4 Procedimiento

El presente trabajo se llevó a cabo mediante la observación diaria de la interacción entre los profesionales del equipo profesional del servicio de Admisión, durante un tiempo aproximado de cuatro horas diarias en un lapso de cuatro meses. La modalidad de observación es no participante, no estructurada.

Se utilizó información a través de una entrevista semiestructurada con los cuatro profesionales del equipo, de manera individual, con un tiempo aproximado de 30 minutos.

5. Desarrollo

5.1 Presentación del caso

El dispositivo de Admisión es un servicio que se encuentra dentro de un hospital neuropsiquiátrico público de la ciudad autónoma de Buenos Aires, y está compuesto por un jefe de departamento, jefe de servicio, jefe de sección y cinco equipos, cada uno de ellos conformado por un psicólogo y un médico psiquiatra de planta. Además, en los equipos participan concurrentes, residentes y visitantes. A su vez el servicio dispone de personal de enfermería, limpieza, seguridad, mantenimiento y pertenece al Departamento de Urgencias del hospital. Como sostiene Fernández-Álvarez, Pérez, & Fraga Míguez (2008), el equipo de admisión funciona con varios profesionales que cubren diversos roles, como ser entrevistadores, observadores y evaluadores.

5.2 Descripción del trabajo interdisciplinario de los profesionales dentro del servicio de Admisión.

Si bien el abordaje es interdisciplinario, se describe en primer lugar el abordaje farmacológico y luego el terapéutico en los siguientes subapartados.

Las observaciones realizadas permitieron identificar que el trabajo en el dispositivo de admisión consiste en que cada equipo tratante tenía un día de admisión a la semana, por lo tanto, el paciente ingresaba al equipo que le correspondía realizar las admisiones. Las vías de acceso de los pacientes son: interno (derivado de otros servicios), puede venir de la calle o puede venir de un consultorio externo. Mantilla (2010b) sostiene que el paciente puede ingresar por dos vías: por un lado la guardia, donde ingresan las personas derivadas de otros sectores del hospital. Y por otro lado, los consultorios externos, donde se realizan tratamientos ambulatorios con pacientes externados del hospital.

Se observó que en cada ingreso por guardia se realizó, un consentimiento informado, el cual era firmado por el paciente o por un familiar, si el primero no estaba en condiciones de firmarlo. A partir de la firma o no del consentimiento informado por parte del paciente, la internación se torna voluntaria o involuntaria. El paciente debía tener su DNI, sino tenía identificación se llamaba a la comisaría (huellas dactilares), se lo evaluaba y se hacía una interconsulta clínica. Como plantean Fernández-Álvarez, Pérez, & Fraga Míguez (2008) existen tres formas de evaluación: 1) los estudios con pruebas psicológicas, 2) los estudios neurobiológicos, que son exámenes necesarios en aquellos casos donde existen dudas diagnósticas sobre el peso eventual de disfunciones orgánicas y 3) la evaluación social del paciente llevado a cabo por asistentes sociales, para poder tomar decisiones tales como incluir al paciente en programas becados o ayuda comunitaria.

Además de garantizar asistencia legal, revisión y excepcionalidad de las internaciones prolongadas, como así también el derecho de los usuarios a tomar decisiones vinculadas al tratamiento, rehabilitación e integración en la comunidad (Tisera, Leale, Lohigorry, Pekarek, & Joskowicz, 2013).

En el consultorio se observó que en el ingreso lo que se evalúa primero es la semiología, es decir, cuál es el estado en el que ingresa como así también antecedentes de enfermedad actual, antecedentes de la historia vital del paciente, por ejemplo cómo fue su parto, cómo deambuló, en qué momento situacional se encuentra, es decir, si está en situación de calle, si tiene o no casa, antecedentes quirúrgicos o traumatológicos. Cuáles son las alteraciones del sueño, si es que las tiene, si tiene trastornos antisociales. En la entrevista libre se presta atención de lo que dice el paciente, se realiza un diagnóstico presuntivo y se lo medica. Es a partir de ahí donde el paciente comienza a tener un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, se trata de un trabajo interdisciplinario. Donde la psiquiatra evalúa no sólo los síntomas del paciente junto con la psicóloga, sino que además tienen presente sus vínculos familiares y su entorno social. En base a la entrevista, se toman decisiones en conjunto acerca de los primeros pasos a seguir, sea tanto la indicación de medicación como así también las próximas intervenciones terapéuticas. Como señalan Fernández-Álvarez, Pérez, & Fraga Míguez (2008) dependerán de las decisiones iniciales a estimar el grado de urgencia, factores relacionados con el diagnóstico inicial y las primeras indicaciones terapéuticas. Es de esa decisión inicial la cual indica al paciente alguna intervención farmacológica inmediata o en casos extremos alguna forma de internación ante situaciones de riesgo para sí

mismo o para otros.

El servicio trabaja con pacientes que se encuentran en el período agudo de la enfermedad. La mayoría presentan brotes psicóticos por lo cual se trabaja de manera integral con el fin de lograr compensar el cuadro que se presenta.

La concurrente refirió que “lo que se trabaja es en base a la descompensación que tiene el paciente” de acuerdo a los diferentes tipos de patología que pueda presentar. Dentro de los diferentes tipos de patologías se encuentra la psicosis con todo lo que engloba, trastornos bipolares, adicciones, trastornos de la personalidad y básicamente es un servicio de internación breve. Lo que se trata es de compensar al paciente, que tenga un cuadro estable, pudiendo de esta manera dar cuenta de lo que le pasa, para luego darle el alta y determinar si debe continuar con un tratamiento ambulatorio o bien se lo pasa a otro servicio. Según afirman Sotelo & Belaga (2008) sostienen que la intervención terapéutica requiere de cierto cuidado, ya que en esa primera consulta habrá que dilucidar en el paciente el sentimiento subjetivo de su sufrimiento.

De la observación se desprende que pacientes con estas características presentaron la mirada perdida, temblores en las piernas, lenguaje desorganizado, algunos reticentes al responder, por momentos se reían y a los segundos lloraban. La psiquiatra refirió “en esta patología se suele observar labilidad emocional en los pacientes”.

La psiquiatra refirió que como primera opción se lo medica, “para luego poder trabajar con el paciente”. Pero destacó que las dosis iniciales y el tipo de fármaco a utilizar se definen de manera conjunta, teniendo en cuenta la gravedad del cuadro. De manera que ambas trabajan de manera interdisciplinaria con el fin de lograr una mejora, donde las decisiones se toman en equipo y no de manera individual. La atención en salud mental, está a cargo de un equipo interdisciplinario, formado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la acreditación de la autoridad competente. Las áreas que se incluyen son psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otros campos pertinentes (Ley 26657, 2013).

Diversos autores sostienen que la interdisciplina nace de los problemas que se nos presentan en la actualidad, la dificultad de encasillarlos, es decir, no como objetos sino como demandas complejas dando lugar a prácticas sociales con cuerpos conceptuales diversos. Lo fundamental será salir del aislacionismo vigente en la actualidad y abocarnos al trabajo en equipo, sin “saberes absolutos”, orientados a la búsqueda de modelos teóricos que permitan resolver los problemas actuales (Galende, 1994; Stolkiner, 1987).

