

UNIVERSIDAD DE PALERMO
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

Representaciones, transferencias de trabajo y prácticas de la interconsulta psicológica de
profesionales de la salud, en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires.

Doctoranda

Lic. LEILA BONOMI

Directora

Dra. YAMILA COMES

9 de Marzo de 2018

Se distribuye bajo una licencia Creative Commons - Atribución - No comercial -
Sin obra derivada - 4.0 Internacional.



Título: Representaciones, transferencias de trabajo y prácticas de la interconsulta psicológica de profesionales de la salud, en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires.

Resumen

La interconsulta psicológica (ICP), solicitada por el equipo médico, constituye una de las herramientas posibles de abordaje de pacientes complejos en situación de internación en hospitales generales y, por consiguiente, se trata de uno de los ámbitos de inserción laboral de los psicólogos clínicos. Es un espacio privilegiado para generar dispositivos de atención integral, sin embargo constituye una práctica relegada. Teniendo en cuenta que las prácticas sociales responden al significado y a las normas implícitas en ellas, efecto de las condiciones sociales, las interacciones que se establecen y las visiones de mundo que se conforman (Shotter, 1980), se plantea un abordaje de la ICP desde la perspectiva de sus representaciones sociales. Por este motivo, se apuntó a conocer las representaciones de psicólogos residentes, concurrentes y de planta que realizan ICP, médicos que la solicitan y profesionales con tareas de gestión, en cuatro hospitales generales del subsector público de la Ciudad de Buenos Aires. A partir de la comprensión de sus concepciones, se ubicaron representaciones heterogéneas acerca de la salud, la salud mental y la ICP en los distintos grupos de profesionales entrevistados, lo cual tenía estrecha vinculación con las prácticas que se ejercían. Se exploraron también los lazos de cooperación no jerárquicos entre profesionales, conceptualizados como transferencias de trabajo, que pueden dar sustento a la implementación a futuro de dispositivos interdisciplinarios tendientes a la integración de las acciones de salud mental en las acciones de salud en general. El estudio se estructuró sobre la base de una *estrategia metodológica cualitativa* (Minayo & Cruz Neto, 1993), ya que se considera que es un enfoque altamente adecuado para los estudios en el campo de las ciencias humanas (Creswell, 2012) y por tratarse de una temática poco explorada en el contexto local.

Palabras clave: Interconsulta psicológica, hospital general, representaciones sociales, transferencias de trabajo, interdisciplina

Title: Representations, work transferences and practices of consultation-liaison psychology of health professionals, in public hospitals of the City of Buenos Aires.

Abstract

Consultation-liaison psychology (CLP), requested by the medical team, is one of the possible tools for approaching complex patients in a situation of hospitalization in general hospitals and, consequently, it is one of the fields of employment for clinical psychologists. It is a privileged space to generate integral attention devices, however it is a relegated practice. Taking into account that social practices respond to the meaning and norms implicit in them, the effect of social conditions, the interactions that are established and the worldviews that are formed (Shotter, 1980), this thesis proposes an approach to CLP from the perspective of their social representations. For this reason, it aimed at the representations of resident, fellow and attending psychologists who perform CLP, physicians who request it and professionals with management tasks, in four public general hospitals of the City of Buenos Aires. Heterogeneous representations about health, mental health and CLP were located in the different groups of professionals interviewed, which was closely related to the practices that were delivered. Non-hierarchical cooperation ties between professionals, conceptualized as

work transferences, were also explored as they can support future implementation of interdisciplinary devices that aim at the integration of mental health actions in general health actions. The study was structured on the basis of a qualitative methodological strategy (Minayo & Cruz Neto, 1993), since it is considered to be a highly suitable approach for studies in the field of human sciences (Creswell, 2012) and because it is a poorly explored theme in the local context.

Key words: Consultation-liaison psychology, general hospital, social representations, work transferences, interdisciplinary work

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mis tres grandes amores: a mi marido Juan Saadia quien con infinito afecto y paciencia me ha acompañado en este largo proyecto, como en la vida, y a mis hijos Emilia e Iván que con su luz iluminan todos mis recorridos.

También a mi madre, quien me ha introducido en el mundo de la Psicología y me transmitió su pasión por la clínica, el trabajo y el estudio, y a mi padre que siempre me apoyó en cualquier desafío que emprendí.

Agradecimientos

Esta tesis es en gran parte producto del inmenso apoyo que me brindaron muchas personas, tanto en lo académico como en lo profesional y personal.

Quisiera comenzar agradeciendo infinitamente a mi directora de tesis, la Dra. Yamila Comes, que me enseñó a encontrar mi propia voz en el camino de la investigación, me apoyó en momentos personales difíciles y me guió sabiamente a través de los obstáculos.

Agradezco profundamente a la Lic. Isabel García que fue quien en el 2005 me abrió las puertas de la Universidad de Palermo, con quien aprendí a leer la interconsulta y el psicoanálisis de otro modo y quien me impulsó a hacer el doctorado.

Quiero agradecer a la Dra. Analía Brizzio, que fue una valiosísima interlocutora, cuya lectura atenta e inteligente constituyó un aporte inestimable de este trabajo.

Agradezco a las autoridades de la Universidad de Palermo, especialmente al Dr. Alejandro Castro Solano cuyo apoyo y sugerencias fueron vitales a la hora de dar forma a este proyecto.

Agradezco a la Asistente del Doctorado de Psicología, Lic. Rosana Ralvar, por su disposición, su calidez y su orientación ante cualquier inquietud.

A mis amigos, mi hermano, mis tíos, mi prima, mis compañeros de cátedra y mis

compañeros del doctorado, que me apoyaron, alentaron y escucharon durante estos años, permitiéndome seguir apostando al deseo de realizar el trabajo, les agradezco con el alma.

Quiero mencionar especialmente mi gratitud hacia los jefes de los Servicios de Salud Mental de los hospitales Argerich, Durand, Pirovano y Ramos Mejía que me facilitaron los caminos institucionales, así como a todos los profesionales que colaboraron generosamente con esta investigación.

Finalmente agradezco a los psicólogos, médicos y otros trabajadores de la salud que, aún en condiciones adversas, ponen cotidianamente su esfuerzo y dedicación en los hospitales públicos de la Argentina, sosteniendo con su compromiso el cuidado de la salud de nuestro pueblo.

TABLA DE CONTENIDOS

Resúmenes.....	II
Dedicatoria.....	IV
Agradecimientos	IV
Lista de tablas.....	XII
Lista de figuras.....	XIII
Introducción	XV

Capítulo 1

El campo de la Salud	1
1.1 Redimensionamiento del campo de la Salud.....	2
1.2 Discursos y prácticas en Salud.....	3

Capítulo 2

Salud Mental: el surgimiento de un nuevo campo de discursos y prácticas.....	9
2.1 La Salud Mental como parte integral del campo de la Salud.....	10
2.2 De la Psiquiatría a la Salud Mental.....	11
2.3 Configuraciones actuales de Salud Mental: definiciones, concepciones e implicancias ético-políticas.....	18
2.4 Salud Mental y Salud Pública: situación global.....	23

Capítulo 3

El Sistema de Salud en Argentina.....	27
3.1 Características generales del Sistema de la Salud en Argentina.....	28
3.2 Configuración histórica del Sistema de Salud argentino.....	29
3.3 El sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.....	34
3.4 La Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires.....	39

3.5 La red de Salud Mental en CABA.....	40
Capítulo 4	
El Hospital General y el dispositivo de Interconsulta.....	43
4.1 La Interconsulta en el Hospital General.....	44
4.2 Surgimiento de las prácticas de Interconsulta	47
4.3 Concepciones sobre la Interconsulta.....	54
4.4 La Interconsulta en el contexto contemporáneo.....	59
Capítulo 5	
Las Psicologías.....	64
5.1 Las Psicologías: su pluralidad constitutiva.....	65
5.2 Del abandono de las ciencias de la naturaleza al estudio objetivo del sentido.....	68
Capítulo 6	
Discursos y subjetividad: las representaciones sociales como mediadoras.....	73
6.1 El concepto de subjetividad.....	74
6.2 Las representaciones sociales como mediadoras	77
6.3 Representaciones sociales y subjetividad.....	80
Capítulo 7	
Las Transferencias de Trabajo: vías de transmisión.....	85
7.1 Las Transferencias de Trabajo.....	86
7.2 Transferencia e Interconsulta.....	91
7.3 Transferencias de trabajo en la Interconsulta e interdisciplina	96
Capítulo 8	
Objetivos y Método.....	100
8.1 Objetivo general	101
8.2 Objetivos específicos	101

8.3 Tipo de estudio y diseño.....	102
8.4 Unidad de análisis.....	103
8.5 Población.....	103
8.6 Muestra.....	104
8.7 Participantes.....	104
8.8 Variables de estudio.....	105
8.9 Instrumentos.....	106
8.10 Análisis de datos.....	106
8.11 Fuentes de información.....	108
Capítulo 9	
Caracterización del contexto.....	109
9.1 Los cuatro hospitales seleccionados.....	110
9.2 Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.....	111
9.2.1 Especialidades del Hospital Argerich.....	111
9.2.2 Estadísticas del Hospital Argerich.....	112
9.2.3 Servicio de Salud Mental del Hospital Argerich.....	113
9.2.4 Estadísticas del Servicio de Salud Mental del Hospital Argerich.....	114
9.2.5 Servicios que solicitan Interconsulta con Salud Mental del Hospital Argerich.....	115
9.2.6 Profesionales de Salud Mental del Hospital Argerich.....	115
9.2.7 Conformación del equipo de Interconsulta del Hospital Argerich.....	118
9.2.8 Actividades del equipo de Interconsulta del Hospital Argerich.....	118
9.3 Hospital General de Agudos Dr. C. Durand.....	118
9.3.1 Especialidades del Hospital Durand.....	119
9.3.2 Estadísticas del Hospital Durand.....	120

9.3.3 Servicio de Salud Mental del Hospital Durand.....	121
9.3.4 Estadísticas del Servicio de Salud Mental del Hospital Durand.....	121
9.3.5 Servicios que solicitan Interconsulta con Salud Mental del Hospital Durand.....	122
9.3.6 Profesionales de Salud Mental del Hospital Durand.....	123
9.3.7 Conformación del equipo de Interconsulta del Hospital Durand.....	124
9.3.8 Actividades del equipo de Interconsulta del Hospital Durand.....	125
9.4 Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano.....	125
9.4.1 Especialidades del Hospital Pirovano.....	126
9.4.2 Estadísticas del Hospital Pirovano.....	127
9.4.3 Servicio de Salud Mental del Hospital Pirovano.....	128
9.4.4 Estadísticas del Servicio de Salud Mental del Hospital Pirovano.....	128
9.4.5 Servicios que solicitan Interconsulta con Salud Mental del Hospital Pirovano.....	129
9.4.6 Profesionales de Salud Mental del Hospital Pirovano.....	129
9.4.7 Conformación del equipo de Interconsulta del Hospital Pirovano.....	132
9.4.8 Actividades del equipo de Interconsulta del Hospital Pirovano.....	132
9.5 Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía.....	133
9.5.1 Especialidades del Hospital Ramos Mejía.....	134
9.5.2 Estadísticas del Hospital Ramos Mejía.....	134
9.5.3 Servicio de Salud Mental del Hospital Ramos Mejía.....	135
9.5.4 Estadísticas del Servicio de Salud Mental del Hospital Ramos Mejía..	136
9.5.5 Servicios que solicitan Interconsulta con Salud Mental del Hospital Ramos Mejía.....	137
9.5.6 Profesionales de Salud Mental del Hospital Ramos Mejía.....	137

9.5.7 Conformación del equipo de Interconsulta del Hospital Ramos Mejía..	139
9.5.8 Actividades del equipo de Interconsulta del Hospital Ramos Mejía.....	139

Capítulo 10

Actores del dispositivo de interconsulta: los sujetos entrevistados.....	141
10.1 Actores del dispositivo de Interconsulta.....	142
10.2 Los psicólogos.....	143
10.3 Los médicos.....	146
10.4 Los profesionales con tareas de gestión.....	150

Capítulo 11

Representaciones de la interconsulta psicológica: psicólogos, médicos y profesionales con tareas de gestión.....	152
11.1 El proceso de análisis	153
11.2 Representaciones de la interconsulta psicológica: psicólogos.....	155
11.3 Representaciones de la interconsulta psicológica: médicos.....	184
11.4 Representaciones de la interconsulta psicológica: profesionales con tareas de gestión.....	203

Capítulo 12

Transferencias de trabajo en la Interconsulta	212
12.1 Psicólogos y transferencias de trabajo.....	213
12.2 Médicos y transferencias de trabajo.....	217
12.3 Profesionales con tareas de gestión y transferencias de trabajo.....	219

Capítulo 13

Prácticas de la Interconsulta.....	220
13.1 Prácticas de la Interconsulta: Psicólogos.....	221
13.2 Prácticas de la Interconsulta: Médicos.....	228

13.3 Prácticas de la Interconsulta: Profesionales con tareas de gestión.....	232
Capítulo 14	
Discusión y conclusiones	234
14.1 La IC Psicológica en contexto.....	235
14.2 Representaciones sociales, Transferencias de trabajo y Prácticas de la Interconsulta Psicológica.....	239
14.2.1 Representaciones sobre Salud.....	241
14.2.2 Representaciones sobre Salud Mental.....	249
14.2.3 Representaciones sobre la Interconsulta Psicológica.....	257
14.3 Representaciones y Transferencias de Trabajo: reorientando las prácticas.....	266
14.4 Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación.....	271
14.5 Conclusiones.....	272
Referencias bibliográficas.....	277
Anexo A	
Cuestionario para profesionales con tareas de gestión.....	304
Anexo B	
Guión de entrevista semi estructurada para psicólogos que realizan IC.....	306
Anexo C	
Guión de entrevista semi estructurada para médicos que solicitan IC.....	307

Lista de Tablas

Tabla 1 “Efectores de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Año: 2010”	34
Tabla 2 “Egresos, indicadores de internación y consultas externas Hospitales GCBA. Año 2016”	35
Tabla 3 “Regiones Sanitarias de CABA. Año: 2008”	38
Tabla 4 “Articulación Regiones Sanitarias y Áreas de Salud Año 2016”	38
Tabla 5 “Admisiones y prestaciones ulteriores Hospital Argerich. Año: 2014”	114
Tabla 6 “Distribución de psicólogos y psiquiatras por equipos Hospital Argerich. Año: 2015”	116
Tabla 7 “Admisiones y prestaciones ulteriores Hospital Durand. Año: 2014”	122
Tabla 8 “Distribución de profesionales por equipos. Hospital Durand. Año: 2015”	123
Tabla 9 “Admisiones y prestaciones ulteriores Hospital Pirovano. Año: 2014”	129
Tabla 10 “Distribución de profesionales por equipos. Hospital Pirovano. Año: 2015”	130
Tabla 11 “Admisiones y prestaciones ulteriores Hospital Ramos Mejía. Año: 2014”	136
Tabla 12 “Distribución de profesionales por equipos Hospital Ramos Mejía. Año: 2015”	138
Tabla 13 “Estructura de la muestra: número de casos según profesión, inserción institucional y contexto sanitario”	143
Tabla 14 “Psicólogos entrevistados, códigos, nombre y hospital”	143
Tabla 15 “Médicos entrevistados, códigos, nombre y hospital”	147
Tabla 16 “Profesionales con tareas de gestión entrevistados, códigos, nombre y hospital”	150
Tabla 17 “Porcentajes de pacientes atendidos en IC sobre promedio pacientes día. Años 2014-2015”	239

Lista de Figuras

Figura 1 “División de la CABA por Comunas y Regiones Sanitarias. Año: 2010”	37
Figura 2 “Promedio paciente día por especialidad. Hospital Argerich. Año: 2015”	113
Figura 3 “Distribución de profesionales de Salud Mental según tipo de contrato. Hospital Argerich. Año: 2015”	116
Figura 4 “Distribución del total de profesionales de Salud Mental según equipos. Hospital Argerich. Año: 2015”	117
Figura 5 “Distribución de psicólogos según equipos. Hospital Argerich. Año: 2015”	117
Figura 6 “Promedio paciente día por especialidad. Hospital Durand. Año: 2015”	121
Figura 7 “Distribución de profesionales Salud Mental según tipo de contrato. Hospital Durand. Año: 2015”	123
Figura 8 “Distribución del total de profesionales de Salud Mental según equipos. Hospital Durand. Año: 2015”	124
Figura 9 “Distribución de psicólogos según equipos. Hospital Durand. Año: 2015 ”	124
Figura 10 “Promedio paciente día por especialidad. Hospital Pirovano. Año: 2015”	128
Figura 11 “Distribución de profesionales Salud Mental según tipo de contrato. Hospital Pirovano. Año: 2015”	130
Figura 12 “Distribución del total de profesionales de Salud Mental según equipos. Hospital Pirovano. Año: 2015”	131
Figura 13 “Distribución de psicólogos según equipos. Hospital Pirovano. Año: 2015”	132
Figura 14 “Promedio paciente día por especialidad. Hospital Ramos Mejía. Año: 2015”	135
Figura 15 “Distribución de profesionales Salud Mental según tipo de contrato. Hospital Ramos Mejía. Año: 2015”	137
Figura 16 “Distribución del total de profesionales de Salud Mental según equipos. Hospital Ramos Mejía. Año: 2015”	138

Figura 17 “Distribución de psicólogos según equipos. Hospital Ramos Mejía. Año: 2015.”	139
Figura 18 “Organización de las representaciones en tres esferas de pertenencia”	240
Figura 19 “RS de la salud: médicos”	243
Figura 20 “RS de la salud: psicólogos”	247
Figura 21 “RS de la salud: profesionales con tareas de gestión”	249
Figura 22 “RS de la salud mental: médicos”	251
Figura 23 “RS de la salud mental: psicólogos”	255
Figura 24 “RS de la salud mental: profesionales con tareas de gestión”	257
Figura 25 “IC dentro del modelo médico: RS de psicólogos, médicos y profesionales con tareas de gestión”	263
Figura 26 “IC como espacio de integración de saberes: RS de psicólogos, médicos y profesionales de gestión”	266
Figura 27 “Articulación entre RS de la IC, transferencias de trabajo y prácticas interdisciplinarias”	270

Introducción

La interconsulta (IC) en el ámbito del hospital general, solicitada por los médicos tratantes de un paciente que se encuentra internado, es uno de los posibles encuadres en los que se desarrolla el trabajo clínico de los psicólogos. Se trata de un abordaje diferente al ambulatorio, que generalmente se desarrolla en los consultorios externos de los servicios de Salud Mental y que es el que se corresponde con cierto imaginario social acerca del desempeño de la profesión. La IC por el contrario, constituye un ámbito no tan conocido ni difundido, aún para los mismos psicólogos que tienen muy poco contacto con esta práctica durante su formación de grado a pesar de que se trata de una práctica de suma importancia a la hora de pensar el intercambio entre profesionales, el trabajo conjunto y la interdisciplina en el hospital general. Fue incorporada formalmente hace relativamente poco tiempo como una de las modalidades de atención en la formación de concurrentes y residentes, que deben rotar cierta cantidad de meses -variable- por algún equipo de IC (Ben David, Yanco, Ferraro, & Reboiras, 2003; Yanco, Ben David, Ferraro, & Reboiras, 2003).

La Ciudad de Buenos Aires, en términos del sistema de salud de nuestro país, se destaca por su enorme capacidad instalada del subsector estatal, contando con gran cantidad de hospitales generales que cubren todas las especialidades médicas y quirúrgicas y reciben un gran caudal de pacientes. Son además importantes centros de formación de profesionales y donde se efectivizan planes y lineamientos de las políticas en salud. En este contexto, la IC entre especialidades médicas es una práctica corriente, no ocurriendo lo mismo cuando se trata de la IC con Salud Mental. Lo que indica la bibliografía internacional sobre esta cuestión es que existe una amplia población que requeriría atención psicológica y psiquiátrica durante la situación de internación, pero la solicitud de IC es muy acotada. Se estima que un 30% de los pacientes hospitalizados presentan comorbilidad clínicamente relevante con trastornos

psiquiátricos, gran déficit funcional, permanecen más tiempo internados, hacen mayor uso de los servicios de salud, tienen menor respuesta a los tratamientos médicos y una calidad de vida reducida, independientemente de la severidad de la enfermedad física (Frasure-Smith, Lesperance, & Talajic, 1993; Huyse et al., 1997; Kathol, Saravay, Lobo, & Ornel, 2006; Katon et al., 1990; Koopmans, Donker, & Rutten, 2005; Mayou, 1997; Mayou & Hawton, 1986; Silverstone, 1996; Wells et al., 1989). Sin embargo, los índices de derivación a IC psicopatológica son significativamente inferiores a lo esperable, solo el 1,4% (Bourgeois, Wegelin, Servis, & Hales, 2005; Christodoulou, Fineti, Douzenis, Moussas, & Michopoulos, 2008; De Jonge, Huyse, Stiefel, Slaets, & Gans, 2001; Huyse et al., 2000). Esto plantea interrogantes respecto de la IC con Salud Mental en general y con Psicología en particular.

Las diferencias que presentan los dispositivos de IC, que adoptan modalidades diversas dependiendo del servicio en el que se encuentren y las concepciones sobre la práctica de los profesionales que realizan las IC, son factores determinantes en el tipo de práctica que se efectúa y la derivación que se recibe (Huyse et al., 2000, 2001; Huyse, Herzog, Malt, & Lobo, 1996). A su vez, las variaciones en conceptos, prácticas y datos estadísticos de los estudios más importantes sobre la práctica de la IC pueden ser reconducidos a la especificidad de los factores locales, por lo que se hace necesaria su exploración en diferentes países y culturas (Gala et al., 1999; Wilkins, 1992). En nuestro país, los equipos de IC no encuentran un lugar validado por parte de la comunidad hospitalaria, en la mayoría de los hospitales no se constituyen equipos de IC propiamente dichos y no se establecen tareas de enlace con otros servicios como práctica habitual (Fabrissin, 2011). La Ciudad de Buenos Aires, por su situación estratégica en términos de salud pública y por contar con una legislación propia sobre salud mental anterior a la Ley Nacional, tiene un valor de importancia en el contexto local.

Los avances en el campo de la salud mental, que se define como un espacio altamente

complejo en el que conviven discursos heterogéneos y pluralidad de concepciones, apuntan a su integración en el campo de la salud en general. Esto requiere nuevas conceptualizaciones y el desarrollo de dispositivos que favorezcan la integración de las diversas disciplinas que confluyen en el abordaje de los procesos de salud-enfermedad-cuidado. Entre ellos se destaca el rol de los equipos de IC de los servicios de Salud Mental en los Hospitales Generales, por estar en una situación privilegiada a la hora de abrir posibilidades de articulación entre diversos profesionales y servicios, por lo que la exploración de esta práctica puede generar aportes valiosos en pos de una mirada más integral, compleja e interdisciplinaria.

Considerando que el campo de la salud es un campo de praxis social, se encuentra atravesado por discursos que requieren ser leídos e interpretados a la luz de las condiciones de época, bajo sus coordenadas sociales, culturales e históricas particulares. Existe una estrecha relación entre ese entramado discursivo que conforma la esfera pública, las interacciones de los actores sociales y los modos personales en los que se subjetivan las experiencias. Es decir que las prácticas sociales responden al significado y a las normas implícitas en ellas, efecto de las condiciones sociales, las interacciones que se establecen y las visiones de mundo que se conforman (Shotter, 1980).

Teniendo en cuenta estas perspectivas, sumado al hecho de que se trata de una temática muy poco explorada en el ámbito local y que se recomienda para el avance de la investigación en IC una renovación de los paradigmas de investigación empírica, apuntando al pensamiento innovador e integrativo, que incluya la investigación cualitativa (Fava, Belaise, & Sonino, 2010; Huyse, 2009; G. C. Smith, 2009), se planteó para esta tesis un estudio que se estructura sobre la base de una *estrategia metodológica cualitativa* (Minayo & Cruz Neto, 1993). El trabajo de investigación apunta a explorar las representaciones de la IC psicológica que tienen los sujetos que participan de esta práctica, a saber: los médicos que la solicitan, los psicólogos que responden a los pedidos de IC y los profesionales que llevan a cabo tareas de

gestión en los servicios de Salud Mental. Asimismo, se propone conocer las transferencias de trabajo entre profesionales, es decir los modos en los que se relacionan entre sí y con la tarea, dado que se parte de la base de que las prácticas se sostienen en factores subjetivos e intersubjetivos que favorecen o limitan el trabajo en equipo y lo interdisciplinario, considerando los factores institucionales en los que se enmarcan. El enfoque de las representaciones sociales ha demostrado ser apto para el abordaje de dominios de investigación caracterizados por su complejidad, su estrecha dependencia en relación al devenir de la sociedad global y la multiplicidad de niveles a partir de los cuales pueden ser abordados: cultural, político, institucional, organizacional, interindividual, individual (Jodelet, 2011).

El objetivo de esta tesis es poder comprender de forma profunda la situación local de la IC psicológica, desde la perspectiva de los sujetos que participan de esta práctica, en hospitales generales del subsector estatal de la Ciudad de Buenos Aires, atendiendo a la complejidad y multiplicidad de dimensiones en juego, para realizar un aporte que pueda traducirse a futuro en base para nuevas investigaciones y mejoras teórico-clínicas de dicho campo.

El primer objetivo apunta a contextualizar las prácticas de IC en los cuatro hospitales seleccionados para lo cual se relevaron datos estadísticos y características de las instituciones, de los servicios de Salud Mental y de los equipos de IC a fin de obtener un marco que ayude a interpretar los datos cualitativos. Los siguientes objetivos apuntaron a describir y analizar las representaciones de la IC psicológica, las transferencias de trabajo y las prácticas de médicos y psicólogos que realizan interconsultas, así como de profesionales con tareas de gestión de los servicios de Salud Mental.

Se trata de un estudio que se enmarca dentro del paradigma interpretativo o hermenéutico, ya que busca conocer desde los mismos sujetos la representación del objeto

que se estudia, considerando que se trata de un objeto complejo, que se construye socialmente (Mieles Barrera, Tonón, & Alvarado Salgado, 2012). Cuenta con una fuerte base de análisis contextual, bajo la premisa de que las acciones en salud así como las representaciones y las concepciones que las sustentan, solo pueden comprenderse a partir del contexto socio-histórico y cultural en el que se producen (Mario Testa, 1997).

Capítulo 1

El Campo de la Salud

1.1 Redimensionamiento del campo de la salud

El trabajo de esta tesis se enmarca en un campo social específico, el campo de la salud, entendiendo los procesos de salud-enfermedad como parte intrínseca de lo social y su funcionamiento. Es decir que la interconsulta, como praxis, como acto de salud, forma parte de este campo representacional y por ende su análisis supone la necesidad de contextualización histórica, social y cultural. Se trata de un abordaje por la vía de sus significados, en función de los contextos institucionales en los que se produce, alejándose de las definiciones abstractas o puramente normativas. En este sentido cabe señalar que, tomada como objeto de conocimiento e investigación, es necesario pensarla como un objeto complejo que en tanto construcción supone sujetos activos, productores y reproductores de saberes y prácticas.

La salud como objeto fue abordada desde múltiples corrientes de pensamiento e investigación, sin embargo no existen acuerdos en cuanto a su construcción conceptual. La idea de la salud como campo es solidaria de un redimensionamiento de las teorizaciones acerca de su desarrollo a nivel colectivo, basado en un importante debate epistemológico que revisó críticamente los modelos causalistas lineales, así como las dicotomías con las cuales se pensaba la salud-enfermedad, lo biológico-mental o lo individual-social (Almeida-Filho & Silva Paim, 1999). Asimismo se incorporó la noción de proceso para dar cuenta de la complejidad del fenómeno en contraposición a las concepciones de salud en términos biomédicos que no reconocen las formas instituidas de respuesta social como fuerzas también productoras del mismo, en sus niveles concretos y simbólicos (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012). Esta línea de pensamiento, que corresponde al movimiento de Salud Colectiva sobre todo en su desarrollo latinoamericano, cuestionó fuertemente la concepción positivista de la salud en términos de objeto unívoco, dato objetivo o fenómeno homogéneo exterior a sus condiciones de producción histórico-sociales y discursivas. Al decir de Breilh (2013), la salud

es un objeto polisémico en tanto objeto real, es un objeto pensado -en términos intersubjetivos- y es un campo de praxis, por lo cual se establece una interdependencia del objeto, el sujeto y el campo.

El concepto de campo, tomado de la sociología de Pierre Bourdieu, permite situar una lógica inherente a un sector determinado de la actividad social, por lo tanto ubicar la salud como *campo de fuerza* introdujo de lleno la noción en el ámbito de las prácticas sociales (Almeida-Filho & Silva Paim, 1999). Se trata de un campo que, al estilo de un campo magnético, alberga fuerzas que al surgir se oponen y se agregan, confiriéndole su estructura específica en un momento dado del tiempo (Bourdieu, 2002). No es un espacio neutro de relaciones interindividuales, ni una simple yuxtaposición de agentes aislados, sino que está estructurado como un sistema de relaciones en competencia y conflicto que depende de la posición y del tipo de participación de cada elemento de dicho campo (Bourdieu, 2002). Los campos están dotados de una autonomía relativa, que permite la autonomización metodológica, es decir que pueden analizarse como si fueran sistemas regidos por sus propias leyes (Bourdieu, 2002). Son sistemas de producción y su especificidad está dada por la especificidad de su producto, en su doble faz, mercancía y significación. A su vez, el campo y sus particularidades mediatizan las relaciones de sus actores con otros campos del quehacer social (Bourdieu, 2002).