La psiquiatra refirió que el trabajo interdisciplinario se ve primero en las entrevistas diarias que se le hace al paciente, ya que una vez que el mismo se retira del consultorio, el equipo conversa para ver cuál es la lectura de cada profesional, cuáles son los objetivos a trabajar para la recuperación de estos pacientes, ya sea, en relación a lo terapéutico, determinar si la medicación es acorde o no teniendo en cuenta que se puede ajustar, dependiendo cuál sea la visión interdisciplinaria. En base a lo que se resuelve se continúa con estos objetivos en pos de la rehabilitación del paciente, tratando de que el mismo esté el menor tiempo internado. Por lo tanto interdisciplinario sería evaluar tanto desde lo psicológico, lo psiquiátrico y en el caso que se necesite asistencia social y determinar cuáles son los mejores pasos a seguir en función del paciente. Coronel et al.(2015) refieren que la institución no puede dejar de lado el contexto social y debe responder implementando modos para responder a la urgencia.

La concurrente refirió que el abordaje interdisciplinario trae muchos beneficios para el paciente, ya que en varias oportunidades manifestaron sentirse cuidados, queridos, sintiendo que disponen de un psicólogo, un médico, y en muchos

casos notan que se los cuida, y agregó “de otra forma se tornaría persecutorio para el paciente, y más en la psicosis”. Como bien explicaron Ferreres, et al. (2012) la farmacología y la psicoterapia, constituyen las principales herramientas terapéuticas de los equipos de salud mental. Los efectos positivos de la intervención conjunta se relacionan con que la medicación facilita la accesibilidad terapéutica, fomenta las funciones del Yo para la participación, promueve la abreacción y ejerce efectos positivos en expectativas. Por otra parte la psicoterapia facilita la adhesión al tratamiento.

Se observó que, por lo general, es el médico quien siempre al ingreso solicitó estudios de laboratorio, de rutina, placa de tórax y un electrocardiograma y lo que necesitó dependiendo del caso. Incluso se tramitaron interconsultas con neurología, dermatología, infectología, las que el paciente requirió. La Jefa de Servicio sostuvo “siempre se piden laboratorios y se realizan interconsultas”, sobre todo cuando hay pacientes que presentan problemas en la piel, dificultades respiratorias o presentan alguna infección. Según afirma Coronel (2015) otra de las funciones del equipo de admisión son los de formalizar los pedidos de interconsulta. Puede haber diferentes tipos de pedido según de quien parte la demanda o a qué responde el pedido. 1) El que solicita el paciente: sea algo físico o social que desorganiza al sujeto, 2) el solicitado por el médico surgen tres tipos: a) anticipando alguna enfermedad o algún procedimiento quirúrgico, b) mejorar la eficacia del tratamiento y el trabajo con la familia y c) otro profesional especializado generando además un enriquecimiento entre ambos.

Se observó además, que en caso de haber estado la familia, se realizó la entrevista, la psicóloga refiere que “siempre hay que trabajar con la familia, primero que es un derecho y obligación informar el estado actual del paciente”, y por otro lado es la red con la que cuenta. Como mencionan Vallina Fernández & Lemos Giráldez (2001) la desinstitucionalización de los pacientes durante las últimas décadas, favoreció la incorporación de sus familiares como importante recurso terapéutico. Si no dispone de red, agregó la psicóloga, “intentar armarla”, un vecino, un primo, y se hace el informe de 48hs para la defensoría de su estado actual, ya que, cuando la internación es involuntaria se le asigna un abogado para que vele por sus derechos. A los 30 días se vuelve hacer el informe y a los 60 días, como las internaciones en el servicio son breves nunca se llega hacerlo, por lo general se pasan a otro servicio o se le da el alta. Si el paciente está grave queda por control por guardia, esto significa que el paciente internado dentro del servicio de admisión es visitado por los profesionales de la guardia cuando el equipo interdisciplinario no se encuentra presente.

Lo que se observa en cuanto a los roles es que no están tan marcados, las profesionales del equipo tienen una amplia formación clínica, por lo tanto, ambas tienen en claro si un paciente necesitará tomar más o menos medicación, a veces hacen intervenciones de manera conjunta, otras no. De las notas que se tomaron, se registraron que hubo una buena participación de la psiquiatra y de la psicóloga en las entrevistas, buen tono de voz, volumen bajo, respetaron los silencios cuando fueron necesarios, la mirada bien distribuida, elogios a pacientes que cumplían las metas a corto plazo y calma ante situaciones imprevistas. Garcés Trullenque (2010) mencionó que cuando la unión interna del equipo es efectiva, es normal que un integrante utilice técnicas de otro aunque no sean específicas de su profesión, sin que se rompa por ello la cohesión del equipo, se interfiera el rol de cada uno y se sustituyan los objetivos planteados. En el equipo interdisciplinario los profesionales comparten sus saberes e intercambian parte de sus prácticas, pudiendo conseguir una acción terapéutica global más coherente y evita intervenciones profesionales innecesarias. El equipo no es un fin en sí mismo sino un

instrumento, que está en función del nivel y formación de los profesionales que lo forman. Haciendo menos rígida la noción del rol que tiene cada miembro del equipo, permite unificar actitudes en la comprensión del paciente y permite modos de ver más significativos en el marco del tratamiento.

La psiquiatra refiere que confía en el criterio de la psicóloga y toma en cuenta su opinión, refirió además “se trata de aprovechar la riqueza que hay en el otro debido a que la formación de cada una es distinta”. Por lo tanto se trabaja de una manera conjunta buscando la mejor solución para cada paciente en particular. Como mencionó Stolkiner (2005) en el espacio hospitalario sería lo esperable pasar de la “interconsulta” a la integración de acciones de salud mental de los servicios, teniendo como objetivo de cambiar la desobjetivación de las prácticas tradicionales, en donde las funciones y la importancia de cada saber se definen en relación al problema y no por el peso de cada profesión.

Se observó que si bien entre psicóloga y psiquiatra comparten criterios, hay respeto mutuo y hablan sobre diagnósticos. Se notó que con algunos pacientes, la psicóloga no quiso omitir opinión del cuadro presentado, señalado que “yo no puedo saber qué es lo que tiene si es la primera vez que lo veo”, hay que darle tiempo y esperar que la medicación haga su efecto. Luego si, podremos ver su sintomatología y que nos cuente “cuál es su urgencia subjetiva”.

Además se observó que para que un paciente se le otorgue el alta, primero comenzó con permisos de salida cortos, dependiendo del cuadro, hubo pacientes que empezaron con salidas al parque del hospital, ya sea solos o acompañados por un familiar. Luego se continuó con permisos más largos, por lo general los fines de semana, se evaluó su comportamiento y después se piensa en el alta. Para ello, el paciente tuvo que tener un programa de tratamiento ambulatorio o consultorios externos, hospital de día, hospital de noche, casas de medio camino, como sostuvo la psiquiatra “uno tiene que evaluar a dónde va a derivar”. Como indican Quevedo & Kameniecki (2005) el ingreso de los consultantes en estos dispositivos no lleva un camino lineal y predeterminado para todos por igual, sino que implica una escucha atenta desde el proceso de admisión y, de esta manera localizar, dependiendo el caso, sus posibilidades de externación.

De acuerdo a lo observado, la función del trabajo interdisciplinario consiste en dar el alta al paciente compensado si es que tiene familia, y en caso de no tener a nadie se ven cuáles son los dispositivos que se pueden utilizar. De modo que la función del servicio de admisión del hospital no es albergar a un paciente que no tiene a donde ir, lo que se intenta es rehabilitarlo para que se pueda reinsertar tanto es la comunidad, su familia y pueda retomar su actividad laboral.

La psicóloga sostuvo que muchas veces desde el servicio de admisión lo que se trata es de buscar este tipo de dispositivos, por ejemplo, talleres protegidos donde el paciente cobra por lo que hace, y señaló “de alguna manera ahí estás ayudando a que tenga una actividad y sea redituado por lo que hace”, aunque muchas veces es difícil debido a la falta de dispositivos. Como así señaló Stolkiner (1999) se está muy cerca de las demandas y necesidades sociales y demasiado lejos de los ámbitos destinados a la reflexión, el tiempo de estos equipos carece de dispositivos específicos en los cuales poder plasmar su práctica.

También mencionó que para el alta el paciente no tiene que estar delirante, alucinado, porque “uno no da cuenta acerca de qué le dicen las voces”. Hay pacientes que no avisan que escuchan voces, y tiene años de hospital y no lo van a decir. Porque saben que lo van a inyectar, que no lo van a dejar salir o quizás le da vergüenza decirlo, “hay que generar alianza con el paciente”.

De la observación se desprende que, en algunos casos, los pacientes en las primeras entrevistas no admitieron escuchar voces, con el tiempo, una vez que se estableció una buena relación y el hecho de verlos todos los días, generó confianza y se los notó más relajados, como ser, la mirada tranquila, prestando atención a las indicaciones, de mejor humor en los encuentros y colaboradores en las entrevistas.

Mucci & Benaim (2006) mencionaron que una relación profesional-paciente humanizada exige un diálogo, mediante el cual el proceso de comunicar o informar sea fluido y bidireccional, con el fin de que el paciente exprese sus preocupaciones y dudas, conozca de lo que padece y sepa cómo actuar para resolverlo. Es este diálogo bidireccional lo que facilita la comprensión del padecimiento y su significado y el cumplimiento de las prescripciones médicas. Al finalizar el día, se realiza el pase diario, donde se reúnen todos los equipos y exponen cada uno de ellos los pacientes que tienen. La función es poder compartir los casos, y de esta manera poder obtener sugerencias u opiniones de pares, sea tanto intervenciones terapéuticas como farmacológicas. Como sostienen Gómez Quarello, Nieto, & Rógora (2015) el grupo de profesionales realizan la transmisión oral de los casos dando de esta manera a orientar y/o reorientar la dirección de la cura en cada caso. Y aunque se trata de una formación que implica lo grupal, no intenta desaparecer la soledad subjetiva de sus integrantes, sino al contrario van uno por uno. Como refirió la jefa del servicio “se trata de tener en cuenta las opiniones de varios profesionales, el intercambio es positivo y suma a nuestra práctica”.

5.2.1 Abordaje farmacológico

De la observación se desprende que en el servicio de admisión hay muchos pacientes que presentan un cuadro agudo, y por lo tanto hay que medicar, no es que no se respete lo psicológico sino que la mayoría de los pacientes por no decir todos, ingresan con un cuadro de excitación psicomotriz o conductas autolíticas que no dejan otra alternativa más que inyectarlo, muchas veces no hay otra forma incluso en casos graves se contienen. Según Lombardi (2009) el fármaco es efecto de una ciencia que modifica la clínica, cambia el tratamiento que la sociedad da a la locura y de alguna manera genera un aire de tranquilidad. No podemos negar ni su existencia ni su eficacia, ya que, es más probable que un psicólogo pueda hacerse responsable del tratamiento de un paciente psicótico que se encuentra desligado de todo lazo social, si durante un tiempo al menos, cuenta con la ayuda de la psicomarfacología.

La jefa de servicio comentó que en general se dan dosis importantes al inicio, no es como un consultorio que se arranca con bajas dosis y después se sube. En el servicio se hace un abordaje con medicación en altas dosis “para atacar lo que motivó la internación”, para luego una vez estabilizado se pueda trabajar con el paciente utilizando distintas intervenciones terapéuticas.

La psiquiatra refirió que dependiendo de cuál sea el grado de descompensación, en el servicio de admisión se utilizan antipsicóticos y benzodiazepinas. Lo que más se utiliza es haloperidol y lorazepam, inyectable al principio y después se lo pasa a vía oral. Mencionó que para el uso de ciertos fármacos requieren hacerse estudios previos, como así también interconsultas con otros profesionales. Dado que los tratamientos psicofarmacológicos de larga

duración, los malos hábitos alimenticios, el excesivo consumo de tabaco, el abuso de drogas y alcohol, la falta de cuidado, las conductas autolíticas, entre otras, ha dejado en ellos diversas secuelas, algunas graves las cuales, requieren de una atención continua tanto de médicos, familiares y especialistas (Laviana Cuetos, 2006).

Esto pudo observarse durante las admisiones, pacientes con consumo de alcohol, con lo cual se solicitó interconsulta con clínica, pacientes con dolores de muela, problemas respiratorios o con enfermedades de transmisión sexual, fueron los problemas más comunes en las admisiones, lo que dió lugar al pedido de interconsultas con otros profesionales.

5.2.2 Abordaje terapéutico

De la observación diaria se desprende, que el tratamiento psicológico en pacientes agudos, como son los pacientes que se encontraron en el servicio de admisión resultó algo difícil, ya que al no estar clínicamente compensados algunas intervenciones no se pudieron realizar y se trabajó teniendo en cuenta que el paciente se encontraba en un periodo crítico de la enfermedad. Como sostiene Coronel et al.(2015) en general se trata de pacientes que presentan un cuadro de angustia excesiva que entorpece su vida cotidiana, agitación psicomotriz, conductas agresivas, fenómenos alucinatorios, cuadros afectivos, conductas autolíticas, entre otros. Y la medicación tendrá el objetivo de permitirle al sujeto decidir, ése será su uso ético. La concurrente refirió que al ingreso la mayoría se encuentran en un estado de inconsciencia que ni siquiera pueden hablar, o incluso sus alucinaciones no le permiten expresar su malestar, “es por eso que se los medica, para que luego se pueda empezar a trabajar”

La psicóloga del equipo, en ciertas ocasiones, solicitó a este tipo de pacientes el uso de dibujos para hacerse entender. Lo que se observaron en ellos son garabatos que abarcaban toda la hoja, a lo que la psicóloga manifestó “los pacientes psicóticos se encuentran sumidos en un mundo de alucinaciones y delirios que difícilmente puedan entender”.