1.2 Discursos y prácticas en Salud

El campo de la salud ha atravesado momentos de producción teórica diversa, que acompañaron modos discursivos, políticos e ideológicos prevalentes según las épocas en que se produjeron. Las bases doctrinarias de los discursos sociales sobre la salud emergen en la segunda mitad del siglo XVIII en Europa occidental, como modo de introducir los cuerpos en el disciplinamiento necesario para dar sustento a los modos de producción del capitalismo

(Foucault, 1977). La primer vertiente que adopta es la de la Higiene como conjunto de normatizaciones y preceptos a ser seguidos y aplicados en el ámbito individual, que tiene como efecto la producción de un discurso sobre la “buena salud” circunscribible a la esfera moral. La contrapartida a este discurso en lo colectivo es la policía médica, agente fiscalizador de un Estado responsable de la salud en tanto generador de políticas, leyes y reglamentos. De este modo, los discursos y prácticas en salud quedan remitidos a la instancia jurídico-política (Almeida-Filho & Silva Paim, 1999).

El siglo XIX es un momento de corte, de puntuación histórica, ya que a partir de la revolución industrial se produce un verdadero sismo en las condiciones de vida y salud de las poblaciones. Surgen las organizaciones de trabajadores y al producirse un aumento de su participación política, comienzan a incorporarse temas relativos a la salud en la agenda de sus reivindicaciones sociales (Almeida-Filho & Silva Paim, 1999). Entre 1830 y 1880 en las principales sociedades industriales europeas aparecen propuestas de comprensión de la cuestión sanitaria como un proceso político y social, bajo un nuevo discurso que intenta dar respuesta a la crisis: la Medicina Social. Se sostiene que la medicina no es otra cosa que política aplicada en el campo de la salud individual, a partir de lo cual se genera una importante producción doctrinaria y conceptual (Almeida-Filho & Silva Paim, 1999).

Paralelamente, en Inglaterra y Estados Unidos, nace un discurso con otra perspectiva, el Sanitarismo, que postula un Estado cuya acción se orienta hacia la profilaxis a través de agencias estatales de salud y bienestar. Este movimiento apoyado en la tecnología y la organización racional con miras al saneamiento, inmunización y control de vectores principalmente de sectores sociales carenciados y excluidos, tiene su soporte teórico en el paradigma microbiano (Almeida-Filho & Silva Paim, 1999). Con el advenimiento del siglo veinte y la publicación del conocido “Informe Flexner”, se revitalizan las bases científicas de la medicina y se corre el eje de su desarrollo hacia la producción de conocimiento

experimental de base subindividual bajo el paradigma de la enfermedades infecciosas. Un efecto a subrayar a nivel discursivo de esta vertiente es el reforzamiento de la separación entre individual y colectivo, privado y público, biológico y social, curativo y preventivo (Almeida-Filho & Silva Paim, 1999).

A partir de la crisis económica de 1930 y del incremento de los costos de la medicina prospera un nuevo discurso a nivel académico, la Medicina Preventiva, sobre todo en Estados Unidos donde fracasan los intentos por implementar un sistema nacional de salud. Se sustituyen las antiguas cátedras de Higiene desde donde se difunden contenidos de epidemiología, administración en salud y ciencias de la conducta, creándose una retórica de la Medicina Preventiva que se difunde a nivel internacional (Almeida-Filho & Silva Paim, 1999).

En EEUU en la década del '60, en medio de una convulsionada situación popular e intelectual en reclamo por el incremento de la pobreza urbana, los efectos de la guerra de Vietnam, el racismo y los derechos humanos, un nuevo movimiento de Medicina Comunitaria retoma parcialmente la retórica de la medicina preventiva e implementa centros de salud coordinados por organizaciones no gubernamentales y subsidiados por el gobierno federal (Almeida-Filho & Silva Paim, 1999). Estas respuestas parciales y focalizadas en sectores minoritarios no logran modificar la lógica de la medicina tradicional, sin embargo su arsenal discursivo e ideológico es rápidamente captado por organismos internacionales del campo de la salud -OMS/OPS- y traducido en programas para su aplicación. Las estrategias de Atención Primaria de la Salud se inscriben en esta retórica, así como los sistemas locales de salud (WHO, 1947).

En 1974 en Canadá, surge un movimiento de Promoción de la Salud que se institucionaliza en La Carta de Ottawa en 1986, definiendo oficialmente como principales elementos discursivos la integración de la salud a las políticas públicas, la actuación de la

comunidad en la gestión del sistema de salud, la reorientación de los sistemas de salud y el énfasis en el cambio de estilos de vida (WHO/Ministry of Health and Welfare, 1986). Paralelamente pero en un sentido contrario, en Europa comienzan a dismantelar o reformar los sistemas de salud nacionales frente al retroceso de la socialdemocracia, mientras que en los países que intentan integrarse en el “nuevo orden” de los mercados se implementan recetas neoliberales impuestas por los organismos de crédito internacional (Almeida-Filho & Silva Paim, 1999).

En América Latina, en tiempos de transformación global de la economía y la geopolítica que profundizaron las brechas de inequidad, se fue generando como corriente de pensamiento la Salud Colectiva, cuyas herramientas teóricas confluyen en una interlocución crítica con los discursos sostenidos en el paradigma de Salud Pública tecnocrática, el modelo preventivista y la Medicina Comunitaria. Esta corriente de pensamiento propone un debate, en su nivel más profundo, sobre el campo de la salud. Se trata de la posibilidad de un replanteo de los paradigmas que lo fundamentan, discusión que se abre ante lo que se denomina la “crisis de la salud pública” que presenta grandes falencias en dar respuesta a las necesidades de salud de las poblaciones (Almeida-Filho, 1992). Dentro de los principales cuestionamientos de esta nueva perspectiva se destaca la idea de salud como ausencia de enfermedad y la apuesta ciega en el avance tecnológico en la lucha contra la enfermedad. Asimismo, se discuten postulados mecanicistas, dicotómicos y lineales, renunciando a reduccionismos biologicistas. Uno de los “puntos ciegos” de los paradigmas que dominan el campo y que es necesario conceptualizar es justamente la salud, ausente en un pensamiento que se enfoca en la enfermedad (Breilh, 2013).

A partir de todo este movimiento se postula también la necesidad de incorporar nuevas perspectivas del campo científico, sobre todo aquellas que se alejan de las tradiciones de grandes modelos teóricos basados en una expectativa de orden y determinación e incorporan

nociones como indeterminación, caos y complejidad. En este sentido, la teoría de la complejidad ha funcionado como eje principal de un paradigma científico alternativo, que indicaría una orientación para las nuevas conceptualizaciones en el campo de la salud. Desde el pensamiento complejo se propone cuestionar las significaciones paradigmáticas que se desprenden del gran paradigma de Occidente: la filosofía inaugurada por Descartes, subrayando que uno de sus principales efectos de significación fue un universo dividido, bajo una lógica disyuntiva, en las esferas subjetiva y objetiva (Morin, 1999). Se plantea que bajo esta cosmovisión no es posible concebir la unidualidad de la realidad humana, es decir la relación de implicación y a la vez de separación entre el hombre y la naturaleza. Se apunta a habilitar una concepción lógica que combine implicación, distinción y conjunción, para poder salir de la inadecuación actual entre saberes desunidos, divididos, compartimentados y realidades o problemas cada vez más polidisciplinarios, transversales, multidimensionales, transnacionales y globales (Morin, 2009). Hay complejidad cuando son inseparables los elementos diferentes que constituyen un todo, cuando existe un tejido interdependiente, interactivo e inter-retroactivo entre el objeto de conocimiento y su contexto, las partes y el todo y las partes entre ellas. La complejidad es la unión entre la unidad y la multiplicidad (Morin, E. 1999). Fundamentalmente, el pensamiento complejo se sostiene en la decisión de enfrentar la incertidumbre, lo cual lleva a incluir la dimensión del cambio, de la emergencia de lo nuevo, de lo imprevisible y la aceptación de los límites del conocimiento. “La verdadera racionalidad conoce los límites de la lógica, del determinismo, del mecanismo; sabe que la mente humana no podría ser omnisciente, que la realidad comporta misterio (...) Se reconoce la verdadera racionalidad por la capacidad de reconocer sus insuficiencias.” (Morin, 1999, p. 6)

En el campo de la salud, el principio holístico de integralidad apunta al reconocimiento de la concatenación de procesos de diversos órdenes que definen la vida y la

salud, abarcando tanto la organización social como el mundo de la vida que la sustenta (Breilh, 2009). Así, la Salud Comunitaria propone la consolidación del campo de la salud bajo el complejo promoción-salud-enfermedad-cuidado, desde una perspectiva transdisciplinaria e integral, aún en construcción (Menéndez, 2003).

Capítulo 2

Salud Mental: el Surgimiento de un nuevo campo de discursos y prácticas

2.1 La Salud Mental Como Parte Integral del Campo de la Salud

La salud mental es reconocida actualmente como un aspecto integral y fundamental del concepto de salud. La declaración de la Organización Mundial de la Salud integró el concepto de salud mental al de salud al definir a esta última como un estado de completo bienestar físico, mental y social (WHO, 1947). Los desarrollos más recientes de ese organismo internacional definen a la salud mental como un estado de bienestar en el cual un individuo conoce sus propias habilidades, puede lidiar con el stress normal que implica la vida, puede trabajar de manera productiva y es capaz de hacer contribuciones a su comunidad. Asimismo se considera que es fundamental para desarrollar la capacidad de pensar, emocionarse, interactuar con otros, ganarse la vida y disfrutarla. Es por esto que se plantea que la promoción, protección y restitución de la salud mental debe ser un asunto vital para individuos, comunidades y sociedades en todo el mundo (“WHO | Mental health”, 2016). Más allá de las críticas que se le han hecho a estas definiciones, sobre todo a la definición inaugural de salud como estado de bienestar (Bertolote, 2008; Saracci, 1997), se trata de ideas que abrieron caminos de progreso en las conceptualizaciones y prácticas en salud.

Actualmente la salud mental ocupa un lugar prioritario dentro del campo de la salud pública, así lo refrendan los estudios epidemiológicos que señalan que los padecimientos mentales representan el 13% de la carga global de morbilidad a nivel mundial y constituyen cerca del 30% de la carga total de enfermedades no transmisibles (WHO, 2012). Considerando el componente de discapacidad en el cálculo de carga de morbilidad, el padecimiento mental representa hasta un 22% de todos los años vividos con discapacidad en los países de América Latina y el Caribe, en una marcada curva ascendente (WHO, 2012). Las personas con este tipo de padecimiento presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad. A pesar de esto, la brecha de tratamiento, es decir la diferencia entre las necesidades de atención y los cuidados efectivamente proporcionados, es muy

amplia en todo el mundo, pero más aún en los países de ingresos bajos y medios donde asume valores entre el 76% y el 85% (OPS, 2013). Los informes y recomendaciones tanto de la OMS como de la OPS apuntan a intentar reducir esta brecha, insistiendo en la necesidad de integrar la salud mental a todas las políticas de salud y sociales que se implementan, tanto a nivel de los sistemas de salud, financiamiento, legislación e investigación (OMS, 2011; OPS, 2013; OPS/OMS, 2014).

El énfasis puesto en las necesidades de integración del campo de la salud mental al campo de la salud en general denota que se trata de ámbitos disjuntos. Existe un amplio consenso sobre la importancia de la salud mental en el ámbito de la salud pública, que contrasta con las divergencias e incluso las contradicciones que se presentan en las diferentes aproximaciones conceptuales a la salud mental (Bertolote, 2008; Restrepo & Jaramillo, 2012). Si bien la salud mental es un concepto ampliamente utilizado, su definición y conceptualización es compleja y polisémica (Bertolote, 2008).

Para delimitar el espacio de prácticas y discursos relativos a lo “mental” dentro del campo de la salud, se hace necesario comprender sus condiciones de producción históricas, culturales, económicas e institucionales. Esto implica, por un lado admitirlo como ámbito del quehacer social y desde esa perspectiva, interrogar las categorías vigentes en términos de producción histórico-social. Al decir de Galende (1988b) “El término Salud Mental se ha convertido hoy en una contraseña, ritual de reconocimiento que requiere no indagar sobre sus sentidos a riesgo de romper los encantos que la creencia de su dominio promueve” (p. 437).

2.2 De la Psiquiatría a la Salud Mental

La psiquiatría como especialidad médica surge a partir de un conjunto de medidas políticas tomadas en el curso de la Revolución Francesa que producen un reordenamiento de lo que genéricamente se denomina el campo de la locura en la modernidad, designándolo

desde entonces como enfermedad. Este acto fue decisivo para la fundación de lo que hoy llamamos Salud Mental (Galende, 1988b). Lo que se designa como enfermedad mental en la actualidad ha estado presente en todas las culturas y sociedades, en distintos períodos históricos, compartiendo el campo semántico en el que se constituye el discurso social (Galende, 1988b). Pueden así establecerse dos ordenes de historicidad: la producción de daños psíquicos puestos en relación con las modalidades que adopta la vida social y las formas históricas en que cada sociedad se representa esos trastornos y responde desde sus instituciones, disciplinas o especialidades dedicadas a su atención (Galende, 1988b). La psiquiatría surge como la forma histórica en la que el racionalismo iluminista se ha representado a la locura como enfermedad (Galende, 1988a).

En lo que fue la fundación paradigmática de los estados modernos, la asignación legal al médico del problema de la locura supuso separarla del resto de los sectores que habían sido excluidos de la sociedad en el asilo, a partir de lo cual el abordaje de los alienados tomó la forma de lo que se denominó “tratamiento moral”. Consistía en una apelación a la razón y al orden frente a la sinrazón y el desorden de la locura (Galende, 1988a). La medicina mental occidental no surge como efecto de un nuevo conocimiento médico sobre la alienación, sino de la necesidad de crear un espacio material y simbólico para alojar y tutelar al alienado, excluido de la razón y la libertad, emblemas de la modernidad. Desde la perspectiva del proyecto científico del iluminismo, significó un progreso al disputarle la representación de la locura al terreno mítico o religioso (Galende, 1988b). El siglo XIX estuvo marcado por el avance de la medicina general en tanto práctica social específica que incorporó eficazmente los saberes aportados por las ciencias exactas, sobre todo la física, la química y la biología (Galende, 1988b). Según este modelo se trata de una disciplina que actúa sobre un cuerpo biológico con los recursos científicos que le proveen la física y la química, lo que produjo un desarrollo notable del campo médico. Sin embargo, salvo para el caso de la Parálisis General

Progresiva, la psiquiatría no logró avanzar en la línea de la comprensión organicista de la locura, distanciándose en su progreso de las otras especialidades.

A pesar de esto, el impulso del paradigma anatomoclínico se hizo extensivo a la psiquiatría, lo que implicaba el intento de que la locura sea observada y descripta al igual que los objetos de las otras ciencias y, por lo tanto, pudiera desplegarse un conocimiento racional y objetivo sobre ésta y sobre el hombre (Galende, 1988a). Se dieron así las bases para el surgimiento de una “psicología objetiva” y una “psiquiatría científica” (Galende, 1988a). Comenzó la época de las grandes descripciones y clasificaciones de lo patológico y las nosografías pasaron a ser consideradas las teorías de cada escuela. Según Foucault (1998), a partir de que la locura es interrogada de este modo, la verdad del hombre deviene objeto y se vuelve supuestamente accesible a una percepción científica.

Con este movimiento se produjo también un reordenamiento jurídico del campo de la locura, uniendo psiquiatría y aparato jurídico-penal, otorgando a la figura del médico el poder de ejercer un control en el plano legal sobre el cuerpo, bajo la forma del tratamiento, y en el plano jurídico sobre los derechos civiles, mediante el certificado médico (Galende, 1988a). Así los locos pasaron a ser enfermos y el Asilo la matriz de una relación terapéutica en la que se sostenía un saber ejercido como poder sobre el comportamiento de los sujetos (Galende, 1988a).

La obra de Jaspers, que ve la luz en 1913 a partir de la publicación de su “Psicopatología general”, interpela esta visión de la medicina biológica como referencia para la psiquiatría, basándose en una antropología existencial, que se propone la superación del planteo positivista de la medicina mental (Jaspers, 1963). Con Jaspers el síntoma se explora en la búsqueda de sentido, instalando el hecho patológico en un plano discursivo, ya que la estructura mórbida es solo accesible a partir del relato del paciente. También se pone en relación con la biografía del sujeto intentando establecer relaciones de comprensión y

explicación. Si bien sus desarrollos serán retomados luego de la segunda guerra mundial a partir de la crisis global en la que entra el modelo médico de la psiquiatría, los desarrollos de Jaspers no llegan a interrogar las prácticas psiquiátricas y sus instituciones sino que intentan aportar una fundamentación teórica a la psicopatología (Galende, 1988a).

Otro de los discursos que surge a partir de los desarrollos de la ciencia positiva y la producción de subjetividad moderna es el Psicoanálisis. Se trata de una teoría y una praxis que efectuó un corte con la psicología general de su época al introducir el concepto de inconsciente, interrogando la noción de sujeto de conocimiento, individuo consciente de su ser que con el instrumento de su razón sería capaz de aprehender la realidad (Freud, 1917). En este sentido, causó un descentramiento de la idea de “yo” como centro de la personalidad. Es decir, aquello que la modernidad entronó como centro ordenador del individuo quedó cuestionado a la luz de la lógica que rige el síntoma, la del inconsciente (Lacan, 1954). Este discurso tendrá consecuencias decisivas en el campo de la psiquiatría, pero sus fundamentos y su práctica son ajenos al campo propiamente médico y psiquiátrico.

Lo que finalmente produjo una crisis del campo de la psiquiatría fue la nueva conciencia del poder que invadió el campo de la cultura y la política. El horror de la Segunda Guerra Mundial y sus secuelas irrumpió cuestionando la idea de la locura como ausencia de razón y orden, frente a la locura masiva de la guerra (Galende, 1990b). También quedó interpelado el asilo y las prácticas que en él se ejercían, como actos inhumanos de reclusión y poder sobre otro. Varios hechos confluyeron a partir de mil novecientos cuarenta y cinco a una reforma institucional de lo psiquiátrico: la guerra había provocado la destrucción de las organizaciones de salud en los países de Europa y a su vez había dejado una gran cantidad de personas con necesidades de atención psiquiátrica, por lo que se hacía necesario un reacomodamiento de los sistemas de salud, facilitando la introducción de reformas (Galende, 1990b). Correlativamente se había generado un crecimiento de las posiciones humanistas y un

gran número de intelectuales concernidos por el cuestionamiento profundo de lo humano y la locura, entre ellos muchos psiquiatras, se volcaron hacia el psicoanálisis y la reflexión fenomenológica (Galende, 1990b). A nivel político, las naciones europeas asistieron al asenso de movimientos populares que impulsaron gobiernos con posiciones progresistas, de mayor sensibilidad hacia los derechos del hombre y las reformas en Salud Pública (Galende, 1990b). Dentro del campo de la medicina, el paradigma unicausal biológico había empezado a mostrar fisuras y a ser relevado por la multicausalidad, dando lugar a políticas preventivas que apuntaban a conjuntos poblacionales (Stolkiner, 2003). En psiquiatría esto se manifestó bajo la forma de la Higiene Mental, el intento de salida de los manicomios y la incorporación de la atención a la conducta humana considerada fuera de lo normal. Paralelamente, el avance de la psicofarmacología generaba nuevas posibilidades de tratamientos ambulatorios y control de los síntomas (Stolkiner, 2003).

En 1948 fue creada la OMS y ese mismo año se realizó el primer Congreso Internacional de Salud Mental en Londres, organizado inicialmente como una Conferencia de Higiene Mental, que culminó con una serie de recomendaciones para la salud mental entre las cuales se destaca la necesidad de que la OMS establezca un comité de expertos en salud mental (Bertolote, 2008). Asimismo, al final del congreso, el International Committee on Mental Hygiene fue reemplazado por la World Federation for Mental Health. Surgía de este modo una nueva designación que sustituía “higiene” por “salud” y le disputaba su lugar en el campo de la salud pública, con un enfoque más político impulsado por los representantes de países europeos frente al pragmatismo propuesto por aquellos provenientes de los Estados Unidos (Bertolote, 2008). Este movimiento tuvo sus expresiones concretas en distintos países en los que se desarrollaron experiencias grupales, socioterapias y se gestaron los primeros modelos de Comunidades Terapéuticas que sostenían una democratización de las relaciones

entre el enfermo y sus cuidadores, aboliendo el poder médico y los métodos represivos e integrando la realidad institucional a su contexto social.

En este ambiente de una psiquiatría que giraba hacia modelos grupales y de solidaridad comunitaria, en Inglaterra en 1946 se creó el “Sistema nacional de salud mental” que sancionó legalmente la reforma de las instituciones psiquiátricas (Galende, 1988a). El sistema inglés hizo impacto en EEUU donde se crearon “Centros comunitarios de Salud Mental” y en 1963 se sancionó una ley conocida como Ley Kennedy, que establece un Centro Federal de Salud Mental, junto con un Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria (Galende, 1988a). Se trató de un programa esencialmente pragmático que tuvo la particularidad de incluir a profesionales no médicos en el tratamiento de los pacientes (Galende, 1988a). En Francia, la ideología antialienista no triunfó en ese país hasta la liberación del nazismo y la implementación de un modelo sanitario psiquiátrico que planteó la apertura de sus estructuras a la comunidad y la integración de profesionales de otros campos (Galende, 1990b). En Italia también se produjo una reforma sanitaria, que no alteró la estructura psiquiátrica asilar hasta 1960, con el comienzo del movimiento antipsiquiátrico y anti institucional encabezado por Basaglia y apoyado por los sectores políticos progresistas y de izquierda. Este movimiento, a diferencia de otros, no planteaba una reforma de las teorías o prácticas institucionales de la psiquiatría sino que proponía la destrucción del poder médico sobre la locura (Galende, 1990b). Se trataba de crear una conciencia social diferente sobre el enfermo mental, que hiciera posible políticas de salud mental que no sean de encierro. Uno de los logros de la reforma italiana fue hacer visible la ideología detrás de las prácticas, coherente con la distribución de funciones y poderes que la sociedad capitalista avanzada realiza: una ideología que define como natural lo que es un producto histórico-social (Galende, 1990b).

En 1953 la OMS había aprobado la recomendación de considerar a la Comunidad Terapéutica como modelo prioritario de asistencia psiquiátrica. Este modelo comunitario fue asimilado parcialmente por el campo de la psiquiatría en sus instituciones y en sus prácticas, pero se mantuvieron a su vez las teorías médicas de la locura, instalándose un conflicto entre los discursos sobre la enfermedad y las modalidades de atención que asumía la psiquiatría (Galende, 1988a).

A partir de la segunda mitad del siglo XX se produjo una crisis progresiva de los conceptos de la psiquiatría en tanto campo disciplinar ya que desde los elementos que le proporcionaba el discurso médico no podía dar respuesta a los modos complejos en los que se presenta en la vida de un sujeto el malestar o el sufrimiento. Se originó entonces una viraje paulatino hacia nociones que no provenían del modelo médico dominante, sino de las denominadas ciencias sociales: lingüística, antropología, sociología, teoría política, psicoanálisis (Galende, 1988b). La búsqueda de la esencia de la anomalía en el desorden de los órganos comenzó a dejar lugar a un pensamiento que centraba la cuestión en el desorden de los signos, yendo de la referencia biológica a la referencia semántica. Se arribó así a la construcción de un nuevo modelo de acción, resultado de un reordenamiento en el campo social y político: las políticas de Salud Mental. Este cambio implicó una nueva concepción acerca del daño psíquico, que fue puesto nuevamente en relación con la vida social (Galende, 1990b). La psiquiatría incorporó una serie de prácticas sociales no médicas que, en confluencia con los desarrollos de la salud Pública y otras ramas del conocimiento sobre todo del campo de las humanidades, inauguraron el campo de la Salud Mental como un nuevo espacio, caracterizado por un lenguaje que incluye lo político-social y por una heterodoxia teórico-clínica (Galende, 1990a).

2.3 Configuraciones Actuales de la Salud Mental: definiciones, concepciones e implicancias éticas

La salud mental se presenta como un concepto amplio, lo suficientemente equívoco como para implicar prácticas y discursos muy disímiles acerca de los padecimientos mentales, problemas psicosociales, el malestar o el bienestar (Restrepo & Jaramillo, 2012; Stolkiner, 1988). Si bien existe un acuerdo acerca de su importancia en el ámbito de la salud pública, su delimitación y conceptualización sigue siendo compleja y polivalente.

El termino “mental” hace referencia a una dimensión de la salud junto a otras en la definición de salud de la OMS, independizándose posteriormente para constituirse en un término que designa un dominio o campo de actividad (Bertolote, 2008). Rastreando las raíces históricas del término pueden encontrarse referencias a la salud mental como estado muy anteriores al siglo XX, sin embargo las primeras referencias técnicas a la salud mental como disciplina datan de 1946 cuando se creó la Asociación para la salud Mental en Londres (Bertolote, 2008). Las referencias anteriores son a la “higiene mental”, noción proveniente del higienismo, que a partir de 1900 se difunde como corriente en el campo de la psiquiatría, estableciendo relaciones similares a las que el movimiento de la salud pública del cual formaba parte tenía con la medicina en general (Bertolote, 2008). El reemplazo paulatino del termino “higiene” por el de “salud mental” significó su inclusión como necesidad política, rebasando el marco médico y científico para ponerlo al servicio de las sociedades (Bertolote, 2008). Esta vertiente de la salud mental es la que la postula como movimiento y que la incluye en el campo de la salud pública, en tanto social. Sin embargo, este uso del término convive con otros usos frecuentes, que sitúan a la salud mental como un estado o una dimensión de la salud, pero también como sinónimo de psiquiatría o de uno de sus campos complementarios (Bertolote, 2008).

Esta multiplicidad de significados en el uso del término pone de manifiesto la complejidad de su definición y conceptualización. La denominación de Salud Mental alberga un conjunto disperso de discursos y prácticas que obedecen a las lógicas propias de los diferentes enfoques de salud y enfermedad en el ámbito de la salud pública, la filosofía, la psicología, la antropología, la psiquiatría y las ideologías que subyacen (Restrepo & Jaramillo, 2012). Se trata de un campo de prácticas sociales en el que coexisten y antagonizan cuerpos conceptuales diversos, entran en contradicción formas hegemónicas y alternativas, se imbrican ideologías y teorías develando el carácter indefectiblemente político de toda práctica en salud (Stolkiner, 1988).

Siguiendo un propósito heurístico, Restrepo y Jaramillo (2012) proponen sintetizar los distintos enfoques acerca de la salud y la enfermedad que se entraman con las concepciones sobre lo mental a los largo del siglo XX en tres grandes corrientes: biomédica, comportamental y socioeconómica. Los tres enfoques corresponden a momentos históricos determinados, con sus respectivas características sociales, económicas y políticas y la particularización de lo que en esos marcos se define como sano o enfermo. La propuesta no supone que se trata de corrientes que se sucedieron una a otra en forma lineal, reemplazándose en forma consecutiva, sino que deben comprenderse como tiempos que se superponen, se mezclan y se interrelacionan al modo de capas superpuestas (Restrepo & Jaramillo, 2012).

- La concepción biomédica de la salud mental: implica concebir “lo mental” como producto del cerebro, siguiendo la tradición biologicista y empirista de la medicina occidental en la cual la enfermedad responde a factores anatómicos, fisiológicos o entidades externas que afectan el funcionamiento del organismo y la curación es entendida como un arreglo anatomo-fisiológico (Gómez, 2002). La concepción biomédica de la salud mental se define entonces a partir de la reducción de lo mental a un proceso biológico, por lo que supone que

la personalidad, el comportamiento, los afectos, las emociones y los pensamientos están determinados por causas físicas. La enfermedad mental sería la manifestación de desórdenes en diferentes procesos cerebrales, que mediarían en el funcionamiento psicológico (Baker & Menken, 2001; Guze, 1989). La ausencia de enfermedad como criterio de normalidad es otro de los pilares del enfoque, siendo los ejes de la investigación de esta perspectiva la epidemiología de los trastornos mentales y su tratamiento. En consecuencia, la intervención se centra fundamentalmente en la atención profesional de la enfermedad mental por parte de especialistas cuyo enfoque terapéutico se basa principalmente en la farmacoterapia. Este enfoque aplicado a la salud pública propone como respuesta a los problemas de salud mental de la población la ampliación de los servicios especializados de “salud mental”, es decir el incremento del número de profesionales, facilidades para el acceso a los centros de salud mental, disponibilidad de medicamentos y mejoramiento de los recursos tecnológicos (Restrepo & Jaramillo, 2012).

- La concepción comportamental de la salud mental: este enfoque surge a partir del viraje del énfasis en el paradigma de las enfermedades infecciosas hacia modelos ambientalistas, en el intento de abordar afecciones crónicas que comienzan a ser objeto de atención en el campo de la salud (Restrepo & Jaramillo, 2012). Cobran importancia los factores de riesgo ambientales y comportamentales asociados a los problemas de salud de la vida contemporánea, relacionando la salud con hábitos de vida saludables y la enfermedad con comportamientos “inadecuados” del individuo, siendo una categoría central el estilo de vida (Restrepo & Jaramillo, 2012). Las tradiciones psicológicas norteamericanas, conductismo y cognitivismo, dan fundamento a una concepción de la salud mental como salud comportamental, es decir hábitos, pensamientos y conductas adaptativos que le permiten a los sujetos encajar dentro de los patrones de comportamiento esperados en un contexto determinado (Restrepo & Jaramillo, 2012). Las intervenciones apuntan a reemplazar

comportamientos desadaptativos por otros adaptativos por la vía de la ingeniería conductual o cognitiva, es decir la corrección de formas de pensamiento disfuncionales que llevan a dichas conductas. La normalidad es entendida como la adaptación individual a un conjunto de modelos de comportamiento y pensamiento que se presentan como universales (Guinsberg, 2001). En el marco de las acciones en salud pública que se desarrollan desde esta perspectiva, sus principales ejes son la prevención basada en la información, la educación instruccionalista y el mejoramiento de las habilidades conductuales (Restrepo & Jaramillo, 2012).

- Lo mental como emergente social: a partir de las décadas de 1970 y 1980 surgen una serie de críticas a las intervenciones en salud basadas en la perspectiva de la medicalización o el riesgo individual, emergiendo entonces el interés por el análisis de las estructuras y modelos sociales que permiten que las personas puedan gozar de buena salud (Restrepo & Jaramillo, 2012). En este nuevo enfoque convergen diferentes tradiciones de pensamiento como la escuela de Frankfurt, algunas perspectivas estructuralistas y materialistas de la sociología, el enfoque de los determinantes sociales y el movimiento de salud colectiva y medicina social latinoamericano, entre otros. Desde la perspectiva del enfoque socioeconómico lo mental se define dialécticamente a partir de la relación entre individuos, estructuras socioeconómicas, el ambiente material y la vida cultural, por lo tanto las condiciones objetivas en las que se encuentra cada sujeto son causa y no consecuencia de sus modos de ser y pensar (Restrepo & Jaramillo, 2012). A diferencia de la concepción de “estilo de vida” presente en el enfoque comportamental, desde la perspectiva socioeconómica se ha introducido la noción de “modo de vida” como determinante de los procesos de salud-enfermedad. Esta noción no implica meramente las conductas individuales frente a la salud, sino que incluye las dimensiones socio-históricas, englobando la dinámica de las clases sociales y las relaciones sociales de producción (Almeida-Filho, 2000). Se plantean cinco críticas fundamentales a las concepciones tradicionales de la salud mental: la crítica al

individualismo, a la normalización, a la medicalización, al modelo económico capitalista y a la centralidad de las intervenciones focalizadas en la idea de estilo de vida (Restrepo & Jaramillo, 2012). Se propone que la salud como vivencia real de los seres humanos responde a una lógica constitutiva de múltiples factores que trascienden la noción de enfermedad, como la vivienda, la educación, la alimentación, el tiempo libre, que en su articulación crean las condiciones que permiten evaluarla de manera integral y multimodal. Por lo tanto la intervención en salud mental se apoya en un marco que contempla la economía política y las estructuras sociales, así como las políticas del sistema de salud, enfocándose en estrategias de promoción de la salud que sean integrales e intersectoriales (Restrepo & Jaramillo, 2012).

En esta línea de pensamiento, para la OMS la salud mental debe ser considerada como esencial en la consecución de la salud de todas las personas, estableciendo como objetivos promover prestaciones de servicio más integradas e integrales con base en la comunidad, aplicar estrategias de promoción y prevención, así como apuntar a la equidad a través de la cobertura sanitaria universal y la adopción fundamental de una perspectiva de derechos humanos (OPS/OMS, 2014). El planteo incluye necesariamente el compromiso de los gobiernos ya que toma como factores determinantes, además de las características individuales como gestionar pensamientos, emociones y vínculos, a los factores sociales, culturales, económicos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad (OPS/OMS, 2014). La OMS también señala que los contextos locales pueden generar mayor vulnerabilidad de algunas personas y grupos sociales que sufren riesgos significativamente mayores de padecer problemas de salud mental, entre los que se encuentran quienes viven en la pobreza, quienes padecen enfermedades crónicas, los niños expuestos al maltrato y al abandono, los adolescentes expuestos a abuso de sustancias, los ancianos y los grupos minoritarios (OPS/OMS, 2014). Es decir que las políticas en salud mental no se disocian de

las políticas en general llevadas adelante por los estados, considerando que la respuesta integral y coordinada con respecto a la salud mental requiere alianzas con múltiples sectores públicos, tales como los de la salud, educación, empleo, justicia y vivienda, entre otros.

En síntesis, la situación actual de la Salud Mental se caracteriza por la convivencia de los discursos alternos a las hegemonías del modelo cientificista-positivista, los modos de respuesta institucional a la problemática de la locura propias del siglo XIX, junto con las nuevas formas que adquiere el proceso de medicalización a partir de los avances de la ciencia y sus aplicaciones tecnológicas (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012). Estas, sobre todo la genética y la biología, son utilizadas para la construcción de discursos neo-biologicistas que tienden a reducir la enfermedad a la unicausalidad o a priorizar arbitrariamente una causa específica (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012). La particularidad de este entramado discursivo y conceptual, que configuró inicialmente el campo y sufrió los avatares a partir de los cuales se introdujeron modificaciones y nuevas modalidades de atención, se hace presente en las prácticas vigentes. El conflicto entre objetivación y subjetivación está planteado en el seno mismo del campo, traduciéndose en modalidades de construcción de subjetividad y configurando las formas que adquieren los lazos entre los distintos actores que lo conforman (Stolkiner, 2001, 2017; Stolkiner & Ardila Gómez, 2012).

La pluralidad de concepciones no constituye en sí misma un problema que deba resolverse por medio de alguna unificación u homogenización sino una condición inherente a un campo altamente complejo, que requiere un avance y una fundamentación conceptual de la salud mental dentro del dominio de la salud pública.

2.4 Salud Mental y Salud Pública: situación global

Analizando específicamente las respuestas sanitarias de los sistemas de salud, la OMS observa que no han dado una respuesta adecuada a los problemas de salud mental,

generándose una divergencia importante en todo el mundo entre necesidades de tratamiento y la atención, que además en muchos casos no es adecuada. A la escasez de recursos de los países destinados a la atención de problemáticas de salud mental, se suma la distribución inequitativa y el uso ineficiente de esos recursos (OMS, 2011).

Según los informes de esta organización, el gasto mundial anual en salud mental es inferior a US\$ 2 por persona, e inferior a US\$ 0,25 por persona en los países de ingresos bajos; el 67% de esos recursos económicos es asignado a hospitales exclusivamente psiquiátricos, pese a que se asocian a malos resultados sanitarios (OPS/OMS, 2014). La recomendación es que esta financiación se oriente hacia servicios de base comunitaria con integración de la salud mental en la atención sanitaria general y en los programas de salud materna, sexual, reproductiva e infantil, de VIH/sida y de enfermedades no transmisibles crónicas (OPS/OMS, 2014).

Otro de los aspectos que se remarca es el número insuficiente de profesionales especializados y generales que se dedican a atender problemáticas de salud mental. Casi la mitad de la población mundial vive en países en los que hay un psiquiatra para atender a 200.000 o más personas, en promedio, mientras que otros prestadores de atención sanitaria mental capacitados para intervenciones psicosociales son aún más escasos. Asimismo, existe una distribución geográfica despareja de los recursos humanos, que en la mayoría de los países se concentra en las capitales o en las grandes ciudades, con escasa presencia en el interior, lo cual contribuye a limitar el acceso al tratamiento. La Argentina constituye una excepción a estas tendencias, sobre todo en la cantidad de psicólogos, que supera ampliamente la proporción por habitante del resto de los países de la región (OPS, 2013).

Se puntúa también que pocos países disponen de políticas, planes y legislación sobre la salud mental, las organizaciones civiles que dirigen sus acciones a este campo no se encuentran bien organizadas y la disponibilidad de medicamentos básicos para los trastornos

mentales en la atención primaria es considerablemente baja (OPS/OMS, 2014). En relación a la legislación, Argentina se destaca por contar a partir de 2010 con una ley totalmente dedicada a la salud mental que se enmarca dentro del modelo comunitario y está guiada por las convenciones internacionales y regionales relacionadas con la protección de los derechos humanos de las cuales el país es signatario (OPS, 2013). Aun así, la asignación de recursos se distribuye según las antiguas concepciones privilegiando la atención en hospitales monovalentes (OPS, 2013). El plan de acción integral para mejorar la situación mundial de la salud mental propuesto por la OMS hace hincapié en facilitar el acceso a los servicios de salud mental y servicios sociales, para lo que enfatiza la necesidad de que estos formen parte de los dispositivos generales de salud, como hospitales generales o centros de salud (OPS/OMS, 2014).

Si bien las definiciones propuestas por la OMS han alcanzado una amplia difusión en la literatura académica y han servido como fundamento para la formulación de políticas públicas, planes y programas de salud mental, dado su carácter axiológico difícilmente constituyen un soporte operativo para la investigación y la intervención dentro del campo de la salud pública (Restrepo & Jaramillo, 2012). Aún es necesario avanzar en la fundamentación conceptual de la salud mental en este dominio, ya que su abordaje desde la perspectiva de lo público requiere referentes epistemológicos, metodológicos y prácticos propios (Restrepo & Jaramillo, 2012).

Alejándose de la perspectiva disciplinar o normativa de la salud mental, tomándola como campo de discursos y prácticas, no puede definirse en forma de categoría absoluta, objetiva y definitiva, a modo de soporte último sobre el que edificar las intervenciones (Stolkiner, 1988). Como entramado de discursos, políticas y acciones en salud requiere ser abordada como construcción y reconstrucción permanente, efecto de las concepciones, los supuestos ontológicos e ideológicos que subyacen y las prácticas concretas en cada momento

histórico y circunstancia determinada. Enmarcándola en el espacio más amplio de la salud, su conceptualización, su delimitación y definición constituye una tarea a desarrollar de la mano de las prácticas, como proceso de interacción permanente, de transformación recíproca entre el sujeto social y su realidad (Stolkiner, 1988).

Capítulo 3

El Sistema de Salud en Argentina

3.1 Características generales del Sistema de Salud en Argentina

El sistema de salud en Argentina se estructura en tres subsectores: público, de la seguridad social y privado. Su característica principal surge de la organización federal del país, lo que implica que las provincias retienen su autonomía para administrar los servicios de salud y educación. A este rasgo estructural se le suma la pluralidad de iniciativas y jurisdicciones que acentúa la dispersión de los centros de decisión (Arce, 2012).

La distribución de responsabilidades entre la Nación y las provincias en lo que respecta a autoridades sanitarias y administración de recursos, impide abordar reformas estructurales de fondo tendientes a una planificación global y una gestión unificada del sistema (Arce, 2012). Institucionalmente, el Ministerio de Salud es la máxima autoridad nacional en materia de salud, compartiendo con otras instancias del gobierno nacional el área de programas sociales. Sin embargo, la autonomía de las provincias en materia de políticas en salud pública y su responsabilidad en la provisión de servicios, sumado a que la ejecución de programas queda bajo la órbita de los municipios, hace que los lineamientos nacionales tengan un valor indicativo, sujeto a concordancias políticas.

A su vez, el fuerte desarrollo de la seguridad social, de origen no estatal, impone restricciones a la autonomía real de los gobiernos provinciales en la provisión de salud dentro de sus territorios. Es en este campo donde se observa la mayor fragmentación: en 2004 se contabilizaban 284 obras sociales reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud, a las que se suman las que están fuera de su alcance regulatorio que son las de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, las del personal universitario y las de los poderes Legislativo y Judicial (Arce, 2012). En el nivel nacional debe contarse también el PAMI, la obra social de jubilados y pensionados, más las 24 obras sociales provinciales, reguladas por legislaciones provinciales (Arce, 2012).

La población de mayor poder adquisitivo es usuaria de empresas de medicina prepaga,

ya sea por contratación directa o por tercerización de la cobertura a través de alguna obra social. Su dimensionamiento es controvertido dado que no existen registros unificados de usuarios en poder de autoridades regulatorias, a lo cual se suma el solapamiento de coberturas de una parte significativa de la población (Arce, 2012). Pese a que la capacidad instalada es ampliamente superior en el subsector estatal, los servicios privados concentran las 2/3 partes del movimiento económico en términos de atención médica y facturación (Arce, 2012).

En esta configuración, los servicios públicos de salud brindan atención gratuita, incluyendo provisión de medicamentos básicos, a la población de menos recursos que carece de cobertura, ya sea por no tener capacidad contributiva o por desenvolverse en la economía informal. Además de sus prestaciones a nivel asistencial, los organismos estatales administran programas preventivos que alcanzan a toda la población, como vacunaciones, planes materno-infantiles, prevención de endemias, saneamiento ambiental y educación sanitaria, entre otros (Arce, 2012).

El Ministerio de Salud nacional ejecuta menos del 4% del gasto global del sector, que dentro de estado nacional se distribuye entre diferentes carteras. Del total del gasto público, una cuarta parte es ejecutada por la Nación y el resto por las provincias. A pesar de tener el mayor gasto en dólares en salud de la región, los resultados en términos de indicadores de morbilidad no reflejan mejores resultados sanitarios (Arce, 2012).

En esta configuración de un sistema altamente fragmentado, a nivel global y al interior de cada uno de sus subsectores, se producen escenarios de alta inequidad que reflejan la historia de la configuración del campo, en el que convergen intereses de múltiples sectores y actores cuyo poder fue variando en los diversos momentos en los que se fue consolidando.

3.2 Configuración histórica del Sistema de Salud argentino

Los primeros modelos de protección social del Estado Argentino provienen de la

inclusión de ideas iluministas en el marco del Virreinato del Río de la Plata, que confrontaban con el modelo monárquico existente a principios del siglo XIX. En los comienzos de la configuración de un estado independiente, las instituciones filantrópicas quedaron a cargo de acciones de caridad que desde una perspectiva laica de origen racional, apuntaban a configurar mecanismos de control y “educación” de los individuos con recursos escasos (Facciuto, 2005). En 1823, durante la presidencia de Rivadavia, se impulsó la creación de la Sociedad de Beneficencia que erigiéndose en representación de la moral pública se hizo cargo de las instituciones de salud y asilares hasta entonces en manos de organizaciones religiosas (Facciuto, 2005). Si bien se proponían como laicos, el pensamiento religioso que impregnaba dichas instituciones fue respetado. El culto a la limosna, la concepción del encierro al huérfano, pobre o desamparado y la exaltación de la pobreza “solemne” y “bien llevada” fueron valores que modelaron las formas de vincularse entre la población de bajos recursos y los servicios de salud (Comes, 2006). Esta modalidad de abordaje desde el Estado y los excluidos fue duramente criticada desde la corriente higienista que consideraba que el acercamiento no debía ser únicamente paliativo sino partir de una función educativa, con el fin de incentivar el conocimiento y aplicación de medidas preventivas (Facciuto, 2005).

A partir de 1880, con la creación del Departamento Nacional de Higiene, la salud se constituyó como objeto de intervención política dentro de una lógica de orden social apuntando rápidamente a garantizar la sanidad de los puertos, de donde se creía provenían los mayores peligros higiénicos (Comes, 2006). En este contexto y a causa de la aparición de enfermedades epidémicas y endémicas, se impulsaron acciones estatales sobre la salud del conjunto de la población como obras de potabilización de aguas, campañas de vacunación y configuración de un sistema de estadísticas (Arce, 1993). Surgieron también otros modos de accionar colectivamente en relación a la salud, principalmente las asociaciones mutuales, constituidas por grupos de trabajadores o integrantes de una comunidad, que a través de

aportes mensuales garantizaban la asistencia médica de sus integrantes (Arce, 1993). Posteriormente, algunas de estas organizaciones formarán la base del futuro sistema de seguridad social médico al ir diferenciándose y creciendo a partir de aportes de determinados sectores de trabajadores y del estado como empleador (Belmartino, 2005). Durante los años '30 se fue consolidando una propuesta de mayor intervención del estado en la organización de los servicios de salud, que articule supuestos técnicos y políticos, integrando a los trabajadores en una alianza solidaria con estado y empresarios (Belmartino, 2005). Sin embargo, la efectiva disposición de los organismos públicos a dar forma institucional a esta construcción sufrió un desfasaje cronológico, consiguiendo materializarse en la década siguiente en un escenario de expansión del subsistema público y nacimiento de las obras sociales (Belmartino, 2005).

Los problemas sociales suscitados en el contexto de la crisis mundial de 1930 tornaron necesario implementar intervenciones estatales centralizadas y coordinadas llevadas a cabo por especialistas que determinaron la superación de las viejas formas de beneficencia. Este proceso se consolidó con la creación de la Dirección Nacional de Asistencia Social y Salud Pública en 1944, transformándose en Secretaria y finalmente en Ministerio en 1949 (Arce, 1993). Se inauguró así una situación novedosa para la Argentina en la se llevó a cabo una planificación centralizada del sector salud, a cargo del ministro Dr. Ramón Carrillo durante la presidencia de Juan Domingo Perón. Se planteó la socialización de la medicina tomando como modelos el seguro social alemán y algunas características del sistema inglés, fortaleciendo el sector estatal (Arce, 1993). En tres años se duplicó la dotación de camas hospitalarias debido a impulso inversor del estado nacional y de una entidad de ayuda social vinculada al poder político (Fundación Eva Perón), aunque en la administración nosocomial se conservó la lógica del período anterior a estas modificaciones (Arce, 2012). Se institucionalizó el acceso gratuito e irrestricto a la atención médica para toda la población

argentina, en congruencia con la hegemonía del modelo Keynesiano a nivel internacional surgida luego del arrasamiento producido por las dos guerras mundiales y el nazismo (Comes, 2006). Sin embargo, la construcción de la unidad de acción del estado, muy significativa entre 1946 y 1955, no se asentó sobre bases institucionales solidas, predominando la faccionalización (Belmartino, 2005). Este rasgo, junto a las contradicciones entre propuestas técnicas y necesidades políticas, impidió que se logre la unidad de jurisdicción en salud, impregnando el modo en que se construyeron las nuevas agencias estatales que tomaron a su cargo cuestiones vinculadas a los procesos de salud/enfermedad/atención (Belmartino, 2005).

Durante las dictaduras militares que se sucedieron desde el año 1957 se implementaron políticas de descentralización administrativa de los hospitales y desfinanciamiento del subsector estatal, que se intercalaron con frenos a este proceso por parte de los gobiernos democráticos (Comes, 2006). En los años posteriores al peronismo, el subsistema público entró en un proceso de declinación, apenas interrumpido por algunos intentos parciales de recuperación, aunque mantuvo las formas organizativas heredadas y su función casi exclusiva de atención de la población indigente (Belmartino, 2005). Las obras sociales continuaron expandiéndose en las décadas de 1950 y 1960 en las mismas condiciones de fragmentación y diferente capacidad de respuesta a las necesidades de sus beneficiarios (Belmartino, 2005). El desarrollo de la capacidad instalada impulsado en los años '40 y principios de los '50 se fue agotando y fue parcialmente reemplazado por una modalidad de contratación de servicios con el sector privado (Belmartino, 2005). Con la ultima dictadura militar que comenzó en 1976 y bajo un régimen de represión y terrorismo de estado, se desmantelaron las organizaciones sociales posibilitando la imposición del modelo neoliberal.

En los años '90 el proyecto de liberalización de la economía se impuso y con él, muchas de las reformas sugeridas por los organismos internacionales de crédito, que exigían para el pago de deuda medidas como la flexibilización laboral, la supresión de programas

sociales, la privatización de empresas y el aumento de impuestos (Comes, 2006). En el sector salud el intento de transformación según los lineamientos de las políticas impuestas el Banco Mundial que había desplazado a los organismos internacionales sanitarios (OMS/OPS), quedó inconcluso debido a la influencia de las condiciones y los actores locales (Comes, 2006). Se concretó la descentralización iniciada en 1957 del poder administrativo central a organismos provinciales o municipales, a los que a su vez se privó de los fondos coparticipables que les hubieran permitido solventar las instituciones de asistencia médica, llevando a los hospitales públicos a una severa situación presupuestaria (Comes, 2006). Para tratar de subsanar el déficit se implementó, en el año 1993, el Hospital Público de Autogestión (HPA), proceso que llevó al límite la descentralización hospitalaria y que tuvo que ser instituido por decreto ya que no contó con suficiente consenso legislativo. Por medio de esta modalidad descentralizadora se buscó lograr un progresivo reemplazo del subsidio a la oferta de servicios, por un subsidio a la demanda, es decir únicamente a personas carentes de recursos (Arce, 1993). Recién para fines de los noventa, el decreto de autogestión hospitalaria se sustituyó por el de Hospitales Públicos de Gestión descentralizada (939/00), donde se plantea el acceso gratuito de toda la población a los hospitales públicos (Comes, 2006).

Con el cambio de milenio y en concordancia con la Declaración del Milenio acordada por jefes de Estado y de Gobierno reunidos en la sede de la Organización de Naciones Unidas, comenzó un giro hacia políticas que apunten al desarrollo (Comes, 2006). Los objetivos para los países miembros expresan, en primer lugar, la necesidad de erradicar la pobreza extrema y el hambre. En segundo lugar, manifiestan una serie de condiciones necesarias para asegurar el desarrollo de la salud en todos los estratos sociales: que todos los individuos accedan a una educación básica, la promoción de la noción de igualdad de los géneros, la reducción de la mortalidad infantil, la mejora con respecto al tratamiento de la salud materna, el combate contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y el mal de chagas, además del

establecimiento de un medio ambiente sostenible y saludable (Comes, 2006). Las políticas en materia de salud que hacen visibles estos objetivos se pusieron en marcha en el año 2004 con el Plan Federal de Salud y los programas de financiamiento externo (Comes, 2006). La situación previa estuvo regida por el esfuerzo orientado a salir de la crisis y poner cierto orden en las reformas que significaron los lineamientos de los años ‘90.

3.3 El Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires

El Sistema de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) está integrado por el conjunto de recursos de dependencia estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio de la CABA (CABA, Ley 153, art. 10°). Sin embargo, la mayor parte de los análisis y propuestas referidos a su sistema apuntan a la cuantiosa capacidad instalada propia de hospitales del subsector prestador público (Bonazzola, 2010).

Tabla 1

Efectores de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Año 2010.

Con internación	13 Hospitales Generales de Agudos	Álvarez, Argerich, Durand, Fernández, Penna, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía, Rivadavia, Santojanni, Tornú, Vélez Sarsfield, Zubizarreta
	2 Hospitales Generales de Niños	Elizalde, Gutiérrez
	14 Hospitales Especializados	Alvear, Borda, Moyano, Tobar García, Sardá, Udaondo, Muñiz, Oncología, Quemados, María Ferrer, Irep, Rocca, Santa Lucía, Lagleyze
Sin internación	3 Hospitales Odontológicos	Dueñas, Carrillo, Infantil Quinquela Martin
	2 centros de Salud Mental	Ameghino, Centro 1
Atención Primaria	45 CeSAC	
	Centros Médicos Barriales, Médicos y Odontólogos de Cabecera	

Otros efectores	Instituto de Zoonosis L. Pasteur, Talleres Protegidos, Hogar M Ferrer, Hospital Garrahan (bijurisdiccional Nación-GCBA)
-----------------	---

Fuente: Bonazzola, P. F. (2010). Ciudad de Buenos Aires: sistema de salud y territorio. Recuperado a partir de <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/bonazzola.pdf>

La Ciudad de Buenos Aires tiene una superficie de 200 km² y una población de 2.890.151 habitantes (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2010). Según arrojan las estadísticas de movimiento hospitalario de 2016, el sistema cuenta con un promedio de 6981,35 camas disponibles y ese año tuvo un porcentaje de ocupación promedio del 71,64%. El promedio de permanencia en internación fue 11,02 días y el giro cama, una medida de utilización de camas que indica el número de pacientes egresados por cama durante el año, fue 23,79. El total de egresos de pacientes internados fue 166.098 y la tasa de mortalidad hospitalaria 4,38%. El promedio de pacientes que por día estuvieron hospitalizados fue 5001,58. Las consultas externas ascendieron a 8.348.760 para el mencionado período (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2016).

Tabla 2

Egresos, indicadores de internación y consultas externas total Hospitales GCBA Año: 2016.

	Egresos	Indicadores de internación						Consultas externas
		Promedio pac. día	promedio c. disp	% ocup.	Promedio permanencia	Tasa de mort %	giro	
Total	166.098	5001,58	6981,35	71,64	11,02	4,38	23,79	8.348.760

Fuente: Departamento de estadísticas de Salud MSGC. (2016). Movimiento Hospitalario - Año 2016. Buenos Aires. Recuperado a partir de http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/mh_2016_sin_cesacs_dataid.pdf

La magnitud, diversidad y complejidad del subsector prestador público de salud de la CABA responde a su desarrollo histórico, que acompañó el de la ciudad de Buenos Aires y su área metropolitana, por lo que sus efectores –que en algunos casos tienen más de dos siglos de historia- se originaron por necesidades, instituciones creadoras y objetivos muy diversos a lo largo del tiempo (Bonazzola, 2010). Su enorme capacidad instalada responde al proceso de

descentralización por medio del cual se transfirieron instituciones de salud dependientes de la Nación a entidades provinciales y municipales, proceso que se inició en 1956 y concluyó en 1992, en el marco global de la Reforma de Estado y la Ley de Emergencia Económica (Stolkiner, Comes, Parenti, Solitario, & Unamuno, 2004). En 1992, se transfirieron a la Ciudad once establecimientos nacionales, muchos de ellos planeados a escala nacional (Stolkiner et al., 2004). Posteriormente, se intentaron proyectos que apuntaron a una mayor integración como la división político-institucional de la ciudad en 15 comunas y la regionalización territorial sanitaria de la ciudad.

En 1996 en la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires (artículos 127° a 131°) se estableció la división de la ciudad en unidades de gestión política y administrativa con competencia territorial: las Comunas (“Constitución de la Ciudad de Buenos Aires”, 1996). En 2005, al sancionarse la Ley Orgánica de Comunas, comenzó la etapa de concreción de la nueva organización dividiéndose la ciudad de 15 comunas que toman en cuenta los límites barriales (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005). Esta organización basada en una delimitación geográfico-poblacional de carácter histórico-social, en tanto agrupa barrios, presenta las condiciones necesarias para ser la sede administrativa de las competencias locales en materia de salud (Lemus et al., 2007).

La regionalización territorial sanitaria de la CABA lleva varios años de desarrollo, aunque su comienzo efectivo puede situarse con la creación de las áreas programáticas de salud en 1988, delimitadas sobre la base de las áreas de urgencia (Lemus et al., 2007). Dichas áreas programáticas se configuraron en torno a los Hospitales Generales de Agudos y sirvieron de base para el desarrollo de diversas experiencias de implementación de estrategias de Atención Primaria de la Salud en la ciudad (Bonazzola, 2010). A partir de que se sancionó la Ley Básica de Salud de CABA (1999), el sistema de salud adquirió un marco normativo global cuyos contenidos pueden sintetizarse en garantizar el derecho a la salud integral de

todas las personas, bajo la autoridad regulatoria del Gobierno de la Ciudad y con una organización del subsector estatal con base en la estrategia de atención primaria y la constitución de redes.

La nueva organización contempla el establecimiento de regiones sanitarias orientadas a desarrollar la capacidad de resolución de la red estatal en cada una de las mismas, coordinando y articulando las acciones sanitarias de sus efectores, teniendo en cuenta la delimitación geográfico-poblacional basada en factores demográficos, socioeconómicos, culturales, epidemiológicos, laborales y de vías y medios de comunicación (Lemus et al., 2007). Para el desarrollo de programas de la red local, el criterio fue tomar la estructura de sus efectores de complejidad ascendente (Lemus et al., 2007).

En 2008, siguiendo los lineamientos de la Ley Básica de Salud, el Ministerio de Salud creó cuatro Regiones Sanitarias, previendo su articulación con las Áreas de salud y las comunas (Ministerio de Salud GCBA, 2008). Posteriormente, en 2011, se establecieron articulaciones entre las Áreas de Salud y los Hospitales Generales de Agudos, (Ministerio de Salud GCBA, 2011).



Figura 1. División de la CABA por Comunas y Regiones Sanitarias, año 2010.