Refirió que el abordaje terapéutico tiene que ver con determinados tipos de intervenciones, en relación a que si un paciente tiene un delirio, dentro de una esquizofrenia, por ejemplo, “ir acotando ese delirio” para que el paciente pueda empezar a compensarse, no solo con la medicación, sino también acotar el delirio “para que el paciente tenga menos goce de eso”. Donde resulta importante conocer sus vínculos, para saber con qué red contamos para poder empezar a trabajar. Florit-Robles (2006) sostiene que lo más adecuado es utilizar la entrevista semiestructurada y la observación natural. Hay datos a tener siempre en cuenta dada su máxima importancia, como ser datos biográficos y clínicos, antecedentes psiquiátricos familiares, relaciones laborales y de pareja, inicio de la enfermedad, si es consciente de la misma, y su estado emocional entre otros.

De la entrevista de la jefa de servicio se desprende que en el momento más agudo se trabaja más con la familia, luego se van acordando estrategias con el paciente, con respecto a lo personal, indagar sus vínculos, qué red hay, si puede trabajar o no, que tareas puede desempeñar afuera, ya que tienen limitaciones. Cabe aclarar además que hay pacientes que evolucionan y muy bien, sobre todo cuando tienen una buena adherencia al tratamiento. Como afirma Roca (2006) pacientes y familiares deben tomar conciencia acerca de la importancia que tiene el cumplimiento terapéutico, muy difícil de llevar a la práctica. Las consecuencias de la falta de adherencia, en muchas ocasiones, se detectan cuando los síntomas psicóticos reaparecen. Los pacientes tienden a minimizar el bajo cumplimiento comparado con la opinión de sus familias, ya que

consideran que el suspender una dosis o no tomar algunos días la medicación no constituye un incumplimiento terapéutico como afirma.

5.3 Análisis del rol del psicólogo en el servicio de Admisión.

En primer lugar, el psicólogo debe estar, porque forma parte del equipo interdisciplinario, ahí ya tiene un rol como profesional, un marco legal (Ley 26657, 2013).

De la observación se desprende que el marco teórico utilizado en el equipo es el psicoanálisis, eso es todo un desafío, porque habría que pensar cómo interviene esta corriente en pacientes descompensados. Se puede hablar de urgencia subjetiva, eso es lo que un psicólogo con formación psicoanalítica trabaja en una guardia o en un servicio de admisión. Es apuntar al padecimiento del paciente, cómo hacer para que su angustia o dolor sea lo menos posible. Como señalaron Coronel et al.(2015) son estas urgencias “generalizadas” las que se intentará transformar en una urgencia “subjetiva”, que tiene como objetivo que el paciente se vea implicado en ese sufrimiento, produciendo una nueva lectura del mismo.

De la entrevista de la concurrente se desprende que las herramientas con las que cuenta para realizar su trabajo son, en primer lugar “su propia escucha” y dar lugar al decir del paciente, tener en cuenta lo que dice, más allá del discurso hospitalario que se entremezcla ahí, no se debe olvidar que estamos en una institución. Como bien ha explicado Coronel (2015, p.189) esa posición de escucha desde una “*docta ignorancia*”, permitirá el lugar a lo nuevo, posibilitando el decir de paciente, separándonos del hecho. El psicólogo ofrece un espacio donde poder hablar de ese otro dolor, para que por medio de la palabra, encuentre otras vías de expresión.

La concurrente agregó que “no hay que suponer nada” y preguntar aquellas palabras que nos llamen la atención, aunque sea algo obvio. Ya que, muchas veces, los pacientes utilizan determinadas formas de expresión, brindando mucha información a la temática a tratar, aporta datos a determinadas maneras de pensar o incluso “desde donde se posiciona el sujeto”, es decir, en qué lugar se ubica para decir lo que dice. Esto pudo observarse, por ejemplo, en un paciente que manifestaba que su trabajo consistía en “tirar cartones” y que lo venía haciendo de hace años. Al preguntarle en qué consiste tirar cartones, refirió “tiro el tarot, leo el futuro”. Es por eso que resulta relevante no dejar de interrogar pues suele ser más pertinente para el paciente no encontrar su lugar en “en el libro de los trastornos mentales y del comportamiento” y encontrar un lugar en otro que lo escucha y lo aloja en el análisis (Fudín, 2014, p.61).

De acuerdo a esto, lo que se observó en las entrevistas realizadas por la psicóloga, en primer lugar fue la lectura de la historia clínica, cuyo objetivo es informarse de datos de suma importancia, como ser, datos biográficos y clínicos, tratamientos anteriores, datos familiares, nivel de escolaridad y demás datos relevantes a tener en cuenta al momento de la consulta. Se observa una buena administración del tiempo, respeta los silencios y sobre todo cuando el paciente se encuentra reticente a hablar, como así calma y paciencia antes de preguntar o responder. Debido que muchas veces, y sobre todo en las primeras entrevistas, algunos pacientes no quieren comunicar nada, sea por encontrarse descompensados, enojados por alguna situación o simplemente el hecho de no conocer al profesional. La mayoría cuenta con varias internaciones previas, por lo tanto, refieren “ya lo conté muchas veces”, o simplemente refieren “no quiero hablar”. Otras veces, cuando la psicóloga les decía “no soy policía, ni

juez, solo quiero saber lo que te pasa”, era en ese momento donde se los notaba más tranquilos, distendidos y si se les respetaba el silencio, se observó que de a poco comenzaban a contar partes de su vida, compartían sus preocupaciones y temores, ya que la mayoría manifestaba “no quiero estar acá encerrado”.

La concurrente agrega, los psiquiatras ven al paciente y pueden decir, “tiene este síntoma y este otro y hay que medicarlo con tal fármaco”. Ahora bien, el psicólogo escucha síntomas, pero lo que trata es de escuchar que hay más allá de ese síntoma, eso es desde el psicoanálisis. De modo tal como refirió Fudín (2014, p.61) “lo que la medicina llama síntomas suelen para el psicoanálisis ser signos” (suicidas, adictivos, etc.).