Fuente: Bonazzola, P. F. (2010). Ciudad de Buenos Aires: sistema de salud y territorio. Recuperado a partir de <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/bonazzola.pdf>

Tabla 3*Regiones Sanitarias de CABA, año 2008.*

Región Sanitaria	Comunas	Barrios
I	1, 3 y 4	La Boca, Puerto Madero, San Cristóbal y Monserrat.
II	7, 8 y 9	Liniers, Mataderos, Villa Lugano y Villa Riachuelo.
III	5, 6, 10, 11 y 15	Caballito, Villa Crespo y Paternal.
IV	2, 12, 13 y 14	Núñez, Belgrano, Coghlan y Saavedra.

Fuente: Elaboración propia en base a datos publicados por el Departamento de Epidemiología (2008). *Regiones Sanitarias de la Ciudad de Buenos Aires: Herramientas para la actualización de la vigilancia y el Análisis de Situación en Salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud GCBA.

Tabla 4*Articulación Regiones Sanitarias, Áreas de Salud y Hospitales de cabecera CABA. Año 2016.*

Región Sanitaria	Área Programática de Salud Hospital General de Agudos Cabecera	Comuna
I	Área de Salud del Hospital General de Agudos "José María Penna"	4
	Área de Salud del Hospital General de Agudos "José María Ramos Mejía"	3
I	Área de Salud del Hospital General de Agudos "Cosme Argerich"	1
	Área de Salud del Hospital General de Agudos "Teodoro Álvarez"	7
II	Área de Salud del Hospital General de Agudos "Parmenio Piñero"	8
	Área de Salud del Hospital General de Agudos "Donación Francisco Santoianni"	9
III	Área de Salud del Hospital General de Agudos "Abel Zubizarreta"	11
	Área de Salud del Hospital General de Agudos "Enrique Tornú"	15
III	Área de Salud del Hospital General de Agudos "Carlos Durand"	5 y 6
	Área de Salud del Hospital General de Agudos "Vélez Sarsfield"	10
IV	Área de Salud del Hospital General de Agudos "Ignacio Pirovano"	12 y 13
	Área de Salud del Hospital General de Agudos "Juan A. Fernández"	14 y 2

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos. GCABA.

3.4 La Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires

En los últimos años la Argentina ha introducido un conjunto de transformaciones legislativas orientadas a proteger los derechos humanos de las personas afectadas en su salud mental, buscando enmarcar el modelo de intervención en el reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, poniendo el eje en la atención comunitaria, desde una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires ocupó un lugar central en este proceso siendo en muchos sentidos, precursora en estas transformaciones (Ministerio Público Tutelar de CABA, 2014). En su constitución de 1996 se establece que las políticas en Salud Mental apuntan a una desinstitucionalización progresiva que se sustenta en una red de servicios y protección social (“Constitución de la Ciudad de Buenos Aires”, 1996). Además, en la Ley N°448 de Salud Mental sancionada en el año 2000, se incorporó la perspectiva de protección de los derechos humanos que fue retomada en buena medida por la legislación nacional posterior (Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2000). La jurisdicción asumió un nuevo paradigma jurídico en materia de salud mental cuya materialización supone el diseño y puesta en funcionamiento de nuevos órganos y dispositivos creados por la Ley, la suspensión de prácticas que devinieron ilegales y la readecuación o redefinición de representaciones y prácticas por parte de instituciones ya existentes. Sin embargo, la mayoría de estas transformaciones no fueron implementadas (Ministerio Público Tutelar de CABA, 2014).

Desde el punto de vista institucional, para que el proceso de cambio de modelo se haga efectivo es necesaria la consolidación de una red de Salud Mental que priorice los principios de Atención Primaria en Salud, el reforzamiento, restitución o promoción de lazos sociales, reduzca el recurso a la internación a casos excepcionales por el menor lapso posible en Hospitales Generales y bajo un criterio terapéutico interdisciplinario. Esto requeriría que los Hospitales Generales cuenten con Equipos para la atención de situaciones de urgencia y

con Unidad de Internación de salud mental, y el desarrollo de dispositivos alternativos a la internación (Ministerio Público Tutelar de CABA, 2014).

Desde el punto de vista de las representaciones y prácticas, implicaría poder interrogar las formas de padecimiento subjetivo con registros conceptuales que no se reduzcan a la psicopatología, ni a la pura biología, que contemplen los elementos contextuales y las narrativas singulares y colectivas, incluyendo en las prácticas a las relacionadas con la prevención y el trabajo interdisciplinario (Ardila Gómez & Stolkiner, 2009; Stolkiner, 2001).

3.5 La Red de Salud Mental de CABA

La Red de Salud Mental necesaria para la implementación de la Ley N° 448 tiene como autoridad de aplicación a la Dirección General de Salud Mental, que funciona bajo la regulación del Ministerio de Salud. Sus funciones principales son la formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de Salud Mental acordes a la Ley y la elaboración del Plan de Salud Mental (Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2000).

Sus principales efectores son:

- 4 Hospitales monovalentes, tres para pacientes crónicos (Hospital Moyano, Hospital Borda y Hospital Tobar García) y uno de urgencias (Hospital Alvear).
- 13 Hospitales Generales de Agudos con servicio de Salud Mental, tres de ellos con servicio de internación.
- 2 Hospitales Generales de Niños con Servicio de Salud Mental, uno de ellos con servicio de internación (Hospital Elizalde).
- 11 Hospitales Especializados en otras patologías con Servicios de Salud Mental (atienden solo la demanda interna del hospital).
- 2 Centros de Salud Mental de atención ambulatoria (Centro N°1 y Centro N°3).

- 40 CeSAC con Equipos de Salud Mental que se ocupan de actividades de prevención y promoción de la Salud.
- Red de Guardias Toxicológicas integrada por el Hospital General de Agudos Fernández, Hospital General de Niños Gutiérrez y el Hospital General de Niños Pedro Elizalde.
- Dispositivos de atención de la emergencia psiquiátrica: ambulancias del SAME del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear y Equipos de Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental en Hospitales Generales de Agudos. Programas Adop-Adopi que brindan atención interdisciplinaria a adultos y niños en crisis.
- Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental.

A pesar de la gran cantidad de instituciones, la Red de Salud Mental presenta un alto grado de desarticulación y carece de un Plan de Salud Mental actualizado desde 2006 (Ministerio Público Tutelar de CABA, 2014). Si bien se nombraron profesionales de salud mental para trabajar en los dispositivos de guardia de los hospitales generales, de los 13 hospitales generales de agudos, sólo 3 cuentan con camas para internaciones por salud mental (Dirección General de Salud Mental, 2014).

La producción de información estadística requeriría actualizaciones y mejoras en la sistematización y especificidad, lo que dificulta el dimensionamiento de la Red de Salud Mental de la Ciudad. Sin embargo, algunos indicadores publicados por la Dirección de estadística y censos del Ministerio de Salud de la Ciudad pueden dar una aproximación. En el año 2014 hubo 52.102 admisiones a consultorios externos de Salud Mental en los Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. Los Hospitales Generales de Agudos recibieron 19.213 consultas de admisión a consultorios externos de Salud Mental. Los hospitales monovalentes Alvear, Moyano, Borda y Tobar García recepcionaron 14.885, mientras que los Hospitales de Niños 4.053. Los centros de Salud Mental N°1 y N°3 recibieron 5.009 consultas para ese

mismo período. Las restantes 8.942 consultas corresponden a la demanda interna de los hospitales especializados en otras patologías (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2015a). Es decir que la mayoría de las admisiones a la red de Salud Mental se repartieron entre Hospitales Generales y Monovalentes.

Las prestaciones ulteriores registradas ascienden a 1.195.673 y también se reparten en su mayoría entre Hospitales Generales y Monovalentes, con 443.145 y 396.176 respectivamente. El resto corresponde a Hospitales de Niños, centros de Salud Mental, hospitales especializados en otras patologías y, en menor medida, en CeSAC. (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2015a).

Se podría decir que los Hospitales Generales concentran una parte importante de la atención que brinda la red de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, sin embargo, dentro de ese campo las interconsultas representan un porcentaje pequeño. En 2014, las interconsultas con salud mental que se realizaron representan el 10,43 % (n: 46.253) del total de las prestaciones ulteriores llevadas adelante en esos establecimientos (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2014).

Capítulo 4

El Hospital General y el dispositivo de Interconsulta

4.1 La Interconsulta en el Hospital General

Desde la publicación en 1971 del libro de Ferrari, Luchina y Luchina “La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario” (1980), la práctica en la que un psicólogo o

psiquiatra acude convocado por un médico a intervenir en el tratamiento de un paciente internado, es denominada interconsulta (IC) en el contexto local. Se trata de un abordaje desde los servicios de Salud Mental de los hospitales generales, de problemáticas psicológicas, familiares, sociales, de relaciones con el médico o la institución, que exceden el motivo específico de internación pero juegan un papel primordial en el desenvolvimiento del proceso de salud-enfermedad-atención. Si bien en Argentina el uso de la palabra interconsulta se utiliza para referirse a cualquier consulta que realiza un médico a un colega de otra especialidad, el término se aplica también a prácticas en la interface entre lo médico y lo psicológico, que no necesariamente implican una respuesta asistencial sobre el paciente, sino que pueden apuntar a un diagnóstico de la situación o el discernimiento de problemas latentes que subyacen al pedido explícito de interconsulta (Tenconi, 2003). La inclusión progresiva de psicólogos en los servicios de salud mental, desde que la profesión se formalizó como tal en 1957, fue generando posibilidades diversas de teorizaciones y prácticas en el ámbito hospitalario dentro de las cuales la IC adquirió su lugar. Actualmente, forma parte de las posibilidades de inserción profesional del psicólogo en el ámbito hospitalario.

En el contexto internacional, la IC es teorizada dentro del marco de la psiquiatría. Las denominaciones en la literatura foránea constituyen un indicador de esta situación: medicina o psiquiatría psicosomática, interconsulta psiquiátrica, psiquiatría de enlace, psiquiatría médico-quirúrgica (Fabrissin, 2011). El rol del psiquiatra en la interconsulta se define a partir de la idea de especialista, es decir alguien que aporta su opinión experta, diagnóstica y de manejo del paciente a requerimiento de otro profesional médico (Lipowski, 1992). Asimismo, tiene a su cargo tareas de “enlace” que comprenden el trabajo educacional, de investigación y clínico, llevado a cabo con el personal hospitalario, con el paciente y sus familiares, propiciando mejoras en la comunicación y en la calidad de la atención (Leigh, 2008; Mayou, 2007).

Los principales textos sobre el tema y las investigaciones que se realizan apuntan al desempeño del psiquiatra en el hospital general, dejando poco espacio a las consideraciones acerca de la inclusión de otros discursos en esa práctica. A pesar de esto, hay consenso internacional respecto de la necesidad de un abordaje interdisciplinario de este tipo de pacientes (De Jonge et al., 2001; Fava et al., 2010; Huyse, 2009; A. F. G. Leentjens, Rundell, Diefenbacher, Kathol, & Guthrie, 2011; Rothenhäusler, Stepan, & Baranyi, 2013; G. C. Smith, 2009). Esto se debe al amplio acuerdo respecto de la complejidad de los pacientes a los que se dirige, que en los parámetros en los que se piensa desde esa disciplina implica el desafío de abordar pacientes con multimorbilidad y tratar de encontrar respuestas adecuadas para cada quien en su contexto particular (G. C. Smith, 2009).

Lo que se plantea en las investigaciones internacionales es que el 30% de los pacientes internados en hospitales generales presentan comorbilidad clínicamente relevante con trastornos psiquiátricos (Mayou, 1997; Mayou & Hawton, 1986; Silverstone, 1996), gran déficit funcional (Koopmans et al., 2005; Wells et al., 1989), permanecen más tiempo internados (Koopmans et al., 2005; Saravay & Levin, 1995), hacen mayor uso de los servicios de salud (Katon et al., 1990; Koopmans et al., 2005), tienen menor respuesta a los tratamientos médicos (Frasure-Smith et al., 1993; Huyse et al., 1997) y una calidad de vida reducida, independientemente de la severidad de la enfermedad física (Kathol et al., 2006). Sin embargo, los índices de derivación a interconsulta psicopatológica son significativamente inferiores a lo esperable (Bourgeois et al., 2005; Christodoulou et al., 2008; De Jonge et al., 2001; Huyse et al., 2000). En un estudio multicéntrico que involucró a 56 hospitales generales de 11 países europeos, en el que se evaluó a 10.560 pacientes internados por causas no psiquiátricas durante un año, se encontró que solo para el 1,4% de los pacientes se había solicitado IC con Salud Mental (Huyse et al., 2001). Otras investigaciones que comparan las variaciones en los porcentajes de derivación a IC encuentran que este índice se mantiene

estable (Christodoulou et al., 2008; Diefenbacher & Strain, 2002). Las diferencias que presentan los dispositivos de IC, que adoptan modalidades diversas dependiendo del servicio en el que se encuentren, las orientaciones teóricas de los servicios de Salud Mental y las concepciones sobre la práctica de los profesionales que realizan las interconsultas, son factores determinantes en el tipo de práctica que se efectúa y la población que se recibe (Huyse et al., 2000, 2001, 1996).

La visión que prevalece en la literatura es que el patrón de servicios de IC es irregular (Huyse et al., 2000; Mayou, Huyse, & the ECLW, 1991) y que la conformación de los equipos de IC es producto más de esfuerzos individuales que de proyectos institucionales (Creed, 1991; Mayou, 2007). Esto trae aparejado que se trate de equipos conformados mayormente por profesionales con poca experiencia en IC y con alta rotación (Huyse et al., 2001). Asimismo, se resalta que hay una carencia de consensos que orienten la práctica por lo que ésta se basa en la formación teórica del profesional de turno (Malt, 2003). Esto ha llevado, en algunos casos, a establecer declaraciones de consenso sobre alcances de la práctica, procesos y competencias de profesionales especializados en IC psicopatológica (A. F. G. Leentjens et al., 2011). En nuestro país también prevalece la idea de que los equipos de IC no encuentran un lugar validado por parte de la comunidad hospitalaria, en la mayoría de los hospitales no se constituyen equipos de IC propiamente dichos y no se establecen tareas de enlace con otros servicios como práctica habitual (Fabrissin, 2011).

Por otro lado, la tarea de IC se realiza generalmente en situaciones agudas debido a las dificultades y la tardanza por parte de los equipos médicos para solicitar la intervención de un profesional del campo de la salud mental (Andreoli & de Mari, 2002; Huyse et al., 2001). Esta tendencia contrasta con el reconocimiento por parte de los médicos de la influencia de los factores psicosociales en las patologías clínicas de los pacientes internados (Gonzalez, Calderón, Olguín, Flores, & Ramirez, 2006). Con respecto a los modos de conceptualizar la

IC existen diferencias importantes que se reflejan en las prácticas y en los datos estadísticos de algunos estudios, que pueden ser reconducidas a la especificidad de los factores locales, por lo que se hace necesaria su exploración en diferentes países y culturas (Gala et al., 1999; Wilkins, 1992). Las configuraciones actuales de los equipos de interconsulta llevan la marca de los procesos históricos que recorren las relaciones entre la medicina y la psiquiatría, el psicoanálisis, la psicología y la salud mental.

4.2 Surgimiento de las prácticas de Interconsulta

La interconsulta como práctica puede ser historizada a partir de tres entrecruzamientos de discursos y prácticas: la inclusión de la psiquiatría en el hospital general, la relación entre el psicoanálisis y la psiquiatría -en términos más amplios, entre el psicoanálisis y la medicina- y la relación entre la medicina y la salud mental.

El hospital es un concepto moderno que data de fines de siglo XVIII, a partir de que se crea la conciencia de que puede ser un instrumento para curar enfermos (Foucault, 1974). Hasta ese momento, funcionaba fundamentalmente apuntando a la transformación espiritual de quienes se encontraban allí internados, pero en ausencia de la función médica. La medicalización del hospital surge como un intento de anular los efectos nocivos, negativos, que la institución producía sobre el enfermo (Foucault, 1974). El proceso provocó el ingreso de la medicina general pero no de la psiquiatría, que fue reconocida como especialidad médica a comienzos del siglo XIX pero recién un siglo después hizo su entrada en el hospital general (Leigh, 2008; Stagnaro, 2002). Durante el siglo XIX eran escasos los hospitales que contaban con servicios de psiquiatría (Schwab, 1989) y su establecimiento, eventual, apuntaba al tratamiento de situaciones puntuales, como intoxicaciones o estados confusionales (Lipsitt, 2003). Recién en la primer mitad del siglo XX se le dio un lugar de importancia, como

aquella disciplina capaz de conectar las ciencias médicas y las problemáticas sociales, hasta la posibilidad de ser un agente integrador de todo el conocimiento de la medicina (Lipsitt, 2001).

El desarrollo de la IC acompañó el ingreso de la psiquiatría al hospital general, en cuyo progreso se destaca la influencia de las conceptualizaciones del psicoanálisis y la emergencia de la medicina psicosomática. Dentro del movimiento psicoanalítico, los planteos de Felix Deutsch en torno a lo que denominó “el misterioso salto entre lo psíquico y lo somático” inauguraron la articulación entre medicina y psicoanálisis (Neuburger, 1998). Este interrogante fue tomado por la corriente psicosomática apuntando a explorar la influencia de los factores emocionales en el desarrollo de las enfermedades, las relaciones entre enfermedad somática y psíquica, y la idea de establecer patrones de personalidad para las enfermedades denominadas psicosomáticas (Lipsitt, 2001). De la mano de estos movimientos y de importantes inversiones económicas para la creación de servicios de psiquiatría en los hospitales generales, en los Estados Unidos la interconsulta psiquiátrica tuvo un rápido desarrollo, priorizando esta especialidad por encima de los demás miembros del equipo de Salud Mental (Schwab, 1989). En Alemania, la teoría que sustentó la interconsulta continuó basándose en la medicina psicosomática (Lipsitt, 2001; Mayou, 2007). En el Reino Unido, las Guerras Mundiales fueron determinantes para que el psiquiatra tuviera su lugar en el hospital general (Leigh, 2008). Una de las propuestas que mayor trascendencia tuvo en este campo, con una fuerte impronta psicoanalítica, fue la de Balint con los grupos de reflexión acerca del rol del médico en el proceso de curación, habilitando que médicos y pacientes sean escuchados de otro modo (Balint, 1979). Se buscaba que el médico pudiera hacer un diagnóstico globalizador, así como prestar atención a los aspectos contra-transferenciales, es decir a sus prejuicios, teorías, expectativas o sentimientos, que se ponían en juego en la relación médico-paciente, reformulando de este modo la concepción de asistencia sanitaria clásica (Balint, 1979).

En Francia, otra experiencia significativa marcó un hito en el campo de la IC, en el contexto del Mayo Francés de 1968. Se trató de una experiencia colectiva entre médicos pediatras y una psicoanalista, Ginette Raimbault, en la que los médicos no solo reflexionaron acerca de su práctica y los efectos de ésta sobre sí mismos, apuntando a maximizar sus posibilidades de escucha de los pacientes, sino que avanzaron sobre cuestionamientos acerca del sistema sanitario en el que estaban inmersos (Neuburger, 1998). Tres obras de epistemología médica constituyeron una influencia innegable en esta experiencia: “Lo normal y lo patológico” de Georges Canguilhem, “El nacimiento de la clínica” de Michel Foucault y “El orden médico” de Jean Clavreul, que desde distintas perspectivas teóricas interrogan los saberes instituidos en torno al discurso y la práctica de la medicina (Neuburger, 1998). En otros lugares del mundo la interconsulta tuvo otros derroteros, por ejemplo, en Italia el auge de la IC se consolidó recién a partir del año 1978, mientras que en Dinamarca provino principalmente de la psiquiatría social, por lo que tuvo un enfoque sensiblemente diferente (Fabrissin, 2011).

En nuestro país, la práctica de la IC comienza a instalarse a mediados de la década del '60 poco después de que psiquiatras con inquietudes reformistas respecto de las prácticas clásicas manicomiales impulsaran el armado de servicios de psiquiatría en los hospitales generales (Fabrissin, 2011). Poco antes, se creó el Instituto Nacional de Salud Mental, un proyecto para la concreción de modelos alternativos de atención, cuyos miembros se proponían repensar los problemas de la salud y la enfermedad mental, intentando ir más allá de una modernización de la psiquiatría, influidos por la formación psicoanalítica que muchos de ellos tenían (Diamant, 2010). De estas experiencias, se destaca aquella que fue llevada adelante entre 1956 y 1972 por el Dr. Goldemberg en el Policlínico Aráoz Alfaro (Lanús), por su valor de marca en la construcción de la memoria acerca del campo de la Salud Mental en Argentina (Visacovsky, 2002). Allí se implementó un sistema de atención abierto a la

comunidad, con dispositivos múltiples de asistencia, que incorporaban las psicoterapias inspiradas en el psicoanálisis, el desarrollo de las terapias grupales, la aplicación de los últimos descubrimientos psicofarmacológicos, la realización de fuertes programas de actualización profesional, la formación de postgrado en psiquiatría e investigación en diferentes áreas y el desarrollo pionero en América Latina de modelos alternativos como el Hospital de Día y la psiquiatría comunitaria (Visacovsky, 2002). En este contexto surgió también la necesidad del armado de un “frente interno” para atender la relación con el resto de los servicios clínicos o quirúrgicos del hospital, configurándose así un equipo de IC dedicado exclusivamente a esta tarea (Criscaut, 2000). La importancia de esta experiencia reside también en que se constituyó en uno de los primeros espacios de inserción laboral de los psicólogos (Diamant, 2010).

Las prácticas de la IC surgen de un contexto político y social que no fue ajeno a los movimientos en torno a la salud mental que tenían lugar en ese momento en el mundo y que en Argentina tomaron la forma de un replanteo en el interior del campo de la psiquiatría, en su interlocución con otros discursos del campo de la ciencia y la cultura. En la construcción de estas prácticas pueden ubicarse las teorizaciones acerca de las experiencias que pusieron en relación medicina y psicoanálisis; marcas que fueron produciendo entramados simbólicos y representacionales en los que se inscriben dichas prácticas. Se destacan algunos de los textos que circularon desde aquella época y que revelan elementos clave que formaron parte de esa construcción:

- “Psicología y Cáncer”, editado en 1965, reúne cinco conferencias que abordan el peso de los factores psicológicos en la génesis de la enfermedad, el enfoque integracionista de todas las áreas de la conducta humana, las emociones que pueden generarse en la relación del médico con su paciente, pero fundamentalmente una interrogación acerca de la praxis del

psicoanalista en el encuentro con la enfermedad y la muerte, en las que debe despojarse de la teoría para afrontar el desafío (Schavelzon, Luchina, Bleger, Bleger, & Langer, 1965).

- “La Psiquiatría en el Hospital General” (Goldemberg et al., 1966), en donde se describe la organización formal y asistencial de la experiencia del Alfaro y se data la aparición de la IC en 1962 a partir del aumento de los pedidos de intervención de salud mental por parte de los médicos.

- En “Integración de la Asistencia Psiquiátrica en los Servicios de un Hospital General: La función Consulta”, presentada en la X Conferencia de Salud Mental de la FAP (Federación Argentina de Psiquiatras), se avanza sobre las conceptualizaciones acerca de la IC, por primera vez explícitamente con fundamentos psicoanalíticos (Barembliet et al., 1966). Aquí se diferencia lo psicológico como agregado al cuadro de un paciente internado por otros motivos y se recorta un contexto para la interconsulta: el impacto emocional que significa la situación de enfermedad. Asimismo se establecen coordenadas de los pedidos de interconsulta, es decir cómo se conciben los niveles desde los que puede provenir, que pueden ser las ansiedades del enfermo, la relación con su enfermedad, la familia frente al paciente, el personal y /o la institución frente al caso.

- En 1971 aparece “La Interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario”, primer libro dedicado enteramente a esta práctica, reflejando lo que fue la experiencia de los autores en el Hospital Ferroviario de Buenos Aires, emparentado con la experiencia casi simultánea del servicio del Lanús a cargo del Dr. Goldemberg. Se apunta a destacar la figura del médico para leer lo que en él se vuelve un obstáculo, por lo que la relación médico-paciente deviene el objeto de la intervención en la interconsulta (Ferrari et al., 1980). Aquí surge la propuesta de denominar *Interconsulta* a la práctica dado que se considera que pone en contacto más que a dos especialidades, a dos disciplinas que manejan esquemas referenciales distintos (Ferrari et al., 1980). Se visibilizan influencias del psicoanálisis

kleiniano en las conceptualizaciones sobre ansiedades; conceptos de raigambre netamente freudiana como la identificación; influencias de Bleger y Pichón-Riviére con su dialéctica bio-psico-social y fundamentalmente el análisis de situación (Neuburger, 1999).

- “Aspectos contra transferenciales de la interconsulta psiquiátrica” es un escrito que aborda la IC desde la perspectiva del interconsultor, apuntando a aquello que puede obstaculizar su desempeño. Ubica las identificaciones y resistencias, la estereotipia y el aislamiento como modos posibles de aparición de estos obstáculos, señalando que en ocasiones pueden estar detrás de las disoluciones de los equipos de interconsulta (Boschan, 1981).

- Siguiendo las conceptualizaciones del acerca del espacio transicional de Donald Winnicott, Mauricio Chevnik (1991) propone pensar la IC como *zona de frontera*, construcción de un campo de mediación o articulación entre el paciente y el ambiente en el que transcurre la internación. Plantea que el rol del interconsultor debe favorecer el armado de un sostén, tejido conectivo o frontera que al mismo tiempo separe y una, permitiendo el intercambio. El objetivo sería facilitar la simbolización de elementos que entorpecen la cura.

- Una sistematización posible de la práctica de la interconsulta en el ámbito local aparece en los trabajos de Juan J. Criscaut, que comenzó su práctica en la experiencia del policlínico Aráoz Alfaro. Propone un recorrido para el interconsultor que denomina *secuencia consultiva*, que parte de la interrogación acerca de cómo se gestó el llamado por parte del médico, luego aborda al paciente, luego a los paramédicos y a la familia. La secuencia continúa con el registro en la historia clínica y se cierra con el trabajo de lo acontecido en el equipo de IC (Criscaut, 2000). Parte de una fractura en la estructura del acto médico, que genera angustia bajo diversas modalidades, constituyendo el objetivo de la IC su resolución. Define la IC como un acto en que un psicopatólogo lleva su saber y su presencia al campo médico, por lo que la IC no es un acto médico, ni hace falta que el interconsultor lo sea

(Criscaut, 2000). Introduce especificidades de la transferencia entre paciente y médico, entre paciente e interconsultor y finalmente, entre médico e interconsultor a la que denomina *transferencia de trabajo* para situar aquello que se trabaja con el médico. Señala que a veces ese trabajo se desarrolla a través de actividades que exceden el marco interno de la relación entre el médico y el paciente y requiere intervenciones en la institución médica o hasta fuera de ella (Criscaut, 2000)

- La entrada y expansión de la escuela francesa de psicoanálisis trae consigo modos de interrogar la práctica que se reflejan en varios artículos que se publican desde 1980 en adelante, resaltando la estructura de la *demanda* para leer los pedidos médicos, la función de la palabra y la escucha en el proceso de la interconsulta, el malentendido procedente del discurso médico y la posibilidad de trabajo a través del mismo y de sus síntomas (Neuburger, 1999). Si bien existe una diversidad de artículos y publicaciones, hay pocos libros dedicados enteramente al tema. Se destaca uno titulado “La interconsulta. Una práctica del malestar” que recolecta la experiencia de su autora, Silvina Gamsie (2009), haciendo interconsulta en un hospital general de Niños de la Ciudad de Buenos Aires. Allí se ubica como objetivo de la IC restituir al médico en su función, es decir intervenir de modo que quede habilitado para tomar las decisiones adecuadas que requiere su paciente, así como restituir al analista en su función, lo que implica sobreponerse al rechazo que generan las escenas de los padecimientos orgánicos (Gamsie, 2009). El primer eje supone implicar al médico en su pedido, intentar que reflexione sobre lo que ocurre; el segundo eje queda ubicado en términos de que el psicoanalista esté advertido de sus resistencias (Gamsie, 2009). La autora diferencia consulta e interconsulta, es decir cuando el médico mediatiza un pedido de los pacientes se trata de una consulta, reservando el término interconsulta para designar las situaciones en las que aparecen los impasses del accionar médico (Gamsie, 2009).

El punteo de las líneas de pensamiento que aparecen en los textos paradigmáticos de este campo de saber, permite ubicar algunos de los ejes principales que se juegan en la configuración de las prácticas. Versiones de la interconsulta que se entrecruzan, circulan, se oponen o se unifican en las actualizaciones que hacen los sujetos que forman parte de los dispositivos de interconsulta en hospitales generales.

4.3 Concepciones sobre la Interconsulta

Las conceptualizaciones acerca de la IC son variadas y heterogéneas, respondiendo a ideas diversas acerca de la salud, la salud mental, la medicina y la subjetividad.

Una primera línea en la que es posible agrupar desarrollos sobre el tema apunta a la IC en términos de intervenciones psicológicas o psicosociales, generalmente en el marco de la interconsulta psiquiátrica (Huyse et al., 1999; Andreoli & de Mari, 2002; Costa-Requena, Rodriguez Urrutia, Calvo, & Parramón, 2015). Se parte de la idea de que las intervenciones psicológicas en los lugares de atención médica general significan “una mejoría de la enfermedad psiquiátrica y una mejor adaptación psicosocial a la enfermedad” (Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental, 2016, p. 3). La preocupación principal que guía estos desarrollos es la alta comorbilidad entre enfermedades orgánicas y problemas psicosociales. Se apunta a sistematizar la práctica, utilizando cuestionarios que ayuden a los médicos a identificar pacientes complejos (De Jonge et al., 2001), sistematizar los aportes de la psicología en el abordaje de pacientes internados e intentar mejorar la efectividad (De Giorgio et al., 2015). La IC se multiplica en subespecialidades organizadas en torno a enfermedades específicas, como el cáncer o las enfermedades cardiológicas, respecto de las cuales se busca establecer protocolos de intervención aplicables a la mayoría de los pacientes que atraviesan esa situación (Kullgren et al., 2015; Piazza-Waggoner, Roddenberry, Yeomans-Maldonado, Noll, & Ernst, 2013; Söllner, Maislinger, König, & DeVries, 2004).

Este modo de enfocar la IC puede ser entendido en términos de “psicología médica”, definida como la disciplina que estudia los factores psicológicos que intervienen en las distintas manifestaciones de la práctica médica, es decir la psicología aplicada a los problemas planteados por la medicina (Carrillo Esper & Gómez Hernández, 2011). Los presupuestos de la psicología médica se basan en los trabajos de los psicofisiólogos sobre las emociones y su repercusión somática, además de los estudios respecto al estrés (Carrillo Esper & Gómez Hernández, 2011). La perspectiva que queda delineada es la del individuo afectado por diversos factores, ya sea propios de su enfermedad, de sus condiciones psicológicas, de sus modos de afrontamiento, etc.

No se desarrollan conceptos ni teorizaciones específicos para interconsulta, sino que se espera una capacitación de los profesionales de la salud en áreas que se consideran prevalentes en pacientes con enfermedades médicas, como ser la ansiedad, la depresión, los trastornos adaptativos o somatomorfos siguiendo la clasificación del manual estadístico DSMV, o el desarrollo de habilidades técnicas como el manejo de grupos o las entrevistas familiares (Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental, 2016). Se desdibuja el contexto específico en el que la interconsulta tiene lugar, sobre todo en su aspecto institucional, ya que la especialización apunta al tipo de patología psiquiátrica o psicológica a tratar y su relación con determinadas enfermedades. El hospital general como contexto particular de la práctica es retomado en lo que se denomina *actividades de enlace*, que se conciben como herramientas de fomento del intercambio con los otros actores del ámbito hospitalario (A. Leentjens et al., 2009; Schubert, Billowitz, Gabinet, & Friedson, 1989). Aquí se incluyen las actividades de docencia, investigación y de extensión con el personal del hospital, pacientes y familiares, para fomentar las derivaciones, generar mayor adhesión a las indicaciones y mayor efectividad en la intervención (A. Leentjens et al., 2009; Schubert et al., 1989). Se separa así la intervención en interconsulta en dos vertientes, aquella centrada en el

paciente y aquella centrada tanto en el paciente como en el médico (Fabrissin, 2011; Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental, 2016). Sin embargo, en contraste con la primera, la vertiente de enlace queda reducida a indicaciones generales, aun cuando en la mayoría de los trabajos se subraya la poca disposición de los médicos a solicitar interconsulta con salud mental (Bourgeois et al., 2005; Christodoulou et al., 2008; Costa-Requena et al., 2015; De Jonge et al., 2001; Huyse et al., 2000; Sala, 2002; Tamborini, Poli, & Agrimi, 2012).

Una segunda línea de trabajos se puede ubicar en un intento por integrar variables biológicas, psicológicas y sociales, partiendo de una lectura crítica hacia el empirismo metodológico guiado por nosografías psiquiátricas que descontextualizan los padecimientos (Huyse, 2009). Se trata de un revisión al interior de la práctica psiquiátrica misma, que aboga por paradigmas de investigación integrativos en interconsulta, en oposición al los empirismos actuales detrás de los cuales descubre intereses y connivencias con la industria farmacéutica, considerando que estos rigen las prácticas clínicas (Huyse, 2009). En esa revisión, en pos de mejorar el conocimiento y aptitudes dirigidas a pacientes complejos, que constituyen la población a la que apunta la IC, se incluyen las prácticas de otros integrantes del equipo de salud como los psicólogos (Rothenhäusler et al., 2013). Esta perspectiva, que intenta constituir una visión holística del paciente proveniente de la medicina psicosomática, es tomada para formular la labor de los psicólogos en la IC en tres áreas de intervención: con el paciente, con el médico y con la familia (Andreoli & de Mari, 2002; Varela, 2002). Se intenta suplir aquello que el médico no puede hacer, como comunicar diagnósticos difíciles a su paciente o a sus familiares, o hacer frente a los aspectos emocionales de las dolencias, privilegiando intervenciones empáticas e integrales (Carrillo Esper & Gómez Hernández, 2011). La finalidad de las unidades de interconsulta y enlace en estos trabajos puede sintetizarse bajo la idea de actuar de puente entre la psiquiatría y la medicina con la intención de ofrecer un modelo biopsicosocial de atención sanitaria (Martínez Sande, 2002, p. 69).

En estos trabajos, se señala también la poca o tardía derivación a interconsulta con salud mental, ante lo cual se opta por fomentar las tareas de enlace con los médicos y enfermeros antes que poner el acento en protocolizar la evaluación del paciente en su ingreso con instrumentos de screening estandarizados (Martínez Sande, 2002). Los programas planteados se organizan en general por patologías y ejerciendo una labor docente respecto de médicos y enfermeros a cargo de dichos pacientes (Martínez Sande, 2002). Uno de los marcos conceptuales en que se sostienen estos enfoques es la psicología de la salud, que implica el desarrollo de técnicas de intervención ligadas a patologías concretas pero sin perder de vista las relaciones de colaboración, de contención y elaboración de emociones (G. Rodríguez & Rojas, 1998). Se parte de algunas ideas acerca de las dificultades de los médicos, debido al stress y las presiones propias del trabajo, para conectarse con el sufrimiento, reflexionar sobre su práctica o contener a la familia (Carrillo Esper & Gómez Hernández, 2011). Se trabaja con teorías e intervenciones en crisis y duelos (Carrillo Esper & Gómez Hernández, 2011; Martínez Sande, 2002).

Un tercer agrupamiento de en las conceptualizaciones en IC marca su diferencia con el primero, despegándose de la epidemiología y las investigaciones cuantitativas, pero básicamente separándose de la idea de la IC como subespecialidad de la medicina. También se diferencia del segundo agrupamiento al sacar al interconsultor del lugar de suplencia del acto médico, que deviene así objeto de análisis (Balint, 1979; Ferrari et al., 1980; Gamsie, 2009). Se desarrolla en torno a la inclusión, desde distintos ángulos, de la cuestión de la subjetividad, ya sea del paciente, del médico o del interconsultor (Balint, 1979; Chevnik, 1991; Criscaut, 2000; Ferrari et al., 1980; Gamsie, 2009). Las relaciones entre estos elementos son múltiples, con acentos variados sobre unos u otros. Se trata de trabajos que analizan los contextos discursivos en los que se inscriben las prácticas de la interconsulta e intentan producir cruces de saberes, sobre todo provenientes del psicoanálisis, la filosofía, la

antropología y la psicología social en sus relaciones con la medicina. Se caracterizan por la inclusión de conceptos teóricos que intentan cernir algunos de los fenómenos propios del campo (Balint, 1979; Chevnik, 1991; Criscaut, 2000; Ferrari et al., 1980; Gamsie, 2009). En este abanico abierto y no unificado se encuentran conceptos teóricos acerca de la interconsulta, yendo más allá de las descripciones y la recolección de estadísticas sobre motivos de derivación, cantidad de pacientes o clasificación por diagnósticos psiquiátricos, intentando generar ideas explicativas. A pesar de la dispersión y posibles superposiciones, pueden ubicarse algunos ejes con los que se piensa la interconsulta:

- Se considera necesario el abordaje de elementos subjetivos de los pacientes y sus familiares puestos en juego en el marco de la internación.
- Las dificultades o impasses en el accionar médico deben ser objeto de intervención.
- Uno de los ejes es la relación médico-paciente.
- Se incluye la consideración de los atravesamientos institucionales.

Se parte de la diferencia entre lo manifiesto y lo latente, entre enunciado y enunciación, entre las articulaciones de la demanda y lo que ella vehiculiza (Gamsie, 2009). Implica que el interconsultor deba hacer una lectura, que no es psicopatológica aunque el saber sobre la psicopatología funcione como referencial, al igual que muchos otros saberes con los que se cuenta como herramientas que posibilitan la interpretación. La mayor dificultad que encuentran estos trabajos es su traducción en términos de investigación y su consecuente circulación en ámbitos académicos o científicos, tal vez compartiendo la problemática de las conceptualizaciones sobre subjetividad en el ámbito de la psicología (F. González Rey, 2008).

A modo de sistematización de los saberes producidos en torno a la práctica de la IC en nuestro país,, se pueden circunscribir tres modalidades bajo las cuales se trabaja:

- La *consulta*, que implica responder al pedido explícito del médico cuando no media un malestar latente del personal de salud. Se vehiculiza el pedido del paciente, como ocurriría respecto del llamado a otros profesionales, para que intervengan respecto de un malestar o problemática que el médico ha detectado (Aztibia et al., 2015; Fabrissin, 2011; Gamsie, 2009).

- La *interconsulta*, que remite al llamado a un profesional del campo de la salud mental cuando lo subjetivo, ya sea del personal de salud o del paciente, dificulta el acto médico (Gamsie, 2009; Tenconi, 2003). Implica convocar a los diferentes actores que intervienen en la situación, es decir a médicos, enfermeros, familia, pacientes o personal auxiliar, para destrabar el acto médico, habilitar una comunicación que se encuentra obstaculizada o allanar dificultades institucionales. Se parte de la idea de que la interconsulta es convocada a partir de una fractura en la relación médico-paciente, a partir de lo cual el interconsultor debe leer qué es lo que la situación requiere, discriminando si se trata de una consulta o una interconsulta (Fabrissin, 2011; Gamsie, 2009).

- Las *actividades de enlace* ubican una función activa del profesional de salud mental en la búsqueda de las situaciones que ameriten su participación, contando con una lectura institucional y de prevención y promoción de la salud (Fabrissin, 2011).

4.4 La Interconsulta en el contexto contemporáneo

Por tratarse de una práctica que se inscribe en el ámbito médico, la lógica que rige en él determina y enmarca a la interconsulta. En este sentido, es importante destacar algunos aspectos que caracterizan el desarrollo de la medicina en la actualidad, relacionados con los sistemas sociales y políticos de los contextos en los que tiene lugar. Como articuladores para pensar este desarrollo se recortan la relación al discurso de la ciencia, de los otros saberes o

producciones sociales y la incidencia del sistema capitalista como matriz política, económica y social.

La enfermedad y su atención constituyen hechos estructurales en toda sociedad dado que expresan fenómenos de tipo epidemiológico y clínico, pero fundamentalmente revelan las condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir (Menéndez, 2003). En occidente, a partir de la modernidad, se observa un proceso paulatino que se aceleró fundamentalmente a partir del siglo XIX, que consistió en la secundarización de las dimensiones política, histórica y social de las problemáticas de salud-enfermedad en favor de una mirada apoyada en las determinaciones biológicas (Menéndez, 2003, 2005). Este proceso se realizó en gran medida a través de las modalidades que fue adoptando el saber médico, que adquirió características propias de un modelo biomédico y monopolizó las representaciones sociales de los procesos de salud-enfermedad-atención, desplazando otros saberes que pueden operar simultáneamente respecto de los padecimientos (Menéndez, 2003). Este modelo, que ejerce su hegemonía en discursos y prácticas, presenta como rasgos distintivos el individualismo, la a-historicidad, la a-sociabilidad, el mercantilismo y la eficacia pragmática, articulados por el biologismo que posibilita la exclusión de las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades (Menéndez, 2005).

Foucault (2006) define la biopolítica como el conjunto de los mecanismos por medio de los cuales aquello que constituye los rasgos biológicos fundamentales de la especie humana deviene parte de una estrategia política y de poder. Por su parte Agamben (2010) amplía el concepto de dispositivo foucaultiano incorporando a su definición cualquier elemento capaz de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, conductas, opiniones y discursos de los seres vivos. Desde una perspectiva biopolítica se plantea que este proceso de implantación del modelo biomédico, basado en la

medicina científica de base positivista, responde a necesidades políticas que acompañaron el nacimiento de los estados modernos (Foucault, 2008). La captura de los cuerpos en las lógicas propias de sus modos de producción, así como la medicalización de los malestares generales de la vida, fue posible a través de diversos dispositivos que consolidaron una hegemonía en lo discursivo y en las prácticas del modelo biomédico (Foucault, 2008). Así, aquello que se significa como enfermedad, sea un padecer o un comportamiento, obtiene una respuesta articulada al desarrollo de la industria farmacológica, en un proceso de medicamentación en constante expansión (Stolkiner, 2017). Esta tendencia se suele asociar al fenómeno denominado *disease mongering* o creación de enfermedades, que hace referencia a la producción de categorías nosográficas nuevas aplicadas a fenómenos anteriormente pensados como parte de problemáticas vitales o culturales (Stolkiner, 2017).

En la actualidad, el motor fundamental del proceso de medicalización es el mercado, que adquirió un nuevo impulso a partir del reordenamiento mundial en el marco de la globalización y predominio de los capitales financieros (Stolkiner, 2017). En este transcurso se profundizó la denominada mercantilización de la salud, a través de la cual las prácticas, tecnologías y saberes médico-científicos se transforman en objetos de consumo (Laurell, 2010). El desarrollo del complejo médico-industrial en la segunda mitad del siglo XX, sumado a su faz financiera, los seguros de salud, generó un gran mercado global en el que sobrevinieron las pujas de intereses entre ambos, impactando en las prácticas médicas y en las vidas cotidianas (Stolkiner, 2017). La tendencia a protocolizar las prácticas médicas y los diagnósticos para adecuarlos a los requerimientos de las empresas de salud, la atención gerenciada y la medicina basada en la evidencia, se acompañaron de la tendencia a ampliar el alcance de supuestos cuadros patológicos (Stolkiner, 2017). Asimismo, el mercado se amplió generando mayor demanda de tecnologías y fármacos que prometen salud y felicidad, radicalizando el proceso medicalizador y sentando las bases de una era en la que la salud se

constituye en un imperativo moral y en una utopía médico-hospitalaria de salud total (Stolkiner, 2017).

En este contexto, la formación de profesionales médicos se hace casi exclusivamente en base a contenidos biológicos, bioquímicos y genéticos en los que se basan las principales explicaciones y, sobre todo, los instrumentos de diagnóstico y curación (Menéndez, 2003). Los factores psicológicos, la relación médico-paciente, los aspectos socioculturales o emocionales en juego, no forman parte de la formación técnica específica, quedando en la esfera de los intereses y habilidades personales (Menéndez, 2003). A pesar de las críticas crecientes en torno a las consecuencias que trae no tener en cuenta estos aspectos, sobre todo la inclusión de la palabra del paciente y del médico mismo en la intervención, las propuestas de mejora permanecen en el ámbito de la reflexión teórica o de experiencias universitarias que no se trasladan a los servicios de salud (Menéndez, 2003). Por el contrario, se observa una tendencia a reforzar la orientación de la biomedicina más allá de los discursos y reflexiones de los científicos sociales y de las propias autoridades sanitarias, reduciendo cada vez más el tiempo de las consultas, generando la exigencia de atender la mayor cantidad de pacientes posible y sustituyendo la palabra del paciente por técnicas diagnósticas que prescinden de ella (Menéndez, 2003).

Lo psíquico, lo social, lo económico, o político, los modos de relación entre todas estas dimensiones, desde el paradigma positivista no son consideradas como parte del todo, parte interactuante y estructurante del cuerpo y sus vicisitudes. A su vez, la formación y práctica de saberes compartimentados en disciplinas aisladas produce el debilitamiento de la percepción de lo global, junto con la aptitud para contextualizar e integrar (Morin, 1999). Desde el paradigma de la complejidad las diversas dimensiones pueden ser tenidas en cuenta desde una lógica conjuntiva y no disyuntiva, pensando las interacciones, retroacciones e interdependencias que configuran el complejo entramado de la enfermedad. Morin (1999)

plantea que los grandes problemas humanos desaparecen en la perspectiva de la simplificación, en beneficio de los problemas técnicos y particulares, suprimiendo lo humano de lo humano. La práctica interdisciplinaria se presenta en este sentido, como un potente modo de cuestionar esta distribución de saberes sostenida en el reduccionismo biomédico (Almeida-Filho, 2006; Morin, 1999).

Capítulo 5

Las Psicologías

5.1 Las Psicologías: su pluralidad constitutiva

Parte de los discursos que conforman el complejo entramado de la Salud Mental provienen del campo de la psicología. En tanto disciplina, la psicología presenta fronteras difusas tanto por la diversidad de sus tradiciones teóricas como por la amplitud de sus vertientes aplicadas a espacios sociales muy disímiles como la salud, la educación, el trabajo, el ámbito jurídico-forense, la publicidad y los grupos e instituciones. Desde algunos ámbitos académicos se la considera una disciplina problemática, caracterizada por la falta de unidad y por cierta inconsistencia científica que se señala ha acompañado el proceso de implantación y desarrollo de las disciplinas psicológicas a lo largo del siglo pasado (Woodward & Ash, 1982). La pregunta por la unidad de la psicología nace con la psicología misma, junto con la autopercepción de un estado de crisis que ha sido planteado y juzgado diversamente dentro del mismo campo (Caparrós, 1991). Esta idea de crisis no aparece al estilo de las revoluciones científicas que plantea Kuhn (1971), ya que eso supondría admitir un momento de “ciencia normal” o unidad bajo un paradigma unificador y aceptado (Vezzetti, 1998). Las crisis en el campo de la psicología acompañan los distintos modos en los cuales se interpreta la pluralidad, correspondiendo a momentos de replanteo y aceptación diversos acerca de la heterogeneidad originaria y propia de la disciplina (Vezzetti, 1998). Es decir que esta característica central, expresada en el uso del plural de “las psicologías”, apunta a un factor constitutivo que puede caracterizarse como diversidad o dispersión, o sea como favorable al desarrollo, o bien como factor de inconsistencia y falta de cohesión (Vezzetti, 1998). Se trata de un rasgo que tiene que ver con la heterogeneidad de tradiciones teóricas, de objetos, métodos, técnicas y usos de la psicología (Vezzetti, 1998).

A los fines de iluminar esa pluralidad de psicologías, que se sitúan en espacios linderos con la filosofía, las ciencias biológicas y las sociales, es preciso situar su proceso de formación en una trama disciplinar compleja y móvil (Vezzetti, 2007). Canguilhem (1958), en

un texto en el que se interroga acerca de qué es la psicología, destaca el impacto fundante de las revoluciones filosófica, científica, política y económica de la modernidad y sus consecuencias, en los primeros proyectos teóricos de la psicología. Allí nacían, no sólo en el pensamiento sino en las nuevas instituciones, una variedad de figuras del sujeto y del comportamiento que, al mismo tiempo que fundaban la posibilidad de un saber sobre la subjetividad, hacían imposible una ciencia unificada del hombre (Vezzetti, 2007).

Esta revolución ha sido caracterizada y explicada de distintos modos, desde la sustitución del mundo geocéntrico e incluso antropocéntrico de la astronomía griega y medieval por el heliocéntrico y luego por el universo sin centro de la astronomía moderna; la supuesta conversión del espíritu humano de la *teoría* a la *praxis*, de la ciencia contemplativa a la ciencia activa y operativa que habilitó al hombre el dominio de la naturaleza; el relevo del modelo teleológico y organicista del pensamiento y la explicación, por el modelo mecánico y causal que conduciría en último término a la “mecanización de la visión del mundo”, tan preeminente en la época moderna, especialmente en el siglo XVIII (Koyré, 1999).

Estos elementos han participado de los cambios que se produjeron a la luz de la revolución del siglo XVII, sin embargo es posible definir ciertos patrones estructurales de la vieja y la nueva visión del mundo: la destrucción del cosmos y la geometrización del espacio (Koyré, 1999). La primera refiere a la sustitución de la concepción del mundo como un todo finito y ordenado en la que la estructura espacial cobraba jerarquía de perfección, por la de un universo indefinido o infinito que no estaba unido por subordinación natural, sino que se unificaba tan solo mediante la identidad de sus leyes y componentes últimos y básicos (Koyré, 1999). La segunda acción es la sustitución de la concepción aristotélica del espacio como conjunto diferenciado de lugares intramundanos, por la geometría euclídea, es decir una extensión esencialmente infinita y homogénea que a partir de entonces pasa a considerarse idéntica al espacio real del mundo (Koyré, 1999).

Aunque esto no ocurrió repentina ni inmediatamente, el proceso implicó la desaparición de las concepciones del mundo como un todo cerrado y unificado en el que la jerarquía axiológica determinaba la jerarquía y la estructura del ser, elevándose desde la tierra imperfecta hasta la perfección de los astros y las esferas celestes, es decir la destrucción del lugar del hombre en el mundo y del mundo mismo en el que habitaba tal como era pensado hasta entonces (Koyré, 1999). El pensamiento occidental no solo se vio obligado a sustituir conceptos y atributos fundamentales sino, más radicalmente, su propio marco de pensamiento. Asimismo implicó que el discurso de la ciencia desestime toda consideración basada en conceptos axiológicos, como la perfección, la finalidad o el sentido, para terminar en una expresa desvalorización del ser y el divorcio del mundo del valor del mundo de los hechos (Koyré, 1999). Es en ese quiebre, que las psicologías y los humanismos vieron la luz.

Los sistemas filosóficos de la antigüedad tomaban al “alma”, la “psyche”, como ser natural, forma del cuerpo viviente y por lo tanto, objeto de abordaje de la metafísica, la lógica y la física (Ferrater Mora, 1964). El tratado *Acerca del Alma* aristotélico es en realidad un tratado de biología general, es decir uno de los escritos que forman parte de la física (Canguilhem, 1958). Hasta comienzos del siglo XVIII los cursos de filosofía incluían los estudios relativos a la psyche dentro de la física, ya que un estudio de los órganos del conocimiento, de los sentidos externos o sensoriales y los internos, relativos a las fantasías, el sentido común o la memoria, equivalían al abordaje de los órganos de la respiración o la digestión (Canguilhem, 1958). Recién a partir de la declinación de la física aristotélica y la aparición de los desarrollos de los físicos mecanicistas nace la concepción de un nuevo sujeto, el sujeto de la ciencia y con él una nueva disciplina, la psicología. Este nuevo campo se conforma como un intento de dar cuenta de esa subjetividad, que no coincide con la razón pensante, la razón matemática, instrumento de la verdad y medida de la realidad del mundo (Canguilhem, 1958). La ciencia moderna engendra así su propia contradicción, un sujeto que

adviene como obstáculo a ese conocimiento preciso y calculable, en tanto el sujeto de la experiencia puede engañar o engañarse (Canguilhem, 1958). A ese nuevo sujeto inaugurado con la modernidad apunta la psicología, ya no como para-física sino como ciencia de la subjetividad. Foucault (1994) sostiene que la psicología en su punto de origen es un análisis de lo que no anda, de los fallos, de lo anormal y de lo patológico, una reflexión sobre las contradicciones del hombre consigo mismo. Si ha devenido en psicología de los procesos normales, lo adaptativo, lo ordenado, es solo de manera secundaria, como un esfuerzo para domeñar esas contradicciones (Foucault, 1994).

5.2 Del abandono de las ciencias de la naturaleza al estudio objetivo del sentido

Uno de los efectos que se recortan de las propias condiciones de producción del campo de las psicologías a fines de siglo XIX es su estrecho vínculo con las ciencias de la naturaleza, de las que toman prestado su estilo de objetividad y sus esquemas de análisis a partir de sus métodos (Foucault, 1994). La preocupación por reencontrar en el hombre la prolongación de las leyes que rigen los fenómenos de la naturaleza, la determinación de vínculos cuantitativos, la elaboración de leyes que operen a la manera de las funciones matemáticas, la puesta en marcha de hipótesis explicativas, son los modos por los cuales la psicología intentaba aplicar una metodología que los lógicos creyeron descubrir en la génesis y el desarrollo de las ciencias naturales, apoyándose en dos postulados filosóficos: que la verdad del hombre se agotaba en su ser natural y que el camino de todo conocimiento científico debía pasar por la determinación de vínculos cuantitativos, la construcción de hipótesis y la verificación experimental (Foucault, 1994). Foucault (1994) sostiene que ese mismo compromiso con las premisas naturalistas y positivistas abre el espectro de las contradicciones sobre las que se funda, ya que la propia práctica del hombre interroga dichas premisas.

Estos postulados surgen de las múltiples fundaciones conceptuales del campo, entre las que es posible destacar a Kant, cuya filosofía impacta fuertemente en toda la tradición alemana; Fechner y la Naturphilosophie, es decir el marco filosófico y científico que abre el camino a la psicofísica y su propósito de medir energías mentales en términos de magnitudes físicas y, por último, Darwin y el impacto de la nueva biología en los modos de concebir el estudio de las funciones mentales y el comportamiento (Vezzetti, 1998). A partir de estos orígenes, la generación siguiente tendió a acentuar el lugar de la psicología como una disciplina básica no autónoma, dependiente de la filosofía, que constituiría un cuerpo de saberes empíricos fundamental para la ética y la epistemología (Vezzetti, 1998).

Las experiencias y producciones de nuevos conceptos apuntaban a buscar en la estructura del cuerpo humano la razón de los residuos irreales de la experiencia humana. para explicarle a la física por qué el espíritu engaña a la razón respecto de la realidad (Canguilhem, 1958). Desde la Psicofísica de Fechner (Fechner, 1912) hasta la Psicología Experimental de Wundt (Wundt, 1886), se intentaba hacer aparecer en las leyes de los hechos de conciencia un determinismo analítico análogo al que da validez universal a las ciencias exactas. Estas vertientes son subsidiarias de las teorías filosóficas del siglo II, aquellas que situaban al alma en el campo de la ciencias naturales, con la diferencia de que con la modernidad la psicología científica intentaba seguir el modelo de la nueva física a través de la determinación de constantes cuantitativas de la sensación (Canguilhem, 1958).

La gran revolución en el campo la aporta Freud a comienzos del siglo XX al reintroducir en el seno de la nueva disciplina todo un campo objetivable, hasta el momento excluido, que es el sentido. El descubrimiento del sentido se produjo a finales del siglo XIX, a partir del desplazamiento de las hipótesis demasiado generales por las cuales se explicaba al hombre como un sector determinado del mundo natural, para apuntar a un examen más riguroso de la realidad humana, más fiel a sus características mismas, a lo propiamente

humano que escapa a las determinaciones de la naturaleza (Foucault, 1994). Dentro de este marco que intenta tomar al hombre, no en el nivel que lo equipara a todo ser viviente, sino en su propio nivel, es decir en las conductas en las que se expresa, en la conciencia en la que se reconoce y en la historia personal en la cual se constituyó, se inscriben los desarrollos de Janet, Dilthey, Jaspers y Freud (Foucault, 1994).

Janet supera el cuadro naturalista a partir de considerar como objeto de la psicología la conducta del individuo humano, no como acto reflejo sino como una acción sometida a una regulación interna ligada a los sentimientos o externa asociada a la conducta del otro, lo cual la ubica en la dimensión de un dialogo eventual (Foucault, 1994). Dilthey también pone el acento en las significaciones de la conducta humana a partir del análisis histórico que le enseña al hombre a pensarse a partir de sus propias producciones de sentido, efecto de su actividad espiritual (Foucault, 1994). El espíritu se explica a partir de sus propios parámetros, por lo tanto es necesario comprenderlo desde el interior de su actividad. La cuestión de la comprensión, opuesta a la explicación, fue retomada por la fenomenología pero dándole un carácter distinto a aquella que se fundaba en una metafísica del espíritu (Foucault, 1994).