Por otro lado, refirió que se trabaja medidas de cuidado personal, lo vincular ya que la mayoría se aíslan, no se bañan, no comen. Se hace mucho énfasis en la psicoeducación tanto al paciente como a la familia. Una de las intervenciones más importantes y que a su vez presenta mayor dificultad es la toma de conciencia de enfermedad (Yust & Garcelán, 1997), donde se interviene haciéndole entender sus limitaciones como así también las distintas actividades que se pueden llevar a cabo dentro del hospital. De la observación se desprende que si bien la psicóloga trabajó con la familia, teniendo en cuenta los vínculos y las redes con las que contaba, por otro lado se observó que el momento de una internación, al sujeto se trata de armarlo, es decir, de darle un lugar que perdió, por lo tanto, si bien la familia es importante, también lo es el empleado de seguridad que le abre la puerta para ir al parque, el enfermero que le da un vaso de agua o le facilita el teléfono para realizar alguna llamada, el personal de limpieza que muchas veces le tiende la cama y los profesionales que le dan un lugar donde desplegar su historia subjetiva. Pueden pedir algo, interrogar, quejarse, llorar, enojarse, insultar, maldecir, balbucear, contar partes de su historia o quedar hablando solos aunque le hablen a las paredes. Paredes del hospital, otro que les ofrece un lugar, donde recién allí el sujeto existe (Fudín, 2005).

La psiquiatra refirió que el rol del médico es evaluar el cuadro clínico pero esto también lo hace el psicólogo, se pueden discutir diagnósticos, pensar en diagnósticos diferenciales. Como señala Mantilla (2010) los psiquiatras hacen una discriminación por diagnóstico psiquiátrico, deterioro cognitivo y social, la falta de adhesión al tratamiento, el mantenimiento de la medicación atípicotípica, la severidad de los síntomas, el diagnóstico psiquiátrico primario y la duración de las internaciones. Agregó la psiquiatra “la clínica es clínica para cualquiera”, por lo tanto el rol del psicólogo es aportar su opinión sobre el plan de medicación, si es necesario requerir interconsultas o no y realizar las entrevistas familiares.

En realidad, se encuentra un poco de todo, hay psicólogos que tienen una cuestión muy defensiva con el médico, “no te cuentan nada”, se guardan información, no quieren hablar de medicación ni tampoco discuten diagnósticos. Hay que tener en cuenta que no es lo mismo medicar a un psicótico que a un depresivo, una idea acerca de un diagnóstico hay que tener. De la observación se desprende que la mayoría de las veces, la psicóloga participó en las decisiones en cuanto a diagnósticos, planes de medicación y pasos a tener en cuenta para que un paciente fuera dado de alta.

5.4 Análisis de los criterios de internación y su vinculación con la Ley de Salud Mental.

De la observación se desprende que actualmente, uno de los criterios de internación es el de presentar riesgo cierto e inminente para sí o para terceros,

siendo además esto lo que marca la Ley Nacional de Salud Mental. La psiquiatra refirió “antes se hablaba de peligrosidad, ahora se abolió ese concepto”. Se internaba a través de juzgados, venía el informe judicial con una nota del juzgado. Hoy se habla de riesgo, por lo tanto, un paciente en riesgo puede atentar contra su vida o contra la de otros. Como afirma Mantilla (2010a) la internación psiquiátrica adquiere sentido y la función es delimitar el grado de riesgo de un individuo y evitar un retorno prematuro a la sociedad cuando sea susceptible de ponerse en riesgo a sí mismo o alguno de sus miembros. En esta dinámica, la noción de riesgo articula el discurso psiquiátrico, el jurídico y el institucional.

De la entrevista con la psicóloga se obtuvo que una de las maneras de evaluar criterios es mediante la escucha. Goffman (1971) señala que las actitudes y emociones verdaderas o reales del sujeto pueden ser descubiertas solo de manera indirecta, a través de sus confesiones o de lo que parece ser conducta expresiva involuntaria. Esto se observó en pacientes que desplegaron ideas de muerte, donde manifestaban planes suicidas o desempeñaban conductas autodestructivas. Por ejemplo, algunos pacientes referían “no querer vivir más”, pudiendo observar desprolijidad en su aspecto, falta de higiene personal y desgano. Otro refirió “estoy esperando salir de acá así me cuelgo del toldo de mi casa”, mientras se golpeaba la cabeza contra las paredes del consultorio.

También refirió que siempre hay que tener en cuenta que la internación es el último recurso. Se tienen que haber descartado todos los dispositivos, como lo indica La Ley 26657 (2013) la internación es un recurso terapéutico y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios que en su entorno familiar, comunitario o social.

Se observó que los profesionales del equipo, siempre intentaron reanudar la red y mejorar el diálogo para que el paciente vuelva a su hogar o al servicio de dónde provino. Si el paciente contaba con familia, se los citaba para entrevistas familiares, con el objetivo de recolectar datos de lo acontecido y buscar el mejor modo de revinculación. Debido que, muchas veces, los mismos sostuvieron “me vendió toda la casa para comprar droga” o “me amenazó con un cuchillo”, situaciones que llevaron a quebrar lazos. En casos donde los pacientes provienen de hogares, se los llamaba a los directores del hogar, compañeros, tíos, primos o cualquier tipo de red que el paciente disponga. Y si el mismo pertenecía algún servicio del hospital, una vez compensado, se comunica con el Jefe de servicio para que venga verlo y poder reanudar su relación y tratamiento. Pero, también pudo verse que, muchas veces, la familia no los quiere recibir, incluso piden que lo demoren unos días, así ellos resuelven asuntos personales, como por ejemplo, “necesito que se quede una semana porque viajo por trabajo” o “en mi casa no lo puedo tener”. En cuanto a los servicios se observan resistencias por partes de algunos profesionales, por no volver a aceptarlo debido a características o conductas inapropiadas por parte del paciente, como ser, “me descontrola todo el servicio” o “consume”, siendo las respuestas más comunes.

Además la psicóloga agregó que la decisión en una internación se toma de manera conjunta, pudiendo ver cada una desde su práctica, los motivos por el cual realizar la internación. Siguiendo a Good (1994) en el momento de tomar la decisión de una internación psiquiátrica, confluyen diversos saberes y prácticas, que adquieren distintos significados para cada profesional del equipo, pudiendo mencionar los discursos psiquiátricos y psicoanalíticos.

Como así también, la internación debe ser lo más breve posible, pudiendo ser voluntarias e involuntarias. La internación involuntaria es cuando el paciente no se encuentra dentro de sus facultades psíquicas como para poder comprender lo que le está sucediendo.

De la observación se desprende, que el equipo interdisciplinario puede cambiar la carátula de una internación voluntaria a involuntaria debido a la presencia de riesgo, en ese caso, se confecciona el papel que no se realizó al ingreso y se da aviso a defensoría. Por ejemplo, un paciente que ingresó de manera voluntaria por “escuchar voces dentro de su cabeza”. Luego de unos días en el servicio de admisión, manifestó en el consultorio “quiero salir de acá y tirarme debajo del tren, no quiero vivir más”. Estas ideas de muerte o planes suicidas ponen en riesgo la vida del paciente, es en este caso, un motivo para cambiar la internación de voluntaria a involuntaria. Representando para el sujeto un riesgo real, se lo informó y asistió durante todo el proceso en pos de su recuperación. Debiendo concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de no ser posibles los abordajes ambulatorios (Ley 26657, 2013).