A pesar de que estas corrientes de pensamiento intentaron dar cuenta de la relevancia del sentido y la significación, fue a partir del Psicoanálisis que el sentido adquirió un lugar privilegiado y revolucionario en el estudio de la subjetividad (Foucault, 1994; Lacan, 1954). El trastocamiento de la psicología se produjo en el interior mismo del sistema conceptual freudiano que transformó el análisis causal en génesis de significaciones, la evolución devino historia y la exigencia de analizar el medio cultural sustituyó al recurso a la naturaleza (Foucault, 1994). Freud dio su orientación a la psicología moderna empujando hasta sus límites el análisis del sentido, fundamentalmente porque le confirió un estatuto objetivo y lo puso en relación a su función simbólica, convirtiéndolo en el material mismo del comportamiento (Foucault, 1994; Lacan, 1976). Introdujo como eje la historia, en sus dos

vertientes: la individual en la serie de sus experiencias vividas y la social en las estructuras por las cuales se le impone al individuo, rebasando las oposiciones subjetivo y objetivo, individuo y sociedad (Foucault, 1994). La psicología como ciencia del sentido íntimo, que es donde la psicopatología encuentra su lugar, entiende que el hecho psíquico primitivo no está constituido por un elemento sino por una relación que supone conflictos y resistencias (Canguilhem, 1958). Aquí se ubica la idea de que lo psíquico es no solo lo que es ocultado sino lo que se oculta, siendo la psicología en alguna medida la heredera de las cuestiones concernientes a la metafísica. El análisis objetivo de las significaciones logra situarse entre dos tiempos de una oposición: aquella que puede tomar la forma de totalidad o elemento, génesis inteligible o evolución biológica, performance actual o aptitud permanente e implícita, manifestaciones expresivas momentáneas o constancia de un carácter latente, institución social o conductas individuales, es decir en el seno de temas contradictorios cuya distancia constituye la dimensión propia de la psicología (Foucault, 1994).

En su traslado a Estados Unidos, la psicología del siglo XX adquirió otra fisonomía que implicó una implantación académica autónoma, la constitución de una cierta identidad de grupo y una expansión social e institucional bajo formas aplicadas a la educación, el ejército y la economía (Vezzetti, 1998). Con el propósito de alcanzar legitimidad académica como disciplina científica autónoma, así como apoyos institucionales y financieros, la nueva psicología norteamericana se puso del lado de las ciencias naturales por la vía de la homogeneidad metodológica (Vezzetti, 1998). Para ello fue necesario desconectarse de las tradiciones europeas, sobre todo alemanas, que suponían una identidad híbrida en un intento de síntesis entre objetivos filosóficos y métodos científico-naturales (Vezzetti, 1998). Más allá de la producción de conocimiento y la instauración de tradiciones y programas de investigación, esa búsqueda de autonomía por la vía de la simplificación de las contradicciones produjo un estrechamiento de los márgenes del pensamiento psicológico en

torno a los procedimientos experimentales de las psicologías llamadas objetivas (Ash & Woodward, 1987; Vezzetti, 1998). A diferencia de las psicologías que apuntan a la subjetividad, las psicologías que se proponen como “ciencias de las reacciones y del comportamiento” (Canguilhem, 1958, p. 9), en una aparente independencia de toda filosofía, de toda idea de hombre en relación con la verdad, invisibilizan las premisas que sostienen sus prácticas: la idea de hombre como instrumento, él mismo objeto industrial y su relación con las condiciones socio-históricas, económicas y políticas en las que esas tecnologías psicológicas se imbrican.

Hacia fines del siglo XX las consecuencias y los resultados, en términos de teorización, de esa afiliación exclusiva y de la relativa separación e incomunicación con las tradiciones europeas, que habían quedado muy limitadas luego del derrumbe de la guerra, comenzaron a ser discutidas produciéndose una recuperación de los discursos más ligados a las ciencias del hombre (Vezzetti, 1998). En todo caso, tanto la autonomía lograda como los modos de institucionalización, que fueron significados como una liberación de la filosofía y de la medicina, incluyeron procesos complejos de construcción conceptual que forman parte del entramado de discursos del campo. Desde varias corrientes de pensamiento, la complejidad de la realidad humana y sus manifestaciones en términos de subjetividad, incluidas las contradicciones y ambigüedades, dejaron de ser suprimidas y simplificadas para constituir el eje mismo del avance de la Psicología (Foucault, 1994; F. L. González Rey, 2000; Jodelet, 2008, 2008).

Capítulo 6

Discursos y subjetividad: las representaciones sociales como mediadoras

6.1 El concepto de subjetividad

La utilización de la noción de subjetividad remite a múltiples propósitos, pero en general el término apunta a situar algún contrapunto con perspectivas que sostienen una pretendida objetividad, reintroduciendo en sus análisis dimensiones contextuales, históricas y culturales (F. González Rey, 2000). Sin embargo, por el amplio espectro semántico del término, se trata de una noción problemática con la cual se alude a fenómenos diversos desde marcos teóricos y epistemológicos asimismo muy diferentes. Del análisis detallado de la relación de la Psicología con el término subjetividad, surge que se usó indistintamente con términos como conciencia, personalidad y otros, y que siempre fue trabajado de forma indirecta y como un referente general para designar los aspectos intrapsíquicos de las personas (F. González Rey, 2008) .

Proveniente del campo filosófico, la noción de sujeto presenta al menos tres acepciones fundamentales. En primer lugar, el sujeto desde el *punto de vista lógico* es aquello sobre lo que se afirma o niega algo, es decir un concepto-sujeto. En segundo lugar, desde el *punto de vista ontológico*, el sujeto deviene un objeto ya que constituye todo lo que puede ser sujeto de juicio. A diferencia de lo que sucede en la ontología “tradicional”, este sujeto puede no estar referido al ser individual sino a cualquiera de las realidades clasificadas por la teoría del objeto (un ser real, ideal, una entidad metafísica, un valor). Por último, desde el *punto de vista gnoseológico*, el sujeto es el sujeto cognoscente, sujeto que se dirige a un objeto, no siendo posible suprimir ninguno de los términos de la correlación así establecida (Ferrater Mora, 1964). Aquello que se designa como *subjetivo* ha sido utilizado, especialmente en la literatura escolástica, para designar el ser del sujeto en una proposición. Cuando el sujeto ha sido referido a una sustancia, el ser subjetivo se refería a un ser real. Sin embargo, la acepción que sigue siendo utilizada para lo que se designa como subjetivo, es la que señala lo que se halla en el sujeto en tanto cognoscente; en este caso lo subjetivo es lo representado y no lo

real o sustancial (Ferrater Mora, 1964). Finalmente, la noción de subjetividad propiamente dicha, también puede presentar dos sentidos: la característica del ser del cual se afirma algo, es decir que se trata de la relación sujeto-predicado, o la característica del ser que está afirmando algo, donde la relación es sujeto cognoscente-objeto de conocimiento (Ferrater Mora, 1964).

El sujeto cognoscente, asociado a las ideas del individualismo, del humanismo y de la conciencia, fue cuestionado y alejado del campo de las ciencias. Desde las perspectivas positivistas la exclusión del sujeto respondía a su identificación con la conciencia, instancia a la que se le imputaba la distorsión de la aprehensión del conocimiento objetivo de la realidad (Jodelet, 2008). El materialismo histórico denunció la determinación de clase e ideológica subyacente al individualismo, el estructuralismo cuestionó el discurso del humanismo, mientras el posmodernismo discutió la unidad y sustancialidad del sujeto cartesiano (Jodelet, 2008). La reflexión contemporánea reintrodujo la cuestión del sujeto, bajo la perspectiva política e histórica, interrogando sus determinaciones sociales, los mecanismos de poder y sus sujeciones simbólicas y materiales (Zizek, 2007). A diferencia de la concepción de la filosofía clásica, no se trata de un sujeto en su carácter originario y fundamental, sino de un sujeto efecto de sus condiciones socio-culturales y políticas de producción.

Foucault (2005) pone al sujeto en el centro de su interrogación, que apunta a producir una historia de los distintos modos de subjetivación del ser humano en la cultura (Foucault, 2005). Afirma que el sujeto se construye, que tiene una génesis y una historicidad, por lo que propone una verdadera genealogía del sujeto. En la misma línea, según Guattari (1996) la subjetividad se construye en interacción permanente, subrayando el poder de lo que denomina máquinas tecnológicas de información y comunicación, que operan en el corazón de la subjetividad humana, no únicamente en el seno de la memoria y la inteligencia sino también de la sensibilidad, los afectos y las fantasías inconscientes. Sostiene que los componentes de

la producción de subjetividad son semiológicos, provenientes de la cultura, sus instituciones y sus maquinarias informacionales (Guattari, 1996).

Desde una perspectiva semiológica, el proceso de construcción de subjetividad se basa en la relación con las totalidades sociales o comunidades: la posibilidad de que un sujeto se represente algo, o se arme una imagen de algo, depende de que se haya constituido conforme a reglas, siendo estas regulaciones sociales dadas por diversas instancias como la sociedad civil, el estado y las familias (Samaja, 2004). Así, la forma en que se interpreta la realidad, en términos de valores, está doblemente determinada, por la historia social y la individual. Las formaciones culturales que sostienen los individuos no se encuentran fijadas solo en el soma, como podría plantearse acerca de especies puramente biológicas, sino también y de manera crecientemente dominante, en el campo de lo imaginario primero y en las producciones simbólicas después (Samaja, 2004). En ese sentido, es fundamental indagar procesos comunicacionales para explorar valoraciones subjetivas que son a su vez producto de una imputación de significados construidos comunalmente (Samaja, 2004).

La subjetividad puede ser planteada en su articulación con lo histórico social, las identificaciones tempranas y las prácticas de sí, que el paso por las sucesivas instituciones construye a partir de los diferentes modos históricos de subjetivación y disciplinamiento, así como con las estrategias de poder y las resistencias que se le oponen (Fernández, 1999). En términos de su interés científico, se plantea la necesidad de producir hipótesis basadas en investigación empírica acerca del modo en que las condiciones de dominación se convierten en subjetividad (Castorina, Barreiro, & Toscano, 2007).

Aún cuando el término sujeto no ha aparecido frecuentemente en la obra freudiana, Lacan hizo de él uno de los pivotes de su construcción teórica, sostenida en los conceptos introducidos por Freud (Le Gaufey, 2010). Su elaboración apunta a una acepción del término sujeto ajena a la órbita filosófica donde Descartes, Hegel y Heidegger brindaban hasta

entonces referencias valiosas y contradictorias. Desde la perspectiva lacaniana, el sujeto debe ser interrogado en su relación intrínseca con el campo del lenguaje y la función de la palabra (Lacan, 1976). Siguiendo procesos lógicos, a lo largo del desarrollo de su pensamiento, separó al sujeto de sus distintas consistencias, transformándolo en un efecto del discurso. Al separar la noción del saber, la identidad y la reflexividad para fundarlo en su lazo con el lenguaje, más precisamente con la noción de significante tomada de la lingüística, el sujeto psicoanalítico se aleja definitivamente del yo (Lacan, 1961). La diferencia se establece entre el concepto de sujeto y de yo, proveniente del campo de la filosofía pero también del sentido común, que designa el conjunto de creencias acerca de sí mismo definiendo al individuo en términos modernos (Lacan, 1954). La idea de individuo se piensa como ilusión moderna, que sostiene las prácticas propias y necesarias para los sistemas políticos y económicos que la hicieron surgir, mientras que la subjetividad alude a la verdad del ser hablante, ligada a la incompletud de lo simbólico y al deseo que esta engendra, planteándose como única vía de acceso a este campo el despliegue del discurso que revela la estructura social y cultural en la que se inscribe.

6.2 Las representaciones sociales como mediadoras

Proveniente del campo de la Psicología Social, la teoría de las representaciones sociales (RS) ha permitido una articulación novedosa entre lo individual y lo social como elementos interdependientes constitutivos del ambiente social (Moscovici, 1961). Se trata de una conceptualización fructífera para el abordaje de las configuraciones discursivas de grupos o colectivos sociales y su articulación con las prácticas que le son propias. Las RS se definen como los conocimientos específicos, los saberes del sentido común, que orientan la acción, la comunicación y comprensión del entorno social, material o ideal (Jodelet, 1993). Siguiendo a Abric (1995), una representación es siempre representación de algo para alguien, por ende

una semiótica a descifrar. Se trata de signos de las realidades de los sujetos en interacción con las instituciones, con los otros sujetos y con el mundo en general (Jodelet, 1993). Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que permiten interpretar lo que sucede y dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos (Jodelet, 1993). Una representación social consiste en un cuerpo de información, creencias, opiniones, y actitudes sobre un objeto dado. Las RS son construcciones de los sujetos, entendidos como seres sociales activos, caracterizados por su inscripción social en relación a los otros con quienes interactúan y a los elementos simbólicos que definen sus identidades (Jodelet, 2013). Estos elementos están organizados y estructurados de manera que constituyen un tipo particular de sistema cognitivo social (Abric, 1995).

A partir de la experiencia empírica es posible situar que no todas las nociones, creencias, ideas o imágenes que aparecen en los discursos pueden ser consideradas en el mismo nivel, siendo algunas más relevantes que otras en cuanto parecen determinar el sentido que se construye con respecto a un objeto dado, mientras otras tienen un sentido relativo (Rodríguez Salazar, 2007). Moscovici (1988) propuso considerar tres tipos de representaciones: *representaciones hegemónicas*, uniformes o coercitivas, que tienden a prevalecer implícitamente en las prácticas, *representaciones emancipadas o grupales*, que se derivan de la circulación de conocimiento e ideas pertenecientes a subgrupos, tienen un mayor grado de independencia con respecto a los discursos sociales hegemónicos y las *representaciones polémicas*, que surgen dentro de determinados segmentos de la sociedad en los que se discuten ideas que implican oposición o controversia entre grupos. Esta clasificación puede ser utilizada también para situar diferencias en los contenidos de las RS, pensadas de manera más holística, para poder asir teóricamente cómo a partir de la información cultural que circula en una sociedad y sus significados hegemónicos, los grupos

sociales elaboran y transforman sus propias representaciones ante un objeto (Rodríguez Salazar, 2007). Siguiendo esta idea, los contenidos hegemónicos de las RS serían aquellos aspectos simbólicamente poderosos compartidos a nivel macro social, que se asumen con la fuerza de lo evidente dado que su carácter de construcción social permanece invisible y son menos susceptibles a entrar en discusión social. Pueden ponerse en relación con las ideologías, que constituyen el trasfondo sobre el que se recortan las RS, dado que aportan una visión del mundo a partir de la cual se extraen significados referidos a objetos específicos (Castorina & Barreiro, 2006). Según Van Dijk (1999), el concepto de ideología es un conjunto de creencias básicas que fundan las representaciones sociales de un grupo, dando sentido al mundo y proporcionando el fundamento de sus prácticas sociales. Los contenidos de las representaciones grupales o emancipadas dan cuenta de sentidos compartidos por grupos específicos, pero su fuerza simbólica queda circunscripta a ciertas categorías y fuentes de autoridad. Se trata de significados que legitiman la aceptación de ciertos contenidos culturales, pero a su vez son capaces de limitar su impacto a ciertos grupos específicos (Rodríguez Salazar, 2007). Por último, los contenidos polémicos, implican cierto grado de discusión abierta y se asumen con cierto grado de relativismo. Esta clase de contenidos son deliberados, concientes y tienden a socavar la validez universal construida por los contenidos hegemónicos y aquellos que se sostienen en un grupo social, para dar lugar a nuevas significaciones o prácticas (Rodríguez Salazar, 2007). Los contenidos hegemónicos, emancipados y polémicos indican grados decrecientes de divergencia grupal o individual, así como de fuerza simbólica, aceptación y legitimidad. En tanto categorías de análisis, pueden aportar una valiosa herramienta metodológica para interpretar la centralidad de los componentes de una representación cualitativamente (Rodríguez Salazar, 2007).

6.3 Representaciones sociales y subjetividad

Dentro del campo de las RS es posible ubicar diferencias en las conceptualizaciones y orientaciones en las líneas de investigación que sostienen los distintos autores (Rodríguez Salazar, 2007). Sin embargo, todos ellos de algún modo u otro, se confrontan con la interrogación acerca de las representaciones individuales y el estatuto otorgado al sujeto que enuncia y produce dichas representaciones (Jodelet, 2008). Esta pregunta cobra importancia teórica y empírica ya que la oposición a las posiciones conductistas, biologicistas e individualistas, lleva a plantear un sujeto social implicado en las RS que se diferencia de la idea de individuo (Moscovici, 2001). Es decir que el sujeto que la teoría habilita a interrogar, es un sujeto que no se separa funcionalmente del objeto, dado que una representación social es un fenómeno colectivo perteneciente a una comunidad, co-construido por quienes habitan dicho colectivo (Wagner et al., 1999). Desde este enfoque teórico, el sujeto se concibe como un grupo u organización social inmerso en un contexto cultural, histórico e ideológico determinado (Castorina et al., 2007). El sujeto de las RS es un *nosotros*, afirmación que deja abierta la necesidad de especificar cómo se constituye. Dentro de este campo complejo y múltiple, se desarrollan producciones que no siempre responden a los mismos criterios teóricos (de Rosa, 2013).

Quien ha propuesto explícitamente el estudio de la subjetividad en el marco de las RS como uno de los objetivos inherentes a su desarrollo ha sido Denise Jodelet (2008). Esta autora define la subjetividad como una de las tres esferas de pertenencia de las RS, junto con la intersubjetividad y la transubjetividad (Jodelet, 2007, 2008, 2013). Partiendo de la premisa de que una representación es de un sujeto y de un objeto, si bien en el estudio de la representación social es necesario tomar en cuenta el tipo específico de objeto en juego, propone hacer recaer el análisis sobre el sujeto. El análisis de la subjetividad implica partir de las RS compartidas para rastrear aquello de lo que el sujeto se apropia (Jodelet, 2007). Es

decir, se toma al sujeto no como individuo aislado sino como actor social activo y caracterizado por su inscripción social. Esta inscripción contempla la participación en redes de interacciones con los otros, a través de la comunicación social, siguiendo el esquema de triangulación ego-alter-ego (Moscovici, 1984). Asimismo, supone la pertenencia social, la posición en la estructura social, la inserción en los grupos sociales y culturales que definen la identidad en el marco de determinados espacios sociales y públicos. Los procesos subjetivos de apropiación y construcción de las representaciones pueden ser de tipo cognitivo, emocional, depender de una acción en el mundo o remitir a estados de sometimiento (Jodelet, 2008). Siguiendo a Merleau-Ponty, Foucault, Deleuze y Bourdieu, plantea que estos procesos se dan de modo encarnado, es decir que no se pueden pensar como objetos ideales, sino que acontecen en un sujeto situado en el mundo a causa de su cuerpo (Jodelet, 2008). La esfera de la intersubjetividad se refiere al intercambio dialógico que permite el establecimiento de las RS como fruto de la interacción, contemplando la elaboración y negociación que se produce en la comunicación verbal directa (Jodelet, 2008). Por último la esfera trans-subjetiva designa el espacio social y público en el que se inscriben y circulan las RS atribuibles a fuentes diversas, como los medios masivos de comunicación, las instituciones, presiones ideológicas e imposiciones de poder (Jodelet, 2008). Se trata del entorno simbólico, cultural, determinante, en el que los sujetos están inmersos. Las tres esferas se intersectan y combinan en la elaboración de las RS en ámbitos concretos de la vida, en relación a objetos que tienen relevancia significativa para los sujetos y grupos (Jodelet, 2008).

Jovchelovitch (2007) también se interesó particularmente en la cuestión de la subjetividad desde una perspectiva en la que destaca la función simbólica de las representaciones, cuestión directamente ligada a la construcción en la teoría de las RS. Enfocada en los saberes socialmente contruidos, sostiene que por tratarse de saberes simbólicos, que son de carácter social, cultural e histórico, no pueden ser la medida de toda

realidad: construyen realidades parciales, realidades humanas (Jovchelovitch, 2010). Las representaciones constitutivas de estos saberes mediatizan la relación entre el sujeto y el mundo, siendo a su vez producto de sus relaciones. Esto supone que el sujeto se encuentra descentrado, su posición se define de forma excéntrica y el sujeto es condenado a buscar mediaciones: la acción, el mundo y los otros constituyen esas mediaciones, a partir de una compleja relación (Jovchelovitch, 1996). Para esta autora el conocimiento es un sistema representacional que comporta una expresividad triple: expresa mundos subjetivos, intersubjetivos y objetivos (Jovchelovitch, 2007). Es decir que las construcciones epistemológicas son construcciones ontológicas, modos de leer y de investir el mundo, permanentemente atravesados por la psicología profunda de las relaciones entre el sujeto y el otro. Las declaraciones del conocimiento no están nunca demasiado lejos de las declaraciones acerca del ser, dado que estas construcciones son inseparables de la multitud de voces con las que el sujeto se compromete al desarrollar su sentido de sí y su conocimiento del mundo-objeto (Jovchelovitch, 2010).

Duveen fue uno de los autores que más se interesó en los procesos de individuación de las RS, articulándolas a la teoría del desarrollo. Teorizó acerca de su génesis, identificando diferentes niveles de estudio: ontogénesis, microgénesis y sociogénesis (Lloyd & Duveen, 1992). El nivel ontogenético es propiamente aquel que interroga el modo en que el sujeto se apropia de determinadas representaciones sociales. Se trata de una apropiación que permite la activación psicológica de las RS en los individuos como identidades sociales, proceso que implica una tarea de reconstrucción, conflicto y resistencia. No se trata de asimilación por parte de un aparato mental: el sujeto se construye en relación a lo social (Lloyd & Duveen, 1992). El nivel microgenético implica la interacción de sujetos que debaten y resuelven conflictos, construyendo las representaciones a partir de las situaciones dialógicas. Por último, el nivel sociogenético es el que apunta a estudiar las representaciones sociales hegemónicas

de modo comparativo en el tiempo (Duveen, 1996; Duveen & Lloyd, 1986; Lloyd & Duveen, 1992). Según Jovchelovitch (2010), Duveen muestra que el desarrollo de la cognición es inseparable de las estructuras emocionales del desarrollo psicológico y las estructuras materiales del mundo social, económico y cultural, por lo que el sujeto puramente epistémico sería sólo una ficción.

Marková (2003) parte de una definición de la teoría de las RS que introduce una especificación, complementaria a la definición clásica, que enmarca la teoría en el estudio del conocimiento social. Esta definición ubica a la teoría de las RS como el estudio y explicación de fenómenos sociales específicos que aparecen en el discurso público. Toma la estructura dialógica como soporte de la representación y también del pensamiento. Esta estructura dialógica se basa en la posibilidad de establecer antinomias, diferenciaciones dicotómicas, modo en el que se combinan los elementos del lenguaje así como del pensamiento, siendo la antinomia fundamental para el sujeto la que establece la relación Ego-Alter (Marková, 2003). Sostiene que el ser es la comunicación, por lo tanto la relación Ego-Alter sólo existe en el reino de la comunicación. Esta hipótesis ontológica implica que sea necesario ubicar siempre, en el ámbito de las preguntas que se propone la Psicología Social, al yo y a los otros con los que dialoga, aunque éstos no estén presentes de manera concreta. Ésta sería una instanciación de la ontología basada en la relación Ego-Alter, que constituye a los seres humanos como una especie simbólicamente comunicativa. Las características del sujeto se revelan de manera única a partir de los contextos dialógicos: tanto la identidad del sujeto como las posibilidades de no ser el mismo frente a los distintos otros (variación y creación) se sostiene en la instancia dialógica (Marková, 2003).

En los últimos años la idea acerca de las representaciones sociales como una producción subjetiva ha sido particularmente explícita por Moscovici al sostener que las representaciones compartidas, su lenguaje, penetra tan profundamente dentro de todos los

intersticios de lo que se denomina realidad que es posible afirmar que ellas constituyen la realidad (Moscovici, 2000). Los autores que han avanzado sobre la temática, han aportado elementos valiosos acerca de la subjetividad como término interactuante, interdependiente, entrelazado a las representaciones sociales. Al respecto, se propone apuntar a la vinculación entre representación y subjetividad en el plano de la producción de conocimientos y de significados, o en relación a los efectos que tienen las formas de subjetivación histórico-sociales sobre los contenidos representacionales, o en referencia al papel de las representaciones en la constitución de las subjetividades y de su afirmación identitaria (Moscovici, 2000).

Capítulo 7

Las Transferencias de Trabajo: vías de transmisión

7.1 Las Transferencias de Trabajo

El concepto de transferencia de trabajo, proveniente de la teoría psicoanalítica, apunta a ubicar modos de transmisión de saberes a partir de la conformación de lazos sociales (Lacan, 1964). Se trata del establecimiento de vínculos que habilitan un trabajo colectivo, pero que a diferencia de otros vínculos en los que se sostienen saberes instituidos, el trabajo apunta a la producción de nuevos conceptos o elementos que permitan avanzar en la aprehensión de lo real. El eje de la teorización es la relación entre los sujetos y el saber, en la que se pueden ubicar diversas posiciones. El saber puede funcionar de manera idealizada, es decir que se lo supone una instancia de verdad y de garantía, o puede ser considerado conjetural y motorizar el trabajo en torno a sus incertezas (Morin, 1999).

En relación al conocimiento, es preciso situarlo en el campo histórico-social. En ese sentido, la teoría de las RS, así como todas las tradiciones de pensamiento en psicología, sociología y antropología que se encuentran influenciadas por las concepciones fenomenológicas, sostienen que los saberes sociales están íntimamente ligados al contexto social de su producción. Desde estas perspectivas los conocimientos son construcciones sociales, histórica y culturalmente determinados, que forman parte de los sistemas simbólicos con los cuales los actores sociales se representan sus realidades (Jovchelovitch, 2001). A partir de la modernidad, se plantean nuevas formas de circulación del conocimiento, ligadas a las transformaciones en las instituciones y la constitución de lo que se caracteriza como esfera pública, en la que diversos saberes sociales, como el conocimiento científico y el sentido común, se intersectan generando nuevos sistemas simbólicos. Saberes y prácticas conforman complejos entramados en los que se estructuran realidades y se incorporan las novedades que se significan a la luz de lo conocido (Moscovici, 1984). El registro simbólico provee representaciones que aportan sentido y dan existencia al mundo social instituyendo realidades, sin embargo hay dimensiones de lo real, de los objetos, de la materialidad sustancial de la

vida social que escapan al saber, es decir que entre el saber y el objeto hay una diferencia, una disyunción que debe ser tomada en cuenta como marco referencial de los abordajes constructivistas (Jovchelovitch, 2001).

Esta línea de pensamiento coincide con las tendencias a incorporar elementos epistemológicos y metodológicos que aporta la ciencia contemporánea a las reflexiones acerca de las realidades humanas y en particular al campo de la salud (Almeida-Filho, 2006). Se propone que la categoría epistemológica de complejidad sea un eje que ordene parcialmente diversas contribuciones en dirección a un paradigma científico alternativo al positivismo moderno, con modelos teóricos nuevos, como la teoría del caos y nuevas formas lógicas de análisis, como los modelos matemáticos no lineales, la geometría fractal, la lógica borrosa y la teoría de redes (Almeida-Filho, 2006). Lo que se intenta es que la producción científica de saberes valore cada vez más la descentralización y la relatividad y respete la complejidad inherente a los procesos concretos de la naturaleza, de la sociedad y de la historia (Godfrey-Smith, 2003; Morin, 2009; Percival, 1994; Santos, 1989)

Desde el psicoanálisis, también se piensa la construcción de la realidad humana en términos complejos, a partir de tres registros: simbólico, imaginario y real (Lacan, 1976). Lo simbólico bordea lo real, lo captura parcialmente pero existe un resto que no puede ser simbolizando y significado, que da lugar al deseo (Lacan, 1957a). El deseo como concepto psicoanalítico fundamental de la teoría, retoma tradiciones filosóficas que apuntan a dar cuenta de aquello puramente humano que orienta los actos y que tiene relación con los objetos, pero no en su dimensión de uso sino en su dimensión simbólica. Como antecedente se retoma la idea hegeliana de que el objeto del deseo humano es otro deseo, lo cual permite introducir distintos modos de conceptualizar al objeto y por consiguiente, la realidad (Lacan, 1957b).

Para intentar dar cuenta de las relaciones que se establecen entre simbólico, imaginario y real, que no se reducirían a los términos establecidos por la ciencia moderna, sus coordenadas témporo-espaciales tridimensionales y lineales, Lacan recurre a la topología como eje de los conceptos que le aporta la ciencia contemporánea (Vappereau, 1997). De esta manera, figuras topológicas como la banda de Moebius o el nudo borromeo, le permiten proponer que la realidad presenta una estructura de continuidad entre exterior e interior, por lo que la constitución del sujeto y del objeto son indisociables, y a su vez están ligadas al leguaje y la cultura (Vappereau, 1997).

A la luz de estos elementos, habilitar modos de transmisión que no soslayen la dimensión subjetiva deviene central para el psicoanálisis, dimensión que queda borrada cuando el saber se supone una mera traducción de una realidad exterior. La implicación de los sujetos en sus propias realidades suele invisibilizarse tras los funcionamientos sociales grupales, en los que la identidad del grupo, su rasgo identificadorio, cohesiona las subjetividades transformando ese grupo en una masa. Freud (1921) plantea en “Psicología de las masas y análisis de yo” que una masa se constituye entre dos o más individuos cuyos yoes, por vía de la identificación, devienen una masa que se mantiene unida en torno a un ideal. El ideal cumple una doble función, por un lado es soporte de la identificación y por otro obtura imaginariamente la falta.

La tendencia a cohesionarse tiene, según Freud, un fundamento psíquico que apunta a sostener una ilusión de protección ante las fuentes del malestar humano: la hiperpotencia de la naturaleza, la fragilidad de nuestro cuerpo y la insuficiencia de las normas que regulan los vínculos recíprocos entre los hombres en la familia, el Estado y la sociedad (Freud, 1930). Asimismo, al afirmar la pertenencia a un grupo a partir de la identificación mutua en torno a un rasgo ideal, se configura un modo de relación segregativo, es decir se rechaza a aquel que se percibe como diferente, sirviendo de mecanismo de expresión de la agresividad. Si bien

implica una posición de alienación que se asemeja a la del sujeto hipnotizado, también constituye un modo de lidiar con el malestar que la sociedad impone a los individuos (Freud, 1930).

La transferencia de trabajo surge como un intento de definir un modo de relación entre sujetos, en el marco institucional, que permita la circulación y producción de saberes, sin constituir un lazo en términos de lo que configura una masa. La necesidad de pensar la transferencia de trabajo surge al reconocer la inercia que producen las instituciones y la pregnancia de los ideales que en ellas circulan (Wainsztein, 2001). Sin embargo, constituyen el contexto donde se produce el trabajo que permitiría el avance y la circulación de nuevos saberes, donde lo particular y lo colectivo se entraman. Esto genera una aparente paradoja, las instituciones son a la vez lugares propicios para la transmisión y donde se ejerce la mayor resistencia.

Con miras a sortear estos obstáculos Lacan (1964) propone un dispositivo de transmisión y producción de saberes que describe como un pequeño grupo, cuyos miembros no se instalan según jerarquías y que apunta a sostener un trabajo a la vez subjetivo y colectivo. Al respecto, Lacan (1964) establece algunas coordenadas que definen ese trabajo:

- El marco general es una institución y como tal, tiene una responsabilidad en relación al campo social.

- Para su ejecución se debe adoptar una norma de elaboración constante en un pequeño grupo, más un integrante encargado de la selección, de la discusión y de acompañar el curso al trabajo de cada uno.

- La organización no debe ser jerárquica sino circular, es decir que los lugares pueden ser intercambiables.

- El funcionamiento del pequeño grupo se consolida mediante la experiencia.

-El resultado de esa experiencia no es anticipable, no está presente en el aparato doctrinario del que se parte, se trata de alguna producción nueva.

-Las transferencias de trabajo establecen “las vías” por las que, de un sujeto a otro, se transmite y se produce saber.

El concepto de transferencia de trabajo fue retomado por numerosos autores para situar los modos posibles de transmisión de saber y trabajo colectivo en las instituciones (Belaga, 2015; Dassen, 1997; Laurent, 2011; Miller, 2010a, 2010b, 2010c; Sauret, 2009; Wainsztein, 2001). Se destacan varios aspectos fundamentales de la transferencia de trabajo, como ser la diferencia con la transferencia en un análisis, la relación al saber, la relación a la comunidad y el entusiasmo por la producción de nuevos saberes.

El deseo de saber emparenta el trabajo de la transferencia, en un análisis, con la transferencia de trabajo que se obtiene cuando el sujeto modifica su relación con el saber. Lo que sostiene la transferencia analítica es la suposición de saber, es decir la suposición de que hay otro que sabe, de quien se espera ese saber completo que debe revelarse o descubrirse, mientras que la transferencia de trabajo tiene como fundamento la desuposición de saber (Belaga, 2015; Laurent, 2011; Miller, 2010c; Wainsztein, 2001). El reconocimiento de una falta radical en el saber, aquello que genera verdaderos interrogantes para los cuales la teoría no da respuestas acabadas, es condición para llevar adelante un trabajo de producción y de invención. La posición subjetiva que implica contar con la falta y con la incerteza, reconduce al sujeto a la comunidad, al lazo con otros, pero no desde un lugar de jerarquías sino de construcción colectiva (Belaga, 2015; Wainsztein, 2001).

Por último, se señala que el entusiasmo se relaciona con la presencia de esta posibilidad de trabajo, que devuelve al sujeto la capacidad de su acto, su potencia creativa y un reencuentro con lo público (Belaga, 2015; Dassen, 1997; Miller, 2010a; Sauret, 2009). Se acompaña de un compromiso subjetivo con la experiencia de ir más allá de las prescripciones

y procedimientos institucionales standard y la puesta en circulación de producciones concretas (Dassen, 1997; Miller, 2010a; Sauret, 2009). En una dimensión política, introduce un modo distinto de encontrarse con el semejante, al compartir esa nueva invención cultural (Sauret, 2009). En definitiva, la propuesta de instalar espacios ordenados en torno a las transferencias de trabajo apunta al relevo del rasgo identificador por un vacío, lo cual pone en juego a la vez lo singular en toda su diversidad y heterogeneidad, y lo colectivo dado que la transferencia de trabajo no elimina el fundamento de lazo social de la transferencia analítica.

A la luz de estos desarrollos, la definición que se le da en este estudio a la transferencia de trabajo apunta al modo en el que los participantes de los dispositivos de interconsulta se comprometen con el trabajo clínico y con los colegas con quienes comparten su actividad, dando fundamento a las prácticas interdisciplinarias. El establecimiento de lazos sostenidos en transferencias de trabajo permite que se transmitan, se construyan saberes y se aborden los obstáculos de modos creativos. Se manifiesta en las descripciones que hacen los sujetos acerca de su entusiasmo, el modo de abordar las dificultades, los recursos en los que se apoyan para poder sostener su práctica y los vínculos que establecen con sus colegas, por lo que se encuentra íntimamente ligado a las representaciones y prácticas.

7.2 Transferencia e Interconsulta

El origen del concepto de transferencia de trabajo es la noción misma de transferencia, uno de los conceptos fundamentales de la teoría psicoanalítica (Freud, 1912, 1915). Inicialmente, la transferencia aparece en la obra freudiana como mecanismo de desplazamiento entre representaciones que se conectan por asociación (Freud, 1895b). Supone, por un lado la hipótesis de que las representaciones forman parte de una red asociativa, y por otro lo que Freud llama su hipótesis auxiliar, a través de la cual introduce al

afecto como factor cuantitativo, capaz de desplazarse, aumentar, disminuir y descargarse a través de las huellas mnémicas de las representaciones (Freud, 1894). Esa diferencia entre elementos heterogéneos, la representación y el afecto, le permite explicar fenómenos de la patología bajo la idea de los *falsos enlaces*, producto de la movilidad del monto de afecto de representaciones rechazadas hacia otras alejadas de aquellas, pero conectadas por vía asociativa (Freud, 1894, 1895a). La transferencia es la figura por la cual se establece un vínculo entre dos representaciones, una de las cuales es la representante, de la que permanece inconsciente. Del mismo modo, el analista ofrece por sus rasgos, sus maneras, su voz y otras particularidades de su presencia, un soporte para que las representaciones reprimidas del paciente se expresen conectándose con esos rasgos (Freud, 1895b). La transferencia, tal como se la entiende hoy, como elemento clave de la relación analítica, es fruto de este cruce entre un sistema de representaciones y un movimiento afectivo, que Freud situó bajo el modo del amor (Le Gaufey, 2001).

Otro punto que de relevancia es la relación entre la transferencia y la resistencia (Freud, 1895b). La transferencia es un fenómeno que permite situar elementos que motorizan el trabajo de asociación, de búsqueda de respuestas y también puntos de detención de ese trabajo cuando se acerca al *núcleo patógeno* (Freud, 1912, 1915, 1925). Esto se corresponde con la idea de que estructuralmente, la relación al médico o analista, a quien se le supone un saber, se establece en el punto mismo en el que aparecen carencias en la red de representaciones, puntos no dialectizables (Cosentino, 1999). Al producirse una reformulación del concepto de inconsciente que incluye lo imposible de ser recordado, también surge una nueva definición de la transferencia como aquello que, por no poder decirse, se actúa, se muestra en el marco de la relación entre paciente y analista (Freud, 1914). El concepto de repetición adopta otro estatuto, no se reduce a la repetición de vivencias del pasado sino que implica la insistencia de aquello que excede a la red representacional, en

términos freudianos sería lo no ligado. La complejidad del fenómeno supone el entrelazamiento de ambas vertientes, la del recuerdo y la de la actualidad, los rasgos por los cuales el analista entra como representación en la cadena asociativa del paciente y la cara pulsional, aquello que aparece como borde o tope en la red simbólica.

La cuestión del límite en la cadena asociativa, así como los fenómenos de repetición, son fundamentales en la concepción del trauma (Freud, 1920). Este pasa de ser teorizado como un acontecimiento olvidado a ser un elemento fantaseado y de ahí, a constituir un punto de imposibilidad, lo que excede a las posibilidades de tramitación por la vía simbólica (Freud, 1926). Para Freud, el mayor trauma es el desvalimiento humano, lo irremediable, aquello ante lo cual se accede a las imposiciones de la cultura y deviene fundamento de los lazos humanos (Freud, 1930).

La respuesta a ese desvalimiento proviene del otro, agente de los primeros cuidados y quien introduce el mundo de la simbolización, el lenguaje y la cultura. Ese otro, u otros, de quienes se depende absolutamente en los inicios de la vida, fundará los lazos sociales e instalará para el sujeto un lugar de protección, de suposición de saber y de refugio ante la angustia, que Freud denomina *complejo paterno* (Freud, 1927). La relación al otro y la cultura aportan así una solución al desvalimiento pero introducen, al mismo tiempo, modalidades del malestar que remiten a la incompletud de lo simbólico. Una de ellas es la relación con los semejantes, la insuficiencia de las normas que regulan los vínculos recíprocos entre los hombres (Freud, 1930).

La incompletud de lo simbólico puede situarse como la ambigüedad irreductible propia de los lenguajes naturales, que tiene que ver con que el que habla se encuentra situado en su discurso por lo que dice, por los numerosos detalles de su enunciación, pero también por el lugar que le otorga el que lo escucha. Esto dificulta la idea de una realidad común que implicaría compartir un conjunto de enunciados en función de los cuales otros enunciados son

considerados verdaderos, por lo tanto se hace necesario aceptar una limitación interna a la decodificación de cada quién (Le Gaufey, 2001). Esta ambigüedad da el soporte a la realidad compartida en términos socio-culturales, a la vez que instala una verdad subjetiva, en el punto de la lectura propia.

Los fenómenos de transferencia se dan entre ambas vertientes, en esa ambigüedad insoslayable. No son engendrados por el análisis, ni se presentan únicamente en él, sino que éste los aísla y los revela (Freud, 1925). El lazo constitutivo del sujeto al otro, a sus cuidados, a su lenguaje y sus sentidos permite situar a la transferencia como un fenómeno humano en general, que gobierna los vínculos de una persona con su ambiente humano (Freud, 1925). Se trata de transferencia en términos analíticos cuando toma la forma de suposición de saber atribuida al analista, a quien se le dirige la pregunta por el ser y por la existencia, en búsqueda de sentido (Lacan, 1987).

En el campo de la Interconsulta, los fenómenos de transferencia tienen lugar de manera privilegiada (Aztibia et al., 2015; Fabrissin, 2011; Ferrari et al., 1980; Gamsie, 2009). Esto se debe principalmente a que la enfermedad y la situación de internación ubican al sujeto en posición de indefensión, de ruptura de sus escenas cotidianas y con ellas en muchas ocasiones, de quiebres de los sentidos que las ordenaban. En otros casos, la indefensión previa marcada por la exclusión, la marginalidad, la escasez de recursos materiales, físicos o psíquicos, se duplica en el contexto institucional. En la medida en que desborda las posibilidades de simbolización, esto deviene traumático, en conexión con el desvalimiento y la necesidad de un otro que además de cuidados restituya sentidos, punto estructural de la transferencia. Siguiendo el planteo freudiano, es un escenario en el que aparece la búsqueda de alguna garantía, en términos de protección ante el desvalimiento, que se deposita en el médico, la institución, el saber de la ciencia. Su abordaje es uno de los ejes principales a tener en cuenta en el contexto hospitalario, no solamente del lado del paciente sino también del lado

de los profesionales de la salud que también se confrontan con la propia vulnerabilidad en el ejercicio de sus prácticas. Este es el campo propio del despliegue de los fenómenos de transferencia, tomados y conceptualizados por el psicoanálisis. Es también donde se introduce la posibilidad, desde los profesionales de la salud, de pensar respuestas posibles a esas situaciones.

El despliegue de las transferencias adquiere varias dimensiones, del lado del paciente se deposita sobre la figura del médico, que encarna un lugar de protección, de saber supuesto y de una garantía posible ante lo incierto de la enfermedad. En ese sentido es equivalente a la transferencia analítica y depende del médico poder leerla y decidir sobre sus actos teniéndola en cuenta. También puede tomar la forma de transferencia con el hospital, institución a la que se le atribuye conocimientos y recursos para abordar los padecimientos. Esta última es una transferencia masiva e indiferenciada debido al funcionamiento propio de las instituciones, que bajo modalidades diversas facilitan una progresiva desaparición de los referentes, como los médicos de cabecera, que podrían canalizar dichas transferencias (Gamsie, 2009). De este modo, las transferencias se depositan en cualquiera que porte alguno de los emblemas del saber, como un guardapolvo blanco o manifestar pertenecer a alguno de los servicios del hospital (Gamsie, 2009). La dispersión del campo transferencial va de la mano de la retirada de los profesionales, cada vez sometidos a mayores presiones en un contexto en el que cuentan con menos recursos para lidiar con situaciones de gran complejidad. El refugio de los médicos en herramientas tecnológicas o en dispositivos de rotación, arroja a los pacientes al anonimato de la institución dejándolos muchas veces carentes de un interlocutor que les devuelva una mirada unificadora (Gamsie, 2009).

Por otro lado, los médicos también establecen transferencias, principalmente con el discurso médico y, en segundo lugar, con el hospital como lugar de formación (Gamsie, 2009). Asimismo, pueden pensarse las relaciones entre servicios en términos transferenciales,

tomado el término en sentido amplio, por lo que algunos servicios se distinguen por ser reconocidos como brindando una medicina de alto nivel mientras que otros son menos valorados, de acuerdo a lo que se espera de cada uno (Gamsie, 2009). En ese sentido, los equipos de IC ocupan un lugar particular ya que reciben demandas de solución de todo aquello que escapa a lo comprensible, a lo tratable medicamente, esperando que los profesionales de salud mental puedan hacerse cargo de situaciones extremas como la marginalidad, el abandono, el abuso o la muerte (Gamsie, 2009). Estas transferencias, que implican la ilusión de un saber total, vehiculizan demandas imposibles de satisfacer, por lo cual se hace necesario trabajarlas junto a los médicos, ayudándolos a interrogar el malestar para poder encontrar respuestas posibles a cada situación desde el lugar que ocupan (Gamsie, 2009). Esto implicaría establecer vínculos diferentes entre profesionales de salud mental y médicos, que se corresponden con las teorizaciones acerca de lazos sostenidos en transferencias de trabajo.

7.3 Transferencias de Trabajo en la Interconsulta e interdisciplina

En uno de los trabajos que sistematiza las teorizaciones acerca de la práctica de la IC, representativo por ser su autor uno de los integrantes del equipo pionero de IC del policlínico Lanús, Crisaut (2000) propone pensar el trabajo que se realiza entre profesionales médicos y de salud mental en términos del establecimiento de transferencias de trabajo. Poniéndolo en relación con el concepto de asistir en la asistencia (Ferrari et al., 1980), ubica como central el trabajo con el médico que dirige sus pedidos a salud mental, pero lo diferencia del trabajo analítico ya que no se trata de interpretar al médico en sus aspectos o dificultades personales, sino de favorecer un trabajo conjunto que le permita resolver lo que trababa su acto médico (Crisaut, 2000).

Ampliando el concepto de transferencia de trabajo para aplicarlo al ámbito de la IC, puede pensarse que es un modo de establecer vínculos que habilitan la producción de nuevos saberes, en el caso de los médicos y de los psicólogos. Las transferencias de trabajo denotan el soporte afectivo, subjetivo, deseante que mantiene el lazo y da lugar al trabajo. Es decir que habilita modos de transmisión y producción de saber, que incluyen la subjetividad. Para que se desplieguen estos vínculos se requiere un movimiento contrario a las inercias institucionales que tienden a sostener saberes idealizados; implica el reconocimiento de la complejidad, la incerteza y las limitaciones de los saberes instituidos. Lo colectivo en este caso no se armaría por identificación y segregación de las diferencias, sino por el deseo de saber y la necesidad de crear nuevos modos de hacer en Interconsulta, para cada uno de los sujetos en juego.

Los preceptos que sostienen las transferencias de trabajo tiene relación estrecha con los fundamentos de la interdisciplina, entendida como un posicionamiento que obliga a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina (Stolkiner, 2005). En la base de la interdisciplina se encuentra la transformación de los modos de representar el pensamiento científico y su relación con las prácticas, su surgimiento es efecto de un movimiento que va de la ciencia como poseedora de un objeto y un método, a los campos conceptuales articulados en prácticas sociales alrededor de situaciones problemáticas (Stolkiner, 2005). Se trata de atravesar las fronteras de la disciplina, entendida como una categoría organizacional en el seno del conocimiento científico, que instituye la división y especialización del trabajo y tiende a la autonomía por la delimitación de sus fronteras y su lengua, sus teorías y sus objetos (Morin, 1998). La historia de las ciencias, el avance del conocimiento no coincide únicamente con la de la constitución y proliferación de las disciplinas, sino que incluye fundamentalmente la ruptura de las fronteras disciplinarias (Morin, 1998).

Desde una perspectiva de análisis de la interdisciplina, pueden establecerse tres niveles posibles: un primer nivel epistemológico, un segundo nivel metodológico y un tercer nivel referente a lo subjetivo y lo grupal (Stolkiner, 1999).

- El primer nivel implica un cuestionamiento a los criterios de causalidad lineal y el abordaje fragmentario de los fenómenos, la imposibilidad de homologar objeto de conocimiento y objeto real, el reconocimiento de la historicidad y por lo tanto la relatividad de los saberes disciplinares (Stolkiner, 1999).

- El segundo nivel metodológico, implica la programación de las formas y condiciones del desenvolvimiento de un trabajo interdisciplinario ya que requiere de un trabajo sostenido y constante. Es decir que la simple yuxtaposición de disciplinas o la cooperación ocasional no constituye una práctica interdisciplinaria (Stolkiner, 1999). Para que pueda funcionar como tal un equipo asistencial interdisciplinario, es necesaria la inclusión programada dentro de las actividades de los dispositivos necesarios a tal fin (Stolkiner, 2005).

- El tercer nivel, que incluye lo subjetivo y lo grupal, resalta que las disciplinas existen en tanto hay sujetos que las portan, las reproducen y las transforman, y que un equipo interdisciplinario es un grupo, por lo que debe ser pensado desde lógicas que contemplen ambas dimensiones (Stolkiner, 1999).

A pesar de que existe un esfuerzo creciente para estudiar empíricamente la práctica interdisciplinaria, en pocas ocasiones se ha apuntado al corazón de la misma: la integración y las condiciones humanas que la hacen posible, los sustratos emocionales e identitarios que entrelazan grupos interdisciplinarios de maneras más o menos exitosas. Por este motivo, se cuenta con un escaso número de conceptualizaciones que resalten estas dimensiones del fenómeno (Mansilla, Lamont, & Sato, 2012). En este sentido, la exploración de cuáles son los modos en los que los profesionales que conforman los equipos de IC establecen transferencias de trabajo con los médicos y cuáles son las representaciones que sostienen esas transferencias,

puede constituir un aporte valioso a la conformación de grupos de trabajo interdisciplinario.

Se ha recortado como uno de los aspectos fundamentales de las transferencias de trabajo que apunta a la conformación de un grupo no segregativo, es decir sostenido en lazos sociales horizontales, que incluyan la diferencias y no en identificaciones disciplinarias. Otra de las características es que funcionan como vías de transmisión de saberes que contemplan la complejidad y, como consecuencia de lo anterior, el trabajo que se sostiene en este tipo de lazos es posibilitador de producciones novedosas. Se ubicó también que el soporte de estos lazos es el deseo de saber, es decir la inclusión de la incompletud de los saberes como motor del trabajo. En este sentido, es posible situar que las transferencias de trabajo comparten los preceptos de los equipos interdisciplinarios en sus bases epistemológicas y metodológicas, pero tematizan particularmente el nivel subjetivo y grupal ya que implican una propuesta de conformación de grupo que evita la rivalidad imaginaria y apuesta a la colaboración, a lo colectivo desde el deseo, desde el reconocimiento de lo parcial y de lo incierto como motor de actos creativos. Es decir que la lógica que sostiene la propuesta interdisciplinaria es la que habilitaría el establecimiento de transferencias de trabajo entre profesionales, y a su vez, las transferencias de trabajo permitirían que los equipos interdisciplinarios funcionen acorde a sus preceptos.

Capítulo 8

Objetivos y Método

8.1 Objetivo general

Explorar las representaciones de la interconsulta psicológica que tienen los profesionales psicólogos y médicos que intervienen en dicha práctica en hospitales generales públicos de CABA y analizar las relaciones entre estas representaciones, las transferencias de trabajo y las prácticas que ejercen, en contexto.

8.2 Objetivos específicos

1. Explorar las características de los dispositivos de interconsulta de cuatro hospitales generales públicos de CABA, tales como la cantidad de profesionales, la experiencia de los mismos, la conformación del equipo de interconsulta, las tareas disciplinarias e interdisciplinarias que realizan, el volumen de derivaciones y servicios que las solicitan.

2. Describir las representaciones de la interconsulta psicológica que tienen los médicos que piden interconsulta con salud mental, los psicólogos que responden esos pedidos de interconsulta y los profesionales que gestionan las interconsultas con salud mental en cuatro hospitales generales públicos de CABA.

3. Explorar las transferencias de trabajo que establecen los médicos que piden interconsulta con salud mental, los psicólogos que responden esos pedidos de interconsulta y los profesionales que gestionan las interconsultas con salud mental en cuatro hospitales generales públicos de CABA.

4. Describir las prácticas de la interconsulta psicológica que ejercen los médicos que piden interconsulta con salud mental, los psicólogos que responden esos pedidos de interconsulta y los profesionales que gestionan las interconsultas con salud mental en cuatro hospitales generales públicos de CABA.

5. Analizar las relaciones entre representaciones de la interconsulta psicológica de los profesionales de la salud que intervienen en dicha práctica, las transferencias de trabajo que

establecen y las prácticas que ejercen, en hospitales generales públicos de CABA.

8.3 Tipo de estudio y diseño

Se trata de un estudio *exploratorio-descriptivo, de corte transversal*, que se enmarca dentro del paradigma interpretativo o hermenéutico, ya que busca conocer desde los mismos sujetos la representación del objeto que se estudia, considerando que se trata de un objeto complejo, que se construye socialmente en función de particularidades históricas, culturales, institucionales y políticas. Se estructura sobre la base de una *estrategia metodológica cualitativa* (Minayo & Cruz Neto, 1993) ya que se considera que es un enfoque altamente adecuado para los estudios en el campo de las ciencias humanas (Creswell, 2012).

La selección del paradigma es una de las principales decisiones estratégicas de la investigación ya que plantea consecuencias para el desarrollo del trabajo que se desprenden de la conexión íntima entre los objetivos de la investigación, la naturaleza del conocimiento, el papel de los valores y el modo concreto de operar (Ruiz Olabuénaga, 2012). En el mismo sentido, Edgar Morin (1999) refiere que los individuos conocen, piensan y actúan según los paradigmas inscriptos culturalmente en ellos, entendiendo por paradigma aquello que permite realizar la selección y determinación de las conceptualizaciones, así como sus operaciones lógicas, designando las categorías fundamentales de inteligibilidad y ejerciendo el control de su empleo.

En el campo de las ciencias sociales, el paradigma interpretativo (Vasilachis de Gialdino, 2013) o constructivista (Guba & Lincoln, 2002), tiene como fundamento la necesidad de comprender el sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los sujetos participantes. Su ontología es relativista, es decir que concibe las realidades como construcciones sociales y experienciales, de naturaleza local y específica, cuya forma y contenido depende de los individuos o grupos que sostienen esas

construcciones. A nivel epistemológico, es transaccional y subjetivista, por lo que supone que investigador y objeto de investigación están vinculados interactivamente, por ende los hallazgos son creados al avanzar la investigación. La metodología que le corresponde es hermenéutica y dialéctica, bajo el supuesto de que las construcciones individuales se producen y especifican mediante la interacción entre el investigador y quienes responden (Guba & Lincoln, 2002). El marco referencial se sostiene en la idea de que el lenguaje, como recurso y como creación, es un modo privilegiado de producción y reproducción del mundo social.

Al tratarse de un diseño cualitativo, no se tomó una secuencia lineal o circular de los componentes del estudio sino un *diseño interactivo*, que toma como elemento central la pregunta de investigación permitiendo, desde allí, relaciones estrechas de influencia recíproca con el marco conceptual, los objetivos, las metodologías de recolección y análisis de datos y la validación (Maxwell, 2012).

8.4 Unidad de análisis

Las *unidades de análisis* que se tomaron fueron cada uno de los profesionales médicos y psicólogos que participan de la práctica de la interconsulta con psicología en hospitales públicos de CABA a partir de tres funciones: quienes las solicitan, quienes responden y quienes las gestionan.

8.5 Población

Médicos y psicólogos que trabajaban en cuatro hospitales públicos de CABA y realizan o gestionan interconsultas psicológicas. Los hospitales se seleccionaron en función de ser hospitales de cabecera de áreas programáticas, es decir que recibían un gran caudal de pacientes y contaban con salas de internación para la mayoría de las especialidades médicas,

lo cual los colocaba en un lugar de privilegio para explorar qué dispositivos de interconsulta con salud mental y con psicología se implementaban.

8.6 Muestra

Se trabajó a partir de una muestra *no probabilística, intencional* (Sautu, 2003).

Se seleccionaron tres grupos de profesionales a partir de las tareas que realizan, considerando que forman un colectivo en el que se construyen y reproducen las representaciones a las que apunta esta investigación. En cada hospital en el que se llevaron a cabo las entrevistas, se buscó un profesional con tareas de gestión relativas al conjunto de prácticas que se desarrollan en el servicio de Salud Mental, dentro de las cuales está la interconsulta. También se buscaron profesionales psicólogos de planta, residentes y concurrentes que formaban parte de los equipos de interconsulta. Por último se contactaron médicos de otros servicios que solían pedir interconsulta con Salud Mental.

Se tomó un criterio estructural para establecer la muestra, es decir que a partir del diseño se apuntó a localizar y saturar el espacio simbólico, discursivo sobre el tema (Delgado & Gutierrez, 2007).

8.7 Participantes

El estudio estuvo compuesto por 4 profesionales con tareas de gestión de los cuales 2 son mujeres y 2 son varones de edad promedio 56 años; 11 psicólogos que realizan interconsultas de los cuales 9 son mujeres y 2 son varones de edad promedio 36,81 años; 10 médicos que solicitan interconsultas con psicología de los cuales 6 son mujeres y 4 son varones de edad promedio 32,5 años. Todos ellos trabajan en alguno de los siguientes hospitales públicos de CABA: Argerich, Durand, Pirovano y Ramos Mejía.

8.8 Variables de estudio

Las características de los servicios de Salud Mental y de los dispositivos de interconsulta de los hospitales generales seleccionados en este estudio fueron analizadas con el objetivo de contextualizar los discursos y las prácticas de los profesionales entrevistados.

En esta investigación se tomaron como características de los servicios de Salud Mental a: los equipos profesionales que lo conforman, la cantidad total de profesionales del servicio de Salud Mental, la distribución de profesionales según tipo de inserción en el servicio y profesión (profesionales médicos o psicólogos de planta, residentes y concurrentes), experiencia de los profesionales de planta y orientación teórica mayoritaria.

Como características de los dispositivos de interconsulta se consideró: la cantidad de profesionales que hacen interconsulta, la conformación de un equipo, las actividades o reuniones relativas a interconsulta y la regularidad con que se realizan, el volumen de derivaciones que recibe por mes y cuáles son los servicios que solicitan con mayor frecuencia interconsultas con Salud Mental.

Las representaciones se rastrearon en los discursos basándose en la teoría de las representaciones sociales (Jodelet, 1993).

Las transferencias de trabajo se tomaron como lazos de trabajo que se establecen entre pares, que no implican jerarquías, que permiten producir y transmitir saberes que se consolidan mediante la experiencia. Se consideró como condición de posibilidad de esos lazos por parte de los sujetos: el reconocimiento de la complejidad, las limitaciones de los saberes instituidos y la posibilidad de evitar el recurso a un ideal de saber completo. Como resultado de esos lazos se tomó en cuenta la obtención de nuevos saberes fruto de un trabajo de cooperación y un sostén para elaborar dificultades e incertidumbres propias de la práctica.

Las prácticas se construyeron a partir de las descripciones que los profesionales entrevistados hicieron de las mismas.