La psiquiatra refirió que los motivos posibles de internación son por cuadros alucinatorios, delirantes, excitación psicomotriz, sobreingestas que las puede tener un psicótico, un border, un depresivo. Ideación heteroagresiva, conductas autolíticas, se cortan, todos estos son criterios de internación. Por otro lado, hay que tener en cuenta que ya no es motivo de internación si el paciente presenta un problema habitacional. Las internaciones involuntarias las controla un Órgano de Revisión con participación de organismos de derechos humanos. Según refiere Zaldúa, et. al. (2012) la necesidad de una evaluación interdisciplinaria para determinar la internación basadas en diagnósticos situacionales del riesgo real y no en diagnósticos psicopatológicos únicamente, la evitación de internación debido a causas sociales y las internaciones breves en hospitales generales produce un cambio en los criterios y plazos de internación.

De la observación se desprende que, la mayoría de las internaciones se debieron a descompensaciones psicóticas, en donde el paciente genera un grave problema en su entorno familiar, generando violencia, amenazas y destrucción del hogar. Son pacientes que presentan ideas delirantes, alucinan y generalmente el cuadro se ve agravado por el consumo de sustancias.

Hay una amplia gama agrega la psiquiatra, por ejemplo, un alcohólico o pacientes con trastorno por abuso de sustancias que van a un medio clínico en general lo mandan para este hospital. Pudiendo concluir que en el momento de decisión en una internación, se tomó siempre de manera conjunta, donde los saberes se amalgaman y la importancia de cada saber es en función del problema.

6. Conclusión

6.1 Resumen del desarrollo

A partir de lo expuesto en el desarrollo del trabajo se ha podido observar el cambio en la atención de Salud mental y ello se debe a un cambio en la comprensión de individuos con patologías psíquicas de diverso orden. Ya no alcanza con tener criterios de una medicina positivista, tras el surgimiento de actuales demandas en su mayor proporción de los actores sociales más afectados por el proceso de modernización de la estructura social.

Enfermos llamados funcionales, problemas de la niñez, conflictos familiares y temáticas relacionadas con la desocupación laboral y la marginación: alcoholismo, drogadicción, desamparo social y familiar, sociedades donde el capitalismo les impuso un proceso de aculturación, el individualismo feroz y competitivo, precipitaron a grupos enteros a la enfermedad mental (Galende, 1994).

Se ha podido comprender cómo funciona un dispositivo de admisión en un Hospital Neuropsiquiátrico público de la Ciudad autónoma de Buenos Aires bajo los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental.

Asimismo se ha podido describir el trabajo interdisciplinario dentro del servicio de admisión, donde la integración favorece el intercambio de instrumentos, métodos y técnicas y la producción de nuevos conocimientos. Es en el cómo donde se desarrolla lo interdisciplinario, en el debate mismo, en donde las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas (Stolkiner, 1999).

A su vez se ha mencionado cómo se llevan a cabo el abordaje farmacológico dentro del servicio y cuáles son las primeras indicaciones psicoterapéuticas a tener en cuenta. Ya que en la actualidad, la eficacia de las psicoterapias que ya prácticamente nadie duda, junto con la farmacología o la combinación de ambas, constituyen las principales herramientas terapéuticas de los equipos de salud mental (Ferrerres et al., 2012).

En el análisis del trabajo se ha descrito el rol del psicólogo desde una mirada psicoanalítica siendo la modalidad adoptada por el equipo tratante. Donde se indicó que resulta muy importante establecer una alianza con el paciente para conseguir una mejor calidad de vida, por lo tanto, la evaluación del funcionamiento psicosocial incluyendo sus intereses y motivaciones, sus redes personales de apoyo cercana y extensa, su vida educativa y laboral, sus sueños y futuro, sus expectativas, son indispensables a la hora de armar su plan terapéutico con participación activa del paciente y su familia (Laviana Cuetos, 2006).

Por último, se han analizado los criterios de internación y su vinculación con la Ley de Salud Mental. Teniendo en cuenta dos miradas, la mirada médica por un lado, y la mirada psicológica por otro. Pudiendo concluir que, internar o no internar, se resuelve más allá de un saber experto, objetivo y científico, se trata de un saber práctico, situacional y contextual que se pone en juego en cada decisión de internación (Mantilla, 2010).

6.2 Limitaciones

Al comentar las limitaciones del trabajo, surgen algunas cuestiones a la hora de analizar las intervenciones psicoterapéuticas. Al tratarse de un servicio de urgencia en el cual se trabaja situaciones críticas, sobre todo en períodos agudos de la enfermedad del paciente, lo que se atiende primero son las

demandas inmediatas. Esto se debe a que el paciente se encuentra descompensado, por lo tanto, la medicación es la primera opción. Se trabaja de manera diaria pero sin pensar en alguna planificación clara de tratamiento psicológico, es la demanda del paciente la que va modificando las intervenciones de acuerdo a la evolución del cuadro. Es por esto que ciertas intervenciones o planificaciones no pueden llevarse a cabo debido a las limitaciones que se encuentran en esta instancia de internación.

Por lo tanto 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. No quedando bien en claro el tipo de intervenciones terapéuticas utilizadas en cada caso, como tampoco el abordaje a tener en cuenta en dichas situaciones.

Otra limitación es la de no haber utilizado otras herramientas en la recolección de datos, como ser encuestas y el no haber entrevistado a otros trabajadores del servicio. Como por ejemplo enfermeros, trabajadores sociales o integrantes de otros equipos, pudiendo tener quizás una visión más amplia o el planteo de temas aquí no mencionados.

Quizás hubiese servido tener la posibilidad de observar las evoluciones de los pacientes ante los tratamientos, debido a los sucesivos cambios y suspensiones de los mismos, la falta de adherencia, alta o pase de servicio. No pudiendo, de esta manera, observar los cambios positivos generados en el paciente por parte de los profesionales intervinientes.

Quizás como limitación desde lo personal fue comprender que el trabajo en equipo exige una definición conjunta de los problemas, la relativización de las miradas individuales, quizás muchas veces opuestas, la tolerancia ante la incertidumbre y la indefinición, debido a que muchas veces un paciente se va del servicio sin saber claramente que es lo que tuvo, la crítica de las verdades absolutas, y el hecho de reconocer que todo conocimiento es parcial y provisorio. Donde además es fundamental el respeto, la cooperación, el intercambio y disposición a construir entre todos los integrantes del equipo de salud interdisciplinario un saber compartido. Dejando de lado, las diferencias, el narcisismo personal en pos de una mejor calidad de atención, y poder ayudar aquellos sectores más frágiles, ya sea por sus recursos psíquicos o por el desamparo que sufren.

6.3 Perspectiva crítica

En el presente trabajo se ha podido indagar acerca de las problemáticas sociales en nuestro país en lo que respecta a la salud mental. Como así también se pudo dar cuenta de la importancia de acompañar y contener a los pacientes en sus primeros días de internación, y cuáles son los distintos dispositivos en la actualidad.

La Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657 fue aprobada y promulgada a fines del 2010, donde enuncia una serie de derechos que deben cumplirse en forma efectiva en todo el país. El problema es que existen diversos obstáculos que hacen difícil su implementación, como ser: dispositivos que no existen, por ejemplo, la ley sostiene que la internación debe ser lo más breve posible, hay pacientes que no disponen de red. Por lo tanto, no hay lugares en hogares ya que están en su mayoría completos, al igual que en los distintos servicios del hospital, no hay camas disponibles.

Cuando al paciente se le da el alta desde el servicio de admisión, el mismo debe

sacar un turno en consultorios externos. Para la admisión en dichos consultorios, se realizan tres entrevistas, los turnos se otorgan a las seis de la mañana no contemplando el lugar de procedencia, tampoco si cuenta con los medios necesarios para el traslado, ni las capacidades físicas como para poder deambular solos, siendo que muchas veces, los efectos adversos que produce la medicación hacen imposible que puedan trasladarse de manera independiente necesitando de otro que lo acompañe.

La Ley Nacional de Salud mental indica que no puede haber criterios sociales para internación, sin embargo, no se dispone de hogares ni casas de medio camino. Tampoco hay centros ambulatorios, lo que produce una demora de tres meses en dar un turno.

Lo que observó en estos meses de práctica profesional es el efecto molinete, al demorar los turnos, el paciente no cuenta con la contención y el apoyo necesario, generando abandono en los tratamientos, violencia familiar, consumo y nuevas problemáticas para la persona.

En cuanto al funcionamiento de los servicios dentro del hospital, hay algunos que funcionan muy bien y colaboran en equipo. Sin embargo hay otros que a veces no aceptan pacientes mencionando distintos motivos, no dan altas, generando falta de compromiso con los pacientes.

Por otra parte las limitaciones del Estado, para poder desarrollar soluciones futuras, no tienen en cuenta las restricciones que presentan las personas con problemas de salud mental, ni proyectos que favorezcan la integración, y de esta manera, el trabajo interdisciplinario pueda nutrirse de aportes distintos, de modo que, el debate y la confrontación, son aspectos que aportan en beneficio de resoluciones de las problemáticas.

6.4 Aporte personal

En base al apartado anterior, frente a esa perspectiva crítica, se debería considerar que 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.

Se propone ver la posibilidad de realizar campañas contra las adicciones, tanto de drogas y alcohol, teniendo en cuenta que, de acuerdo de lo que se observó en las entrevistas de admisión, la mayoría consume. Como también pensar en nuevos dispositivos para pacientes añosos.

Ya sabiendo que los problemas de Salud Mental tienen una base social, se propone rever la asistencia a mujeres y niños maltratados, la manera de corregir la violencia de los adolescentes en las escuelas, sin apelar a la represión policial.

Por otro lado la capacitación a profesionales de los equipos interdisciplinarios, las funciones de estos equipos están centradas 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.

Generar políticas de salud de prevención y promoción, por ejemplo, disponer de más centros ambulatorios, acercarle la salud a la gente, de alguna manera para que la tenga más a mano.

La posibilidad de aumentar el número de profesionales en los hospitales públicos, debido a la demanda actual, muchas veces los tiempos de atención se ven reducidos, limitando la práctica profesional.

Poder contar con los dispositivos necesarios como ser hogares, casas de medio camino, hospitales de día y de noche, para que los profesionales dispongan de herramientas al momento de decidir sobre las intervenciones que necesita cada paciente. Como así también evaluar la eficacia y mejora de los dispositivos existentes y las limitaciones del Estado en no poder aproximar soluciones que aporten una mejora en la sociedad.

Disminuir la discriminación de los pacientes que padecen esta problemática, una de las maneras en que puedan insertarse en el mercado laboral, realizando trabajos sencillos y pudiendo reparar los lazos sociales quebrados por las circunstancias.

6.5 Nuevas líneas de trabajo o investigación

En este apartado se presentan algunas líneas de de investigación que pueden ser objeto de interés.

En relación a los pacientes ambulatorios resultaría interesante el seguimiento de los mismos, de esta manera poder clarificar y identificar las intervenciones realizadas y, de esta manera, tenerlas en cuenta para futuras consultas, como así también poder brindar información al servicio de admisión en cuanto al número de reinternaciones y poder intercambiar abordajes y estrategias con otros profesionales.

Otra posible e interesante línea de trabajo sería la de poder desarrollar en el servicio de admisión, los distintos modelos de psicoterapia, como ser, modelos cognitivos y sistémicos entre otros. En el presente estudio se tuvo en cuenta una mirada psicoanalítica por ser la modalidad adoptada por el equipo tratante. Y de esta forma poder tomar las mejores intervenciones que propone cada enfoque, pudiendo ver el mejor modo de articularse tanto con la demanda del paciente como así también con el modelo médico. Con el fin lograr un mejor trabajo interdisciplinario y de la utilización de otras herramientas, haciendo posibles mejores estrategias de intervención.

Puede ser útil también la investigación sobre la importancia de la interacción social en la promoción de la salud mental y en la prevención de los problemas psiquiátricos. Teniendo en cuenta la importancia que tienen los vínculos y las redes con la que cuenta cada persona.

7. Referencias Bibliográficas

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo?. *Sociológica*, 249-264. Álvarez, C., Troncoso, M. & Sepúlveda, R. (1995). *Apoyo social, salud mental y esquizofrenia: una revisión del tema/ Social support, mental health and schizophrenia; a review*. Revista Psiquiatría Santiago de Chile; 12(3/4): 154-61.
- Ardila Gómez, S., Agrest, M., Abadi, D., & Cáceres, C. (2013). El aporte de los pares al trabajo en salud mental: consideraciones acerca de las relaciones entre los sistemas formales e informales de ayuda. Relato de una experiencia. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat*, 465-471.
- Balint, M. (1986). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros básicos.
- Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 6(2), 113-116.
- Bolomo, V., Da Vila, L., & Della Valle, R. (2005). Sujetos en emergencia, urge detener-se. En A. Donghi, C. Gartland, & S. Quevedo, *Cuerpo y subjetividad* (pp. 159-164). Buenos Aires: Letra Viva.
- Caldas de Almeida, J., & Torres González, F. (2005). *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. Recuperado el 03 de junio de 2016, de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/714/9275316015.pdf?sequence=1>
- Coronel, M. (2015). Dispositivo de Interconsulta en el Hospital. La práctica de la Interconsulta en Salud Mental. En G. Belaga, M. Catoi, V. Cavallieri, M. Coronel, R. Gómez Quarello, M. Lammateo, y otros, *La Práctica del psicoanálisis en el hospital*. (págs. 177-198). Buenos Aires: Grama.
- Coronel, M., Lima Quintana, M., Nieto, L., & Quiroga, M. (2015). La admisión: tensión entre inclusión y segregación. En G. Belaga, M. Catoi, V. Cavallieri, M. Coronel, R. Gómez Quarello, M. Lammateo, y otros, *La Práctica del psicoanálisis en el hospital*. (págs. 111-120). Buenos Aires: Grama.
- Cozolino, L. (2002). *The Neuroscience of Psychotherapy. Building and rebuilding the human brain*. Nueva York: Norton.
- De Ípola, E. (1997). *Las cosas del creer: Creencia, lazo social y comunidad política*. Ariel, Buenos Aires.
- Elichiry, N. (2009). Importancia de la aticulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En N. Elichiry, *Escuela y Aprendizajes* (pp. 133-196). Buenos Aires: Manantial.
- Fernández-Álvarez, H., Pérez, A., & Fraga Míguez, M. (2008). Modelos de abordaje y diseño de tratamientos. En H. Fernández-Álvarez, *Integración y Salud Mental* (pp. 23-64). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ferrerres, V., Pena-Garijo, J., Gil de Pareja, M. B., Edo, S., Sanjurjo, I., &

- Ysern, L. (2012). ¿Psicoterapia o tratamiento combinado?. Influencia de diferentes variables clínicas en la elección del tratamiento. *Rev.Asoc.Neuropsiq.* , 271-286.
- Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicoogía.* , 223-244.
- Foucault, M. (2003). El nacimiento de la clínica: *una arqueología de la mirada clínica*. Recuperado el 01 de Octubre de 2016, de https://monoskop.org/images/9/96/Foucault_Michel_El_nacimiento_de_la_clinica.pdf
- Foucault, M. (2005). El Poder Psiquiátrico. Recuperado el 01 de Octubre de 2016, de https://monoskop.org/images/8/80/Foucault_Michel_El_poder_psiquiatico.pdf.
- Fudín, M. (2005). *Escuela Freudiana de Buenos Aires*. Recuperado el 31 de Agosto de 2016, de http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_1899.pdf
- Fudín, M. (2014). Aventuras del analista en el hospital psiquiátrico. *Revista del Hospital Borda* , 11, 56-63.
- Galende, E. (1994). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Garcés Trullenque, E. M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. . *Cuadernos de Trabajo Social.* , 333-252.
- Goffman, E. (1971). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Recuperado el 01 de Octubre de 2016, de http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/files/2013/03/Goffman_La-presentaci%C3%B3n-de-la-persona.pdf
- Gómez Quarello, R., Nieto, L., & Rógora, A. (2015). El fin del pase diario. Lógica del caso y construcción de una comunidad clínica. En G. Belaga, M.
- Catoi, V. Cavallieri, M. Coronel, R. Gómez Quarello, M. Iammatteo, y otros, *La práctica del psicoanálisis en el hospital*. (págs. 201-207). Buenos Aires: Grama.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge University Press.
- Kirmayer, L. J. (2003). Asklepian dreams: The ethos of the wounded-healer in the clinical encounter. *Transcultural Psychiatry*, 40(2), 248-277.
- Laviana Cuetos, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología.* , 345-373.
- Ley Nacional de Salud Mental. (s.f.). Recuperado el 28 de abril de 2016, de

- Lombardi, G. (2009). El Psicoanálisis no es una neurociencia. *Psicoanálisis y el hospital*, 11-16.
- Mantilla, M. J. (2010a). Riesdo, Peligrosidad e implicación subjetiva: un análisis de las decisiones de internación psiquiátrica en la Ciudad de Buenos Aires. *Interface*, 14, 115-126.
- Mantilla, M. J. (2010b). La construcción de las decisiones de internación psiquiátrica: un análisis de los argumentos psicoanalíticos y los contextos de interacción social. *Intersecciones en antropología*, 11(1).
- Martín Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de salud pública*, 29(3), 275-281.
- Mucci, M., & Benaim, D. (2006). Psicología y salud. Calidoscopio de prácticas diversas. *Psicodebate*, 6, 123-138.
- Napolitano, A. (s.f.). *Baires Gestalt*. Recuperado el 04 de junio de 2016, de <http://www.bairesgestalt.com.ar/gestalt/ficha%20cambio%20psicologico.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001* Recuperado el 25 de mayo de 2016, de <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>
- Quevedo, S., & Kameniecki, M. (2005). Dispositivos clínicos en toxicomanías. En A. Donghi, C. Gartland, & S. Quevedo, *Cuerpo y Subjetividad* (págs. 151-158). Buenos Aires: Letra Viva.
- Resnik, A. (1999). La cuestión mental y la salud pública. *Revista del Instituto de Higiene y Salud Social*, 3, 9-20.
- Roca, M. (2006). Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre la opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. *Actas Esp Esp Psiquiatr*, 386-392.
- Rubistein, A. (1996). Sobre la Admisión. Ficha de cátedra de Salud Mental de Universidad de Buenos Aires.
- Rubistein, A. (s.f.). *Ficha de cátedra*. Recuperado el 01 de 09 de 2016, de http://ea.eol.org.ar/03/es/textos/txt/pdf/textos_rubistein.pdf
- Sampieri, R. H., Fernández, C., & Lucio, P. B. (2007). Fundamentos de metodología de la investigación.
- Sotelo, M. I., & Belaga, G. (2008). Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia. *Investigaciones UBA*, 1-20.
- Stolkiner, A. (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. En N. Elichiry, *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio* (pp. 313-315). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y salud mental. Ficha de cátedra de Salud Mental y Mundialización de Universidad de Buenos Aires.

-Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Campo Psi-Revista de Información especializada*. Recuperado el 25 de mayo de 2016, de <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>

-Stolkiner, A. (1999). Equipos interprofesionales y algo más. ¿Es posible hablar de inter-saberes?. *El Campo Psi-Revista de Información Especializada*, 1-2.

-Stolkiner, A., & Ardila, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex*, 28, 57-67.

-Testa, M. (1997). Análisis de instituciones hipercomplejas. *Agir em saúde: um desafio para o público*, 2, 17-70.

-Tisera, A., Leale, H., Lohigorry, J., Pekarek, A. L., & Joskowicz, A. (20 de Mayo de 2013). *Scielo*. Recuperado el 08 de 31 de 2016, de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v20n1/v20n1a25.pdf>

-Tizón García, J.L. (1992). *Atención promaria en salud mental y salud mental en atención primaria*. Barcelona.: Doyma.

-Vallina Fernández, Ó., & Lemos Giráldez, S. (2001). *Psicothema*, 13, 345-364. Recuperado el 26 de mayo de 2016, de <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/7890/7754>

-Visacovsky, S. (2002). El Lanús. Memoria y política de la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina. Recuperado el 01 de Octubre de 2016, de <https://gruposaludmentalfts.files.wordpress.com/2014/01/sm-hist-el-lanc3bas-memoria-polc3adtica-y-sm-en-arg-1956-1992.pdf>

-Yust, C. C., & Garcelán, S. P. (1997). *Tratamiento cognitivo-conductual de las ideas delirantes de un paciente esquizofrénico*. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 2(3), 275-291.

-Zaldúa, G., Bottinelli, M. M., Sopransi, M. B., Lenta, M., Nabergoi, M., Tisera, A., y otros. (10-12 de 08 de 2012). *Acta Académica*. Recuperado el 31 de 08 de 2016, de <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/38.pdf>