8.9 Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de entrevistas semi-estructuradas. Para ello se diseñaron tres modelos:

A- Cuestionario para profesionales a cargo de tareas de gestión de los servicios de Salud Mental: consta de una primera parte con preguntas que relevaban las características de los servicios de Salud Mental y los dispositivos de interconsulta; la segunda parte se compone de preguntas abiertas que apuntan a que los entrevistados desplieguen sus ideas acerca de la interconsulta y la relación del servicio de Salud Mental con otros servicios del hospital que les solicitan interconsultas. (ver anexo A).

B – Guión de entrevista para profesionales psicólogos que hacen interconsulta: se trata de un guión inicial con preguntas abiertas que apuntaron a generar un diálogo en el que los entrevistados desplegaron sus ideas acerca de la interconsulta, sus prácticas y las relaciones con otros profesionales con los que interactúan al hacer interconsultas (ver anexo B).

C – Guión de entrevista para profesionales médicos de distintos servicios que solicitan interconsulta con salud mental: se trata de un guión inicial con preguntas abiertas que apuntaron a generar un diálogo en el que los entrevistados desplegaron sus ideas acerca de la interconsulta con salud mental, sus prácticas y las relaciones con los psicólogos que hacen las interconsultas (ver anexo C).

8.10 Análisis de datos

Los datos acerca de las características de los servicios de Salud Mental y los dispositivos de interconsulta, se cuantificaron y se aplicaron procedimientos de la estadística descriptiva. El resto de los datos se analizaron siguiendo una tradición metodológica

exclusivamente cualitativa, a partir del Análisis Temático de Contenido (Braun & Clarke, 2006). Se optó por esta propuesta metodológica ya que permite evidenciar el modo en que se ha trabajado con los datos, dando cuenta del proceso seguido por el investigador para comprender e interpretar los fenómenos investigados y poner en evidencia la complejidad de los hechos humanos y sociales (Mieles Barrera et al., 2012).

A todos los sujetos se les explicitó tema y objetivos de la investigación y se solicitó su participación. Se firmó un consentimiento a fin de garantizar las normas éticas para la realización de las entrevistas, que fueron realizadas, grabadas y desgrabadas por la investigadora. Se tomó como primer momento del análisis la desgrabación y transcripción fiel de cada entrevista, lo cual permitió un acercamiento “clave” con los discursos, la anotación de las primeras ideas generales y su transformación en lo que fueron los datos (Bird, 2005). Todos fueron entrevistados en la institución sanitaria a la que pertenecen. Los nombres fueron modificados a los fines de conservar el anonimato de los participantes.

Luego, todo el material fue cargado en una unidad hermenéutica confeccionada en el software Atlas.ti, para su codificación.

El análisis de datos se realizó siguiendo el criterio de *complementación metodológica*, con el objeto de ampliar y profundizar el conocimiento (Minayo & Cruz Neto, 1993).

8.11 Fuentes de información

La construcción de los datos se realizó a partir de las siguientes *fuentes secundarias*:

- Recolección bibliográfica sobre el tema de interconsulta con Salud Mental en hospitales generales, interdisciplina, discurso médico, representaciones sociales, transferencia de trabajo y subjetividad.
- Estudio documental de Campo a partir de bibliografía y documentos sobre el sector

Salud y el sistema de Salud de CABA.

Las *fuentes primarias* fueron los cuestionarios a profesionales con tareas de gestión y las entrevistas semi-estructuradas a psicólogos y médicos.

Capítulo 9

Caracterización del contexto

9.1 Los cuatro hospitales seleccionados

El trabajo de campo fue realizado entre Julio de 2014 y Julio de 2015, en cuatro hospitales generales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires pertenecientes a las Regiones Sanitarias I, III y IV, cuyas Áreas Programáticas de Salud abarcan las comunas 1, 3, 5, 6, 12 y 13.

- Hospital Argerich, se encuentra en el barrio de La Boca, emplazado en la comuna 4, tiene a su cargo el Área Programática de Salud de la comuna 1 y es el hospital de cabecera de la Región Sanitaria I (Este).
- Hospital Durand, se encuentra en el barrio de Caballito, pertenece a la comuna 6, tiene a su cargo las Áreas Programáticas de Salud de las comunas 5 y 6 y es el hospital de cabecera de la Región Sanitaria III (Oeste).
- Hospital Pirovano, se encuentra en el barrio de Coghlan, pertenece a la comuna 12, tiene a su cargo las Áreas Programáticas de Salud de las comunas 12 y 13 y es el hospital de cabecera de la Región Sanitaria IV (Norte).
- Hospital Ramos Mejía, se encuentra en el barrio de Balvanera, pertenece a la comuna 3 y es el hospital de cabecera de dicha Área Programática de Salud, forma parte de la Región Sanitaria I (Este)

Los cuatro hospitales cuentan con Servicios de Salud Mental que dan respuesta a la demanda de atención ambulatoria por Consultorios Externos y a la demanda interna a través de los equipos de Interconsulta. En todos ellos trabajan equipos interdisciplinarios de salud mental en la guardia general del hospital. Solo el hospital Pirovano tiene una sala de internación de salud mental que debía ser inaugurada a la brevedad, al momento de realizar las entrevistas.

Los profesionales de planta que se desempeñan en los Servicios de Salud Mental lo hacen en alguna de las modalidades de atención mencionadas. Asimismo, en todos funciona la

Residencia y Concurrencia de salud mental, que son sistemas de formación de postgrado caracterizados por la práctica de la capacitación en servicio, es decir que desarrollan actividades asistenciales programadas y supervisadas en instituciones dependientes del Sistema de Salud del GCBA (Yanco et al., 2003).

9.2 Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

El Hospital Argerich está emplazado en el barrio de la Boca y sus orígenes datan de finales de siglo XIX. El edificio actual del hospital, ubicado en la calle Pi y Margall y la Av. Almirante Brown, fue construido por la Dirección General de Arquitectura del Ministerio de Obras Públicas de la Nación y transferido a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires el 8 de noviembre de 1945 (Litvachkes, 2005). Fue remodelado en dos ocasiones, en 1979 y en 1997.

Se encuentra en la Región Sanitaria I (este), en una de las comunas más desfavorecidas de la ciudad respecto del ingreso per cápita, con los menores niveles de instrucción y mayor porcentaje de la población con cobertura de salud únicamente estatal (Departamento de Epidemiología, 2008b). La tasa ajustada de mortalidad para la Región Este es de 11 por mil habitantes al igual que la Ciudad, pero la Comuna 4 es la que presenta la mayor tasa ajustada de mortalidad si se la compara con las restantes comunas de la Región (Departamento de Epidemiología, 2008b).

Se trata de un hospital con prestaciones de alta complejidad que recibe uno de los mayores caudales de consultas de todos los Hospitales del GCBA (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2015b).

9.2.1 Especialidades del Hospital Argerich.

La descripción de las especialidades fue tomada de la información que brinda el GCBA (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2017a).

- Departamento de Medicina: Cardiología, Clínica Médica, Dermatología, Neurología, Salud Mental, Endocrinología, Neumonología, Alergia, Infectología, Hematología, Oncología, Gastroenterología.
- Departamento de Cirugía: Cirugía General, Cirugía Plástica, Cirugía Cardiovascular (y trasplante cardíaco), Ginecología, Oftalmología.
- Departamento Materno Infanto Juvenil: Pediatría, Neonatología, Adolescencia, Obstetricia.
- Departamento de Urgencias: Guardia del día, Terapia Intensiva.

9.2.2 Estadísticas del Hospital Argerich.

El hospital Argerich es uno de los hospitales con más capacidad en sus servicios de internación, en 2015 contaba con un promedio de camas disponibles de 387,81 y una ocupación del 77,57% (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2015b). Ese año el hospital registró 12.493 egresos, contabilizando altas, pases y defunciones, con un promedio de permanencia en internación de 8,48 días. El giro cama, una medida que permite establecer la cantidad de veces que fue utilizada esa cama por año, fue 33,37 y la tasa de mortalidad hospitalaria del 4,19% (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2015b).

El promedio de paciente día, es decir ocupando una cama durante un período de 0 a 24 horas de un mismo día, fue de 300,82, el más alto de los Hospitales Generales de Agudos del GCBA (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2015b). Los servicios que concentraron la mayor cantidad de pacientes día (promedio) fueron cirugía general y clínica médica con un promedio de 47,95 y 31,07 respectivamente. Le siguieron Obstetricia con 29,44, Neurocirugía con 19,95, Cardiología con 19,24 y Traumatología con 17,62 (Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud - MSGC, 2015).

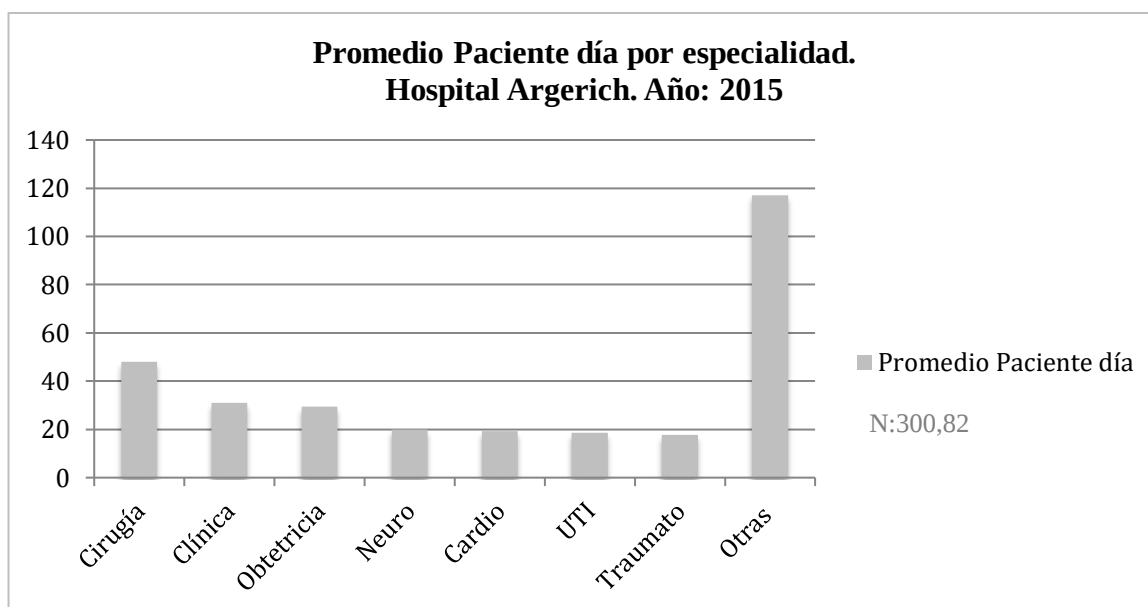


Figura 2. Promedio paciente día por especialidad. Hospital Argerich. Año: 2015.

Fuente: Movimiento Hospitalario 2015, MSGC.

9.2.3 Servicio de Salud Mental del Hospital Argerich.

Las características del servicio de Salud Mental se relevaron a partir de la información publicada por el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Dirección General de Salud Mental, 2014) y de las entrevistas realizadas en esta investigación.

El Servicio de Salud Mental contaba con dos modalidades de atención: ambulatoria por consultorios externos e interconsulta. Los equipos que funcionaban en forma ambulatoria se dividían por edades, problemática o modalidad de atención: Adultos, Niños, Adolescentes, Adultos Mayores y Trastornos Neurocognitivos, [SEP]Psiquiatría, Pareja y familia, Psicopatología, Grupos, Adicciones, Violencia Familiar y Aspectos Clínico-Legales.

El objetivo del equipo de Interconsulta era responder a demandas de médicos, de pacientes internados o de sus familiares.

Había también un equipo de psicólogos y psiquiatras dedicados a atender las demandas de los servicios de trasplante hepático, renal y cardíaco del hospital, es decir que su modalidad de trabajo podría enmarcarse en las prácticas de la interconsulta. Sin embargo, se

trata de un equipo separado del equipo de interconsulta propiamente dicho, que asiste al resto de los servicios del hospital y los profesionales que se dedican a pacientes en trasplante también se desempeñan en consultorios externos.

9.2.4 Estadísticas del Servicio de Salud Mental del Hospital Argerich.

El departamento de estadísticas de Salud del GCBA publicó estadísticas de los servicios de salud mental de los hospitales generales en el año 2014 por última vez. En ese año, el Servicio de Salud Mental del hospital Argerich recibió 544 admisiones a consultorios externos y realizó un total de 29.832 prestaciones ulteriores . De las prestaciones ulteriores, 3.196 fueron interconsultas, lo cual representa el 10,52% del total de prestaciones del servicio (n:30.376). El resto se repartieron mayoritariamente entre psicoterapia individual, psiquiatría y supervisiones; también comprendieron a psicodiagnósticos, psicopedagogía, certificados de salud mental y talleres (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2014).

Tabla 5

Admisiones y prestaciones ulteriores Hospital Argerich. Año: 2014.

Admisiones	Prestaciones ulteriores	
	Interconsultas	Otras prestaciones
544	3.196	26.663

Fuente: Departamento de estadísticas de Salud MSGC.

El número de interconsultas (3.196) refleja el total de prestaciones realizadas durante 2014, es decir un promedio de 8,75 IC por día. Este numero no permite discriminar entre pedidos de IC y el número de seguimientos de IC que se realizaron. Sin embargo, el número de interconsultas realizadas por día durante ese año se puede poner en relación con el indicador de pacientes día que registra el Hospital, dado que este indicador refleja la suma de

pacientes que permanecieron internados por día durante ese período. Si se considera que en 2014 hubo 292,62 pacientes día (Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud - MSGC, 2014), resulta que un 2,99% (n:8,75) recibieron una prestación de interconsulta de salud mental.

Los datos relevados en el trabajo de campo arrojan los siguientes porcentajes para 2015: se relevó un promedio de 200 IC por mes, es decir un promedio de 6,66 IC por día, que puesto en relación con el número promedio de pacientes día de ese periodo (300,82) (Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud - MSGC, 2015), da un porcentaje de 2,21% (n:6,66) de pacientes internados atendidos por IC de salud mental.

9.2.5 Servicios que solicitan Interconsulta con Salud Mental en el Hospital Argerich.

Los servicios que solicitaban interconsulta con Salud Mental con mayor frecuencia eran: Clínica médica, Pediatría, Obstetricia, Neurocirugía y Unidad de Terapia Intensiva. Coincide con los servicios que concentran mayor cantidad de pacientes internados, con excepción de Pediatría que está dentro de los que más solicita IC pero su promedio de paciente día inferior (8,87) al resto y Cirugía en el sentido contrario.

9.2.6 Profesionales de Salud Mental del Hospital Argerich.

El servicio estaba compuesto por 97 profesionales del área de la salud mental, de los cuales 32 eran de planta, 24 eran residentes y 40 eran concurrentes. La experiencia de los profesionales de planta era mayor a 10 años y la orientación teórica mayoritaria de los psicólogos era el psicoanálisis.

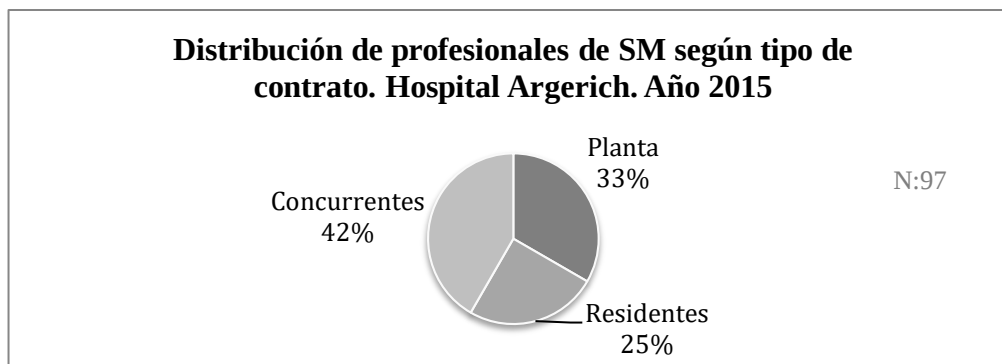


Figura 3. Distribución de profesionales de Salud Mental según tipo de contrato. Hospital Argerich. Año: 2015.

Fuente: Elaboración propia.

Del total de profesionales, 23 hacían alguna tarea de interconsulta, tanto en el equipo de interconsulta como en el equipo de trasplante. De los datos se desprende que 23,7% (n:23) del total de profesionales del servicio de salud mental (n:97) hacía alguna tarea de interconsulta. Con respecto a los psicólogos, 22,07% (n:17) del total de psicólogos del servicio (n:77) realizaba interconsultas, mientras que un 77,92% (n:60) pertenecía al área de consultorios externos.

Tabla 6

Distribución de psicólogos y psiquiatras por equipos. Hospital Argerich. N:97. Año 2015.

HOSPITAL Argerich	Profesionales que hacen IC	Profesionales consultorios externos
Psicólogos de planta	2	23
Psicólogos residentes	5	7
Psicólogos concurrentes	10	30
Psiquiatras de planta	2*	8*
Psiquiatras residentes	4	8
Total	23	76

Nota:*Los psiquiatras de planta que hacen IC también atienden por consultorios externos. El total de psiquiatras de planta es 8. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo.

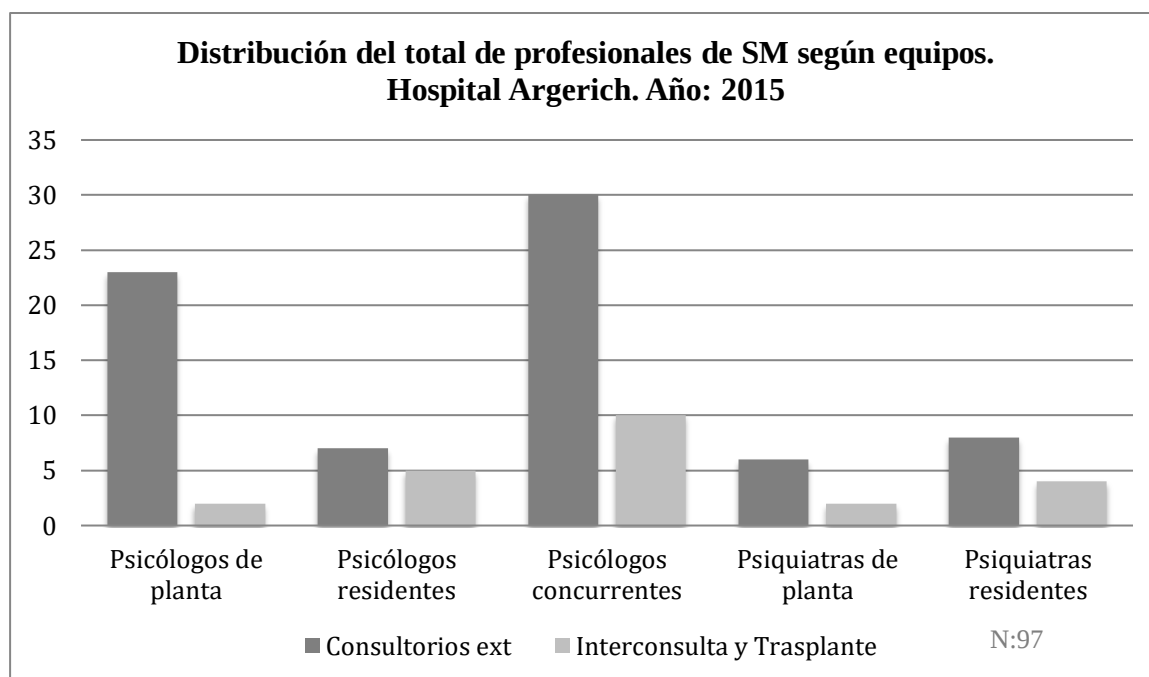


Figura 4. Distribución del total de profesionales de Salud Mental según equipos. Hospital Argerich. Año: 2015.

Fuente: Elaboración propia.

A su vez, la mayoría de los psicólogos que hacía interconsulta eran profesionales en formación, es decir residentes o concurrentes. Solo el 3% (n:2) del total de psicólogos del servicio (n:77) eran profesionales de planta permanente dedicados a tareas de interconsulta.

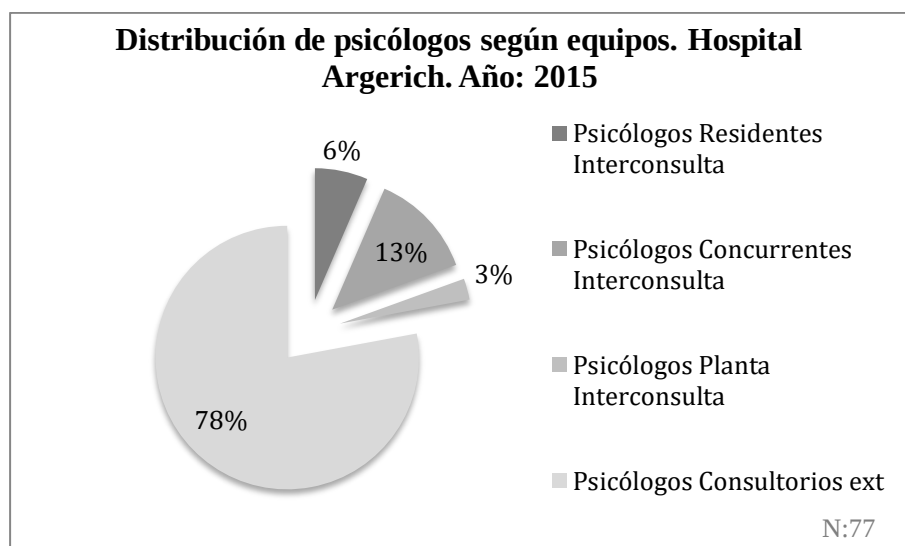


Figura 5. Distribución de psicólogos según equipos. Hospital Argerich. Año: 2015.

Fuente: Elaboración propia.

9.2.7 Conformación del equipo de Interconsulta del Hospital Argerich.

Al momento de realizar la presente investigación, el equipo estaba integrado por un psicólogo de planta coordinador, un psiquiatra de planta, cinco residentes y cuatro concurrentes. No todos tenían dedicación exclusiva a Interconsulta. Los concurrentes permanecían en el equipo entre 6 y 8 meses, dependiendo de la cantidad de veces por semana que iban al hospital. Los residentes permanecían en el equipo un año.

El equipo se formó a partir de que se designó al actual coordinador, anteriormente se respondía a los pedidos de interconsulta de manera aislada. A partir de la conformación del equipo se trabajaba con todos los pedidos de interconsulta provenientes de todos los servicios de internación del hospital, exceptuando a los pacientes incluidos en alguno de los programas de trasplante que eran atendidos por otro grupo de profesionales de Salud Mental. Se trataba de dos profesionales de planta, sin dedicación exclusiva, y seis concurrentes. Dentro del servicio, no se los consideraba como “equipo de interconsulta” sino como “equipo de trasplante”.

9.2.8 Actividades del equipo de Interconsulta del Hospital Argerich.

Se realizaban reuniones de equipo, con el coordinador de Interconsulta, con una frecuencia semanal. Además se presentaban ateneos en el Servicio.

Los residentes tenían una supervisión externa de Interconsulta que solicitaban cuando lo requerían; no dependía del equipo de Interconsulta sino que se organizaba desde la residencia.

9.3 Hospital General de Agudos Dr. Carlos Durand

El Hospital Durand está emplazado en el barrio de Caballito, en frente al Parque Centenario. Su construcción se inició a partir de que el Dr. Durand donara sus bienes a los

finis de la construcción de un hospital, que fue inaugurado en 1913. En 1938 se realizó la construcción del "Instituto de Perfeccionamiento Médico - Quirúrgico" y en 1950 hubo un período de incorporación de pabellones, en su mayoría dedicados a atender enfermos crónicos. El edificio actual, ubicado en la calle 5044, fue remodelado en la década del 70, aunque algunos de sus pabellones conservan su fisonomía original.

Se trata de un Hospital Universitario de alta complejidad asociado a la Universidad de Buenos Aires. Dentro de su historia institucional se destaca la labor del Servicio de Inmunología que, junto a organismos de derechos humanos, participó en la creación del Banco Nacional de Datos Genéticos que funcionó en allí desde su creación en 1987 hasta su traslado a la órbita del Ministerio de Ciencia y Tecnología en 2009 (Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación productiva, 2017).

Se encuentra en la Región Sanitaria III (oeste), en una de las comunas más favorecidas de la ciudad respecto del ingreso per cápita, con altos niveles de instrucción y menor porcentaje de la población con cobertura de salud únicamente estatal (Departamento de Epidemiología, 2008a). Sin embargo, la región sanitaria de la que el hospital Durand es hospital de cabecera, presenta marcadas desigualdades sobre todo entre la comuna 6 y las comunas 10 y 15 que presentan una situación social con indicadores de mayor vulnerabilidad (Departamento de Epidemiología & Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2015). Dentro de su región, es el hospital que concentra el mayor caudal de pacientes, tanto en sus servicios de internación como en atención ambulatoria.

9.3.1 Especialidades del Hospital Durand.

Especialidades médicas adultos: Alergia, Cardiología, Clínica Médica, Dermatología, Endocrinología, Fisioterapia, Foniatría, Fonoaudiología, Gastroenterología, Ginecología, Kinesiología, Nefrología, Neumonología, Neurología, Obstetricia, Oftalmología, Oncología,

Otorrinolaringología, Proctología, Psiquiatría, Reumatología, Traumatología, Urología, Cirugía General.

Especialidades médicas pediátricas: Alergia, Cardiología, Clínica Pediátrica, Dermatología, Endocrinología, Fisioterapia, Foniatría, Fonoaudiología, Gastroenterología, Kinesiología, Neonatología, Neumonología, Neurología, Oftalmología, Oncología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Traumatología (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2017c).

9.3.2 Estadísticas del Hospital Durand.

El hospital Durand es uno de los principales hospitales de la ciudad de Buenos Aires, en 2015 contaba con un promedio de camas disponibles de 265,23 y una promedio de ocupación de 73,59% (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2015b). Ese año el hospital registró 8.454 egresos, contabilizando altas, pases y defunciones, con un promedio de permanencia en internación de 8,43 días. El giro cama fue 31,87 y la tasa de mortalidad hospitalaria del 4,59% (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2015b).

El promedio de paciente día fue de 195,18 (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2015b). Los servicios que concentraron la mayor cantidad de pacientes día (promedio) fueron clínica médica con 36,78, obstetricia con 28,36, geriatría con 21,44, neonatología 13,34, pediatría 12,42, cirugía general 10,93 y traumatología con 10,65 (Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud - MSG, 2015a).

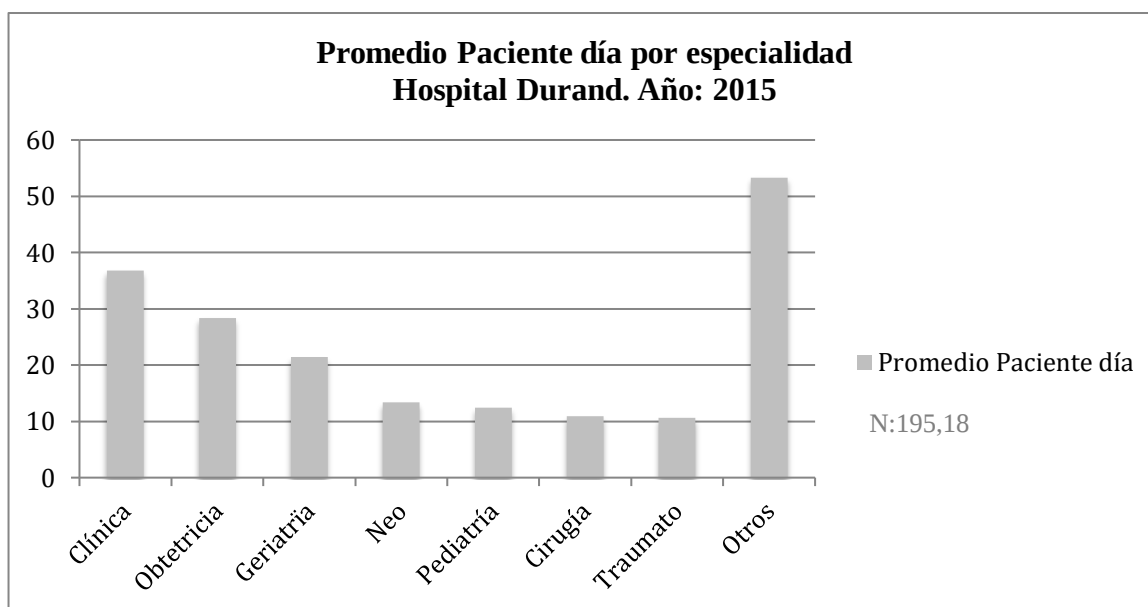


Figura 6. Promedio paciente día por especialidad. Hospital Durand. Año: 2015.

Fuente: Movimiento Hospitalario 2015, MSGC.

9.3.3 Servicio de Salud Mental del Hospital Durand.

Las características del servicio de Salud Mental se relevaron a partir de la información publicada por el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y de las entrevistas realizadas en esta investigación.

Se trata de un Servicio de Salud Mental con dos modalidades de atención: ambulatoria por consultorios externos e interconsulta. Los equipos que funcionaban en forma ambulatoria por consultorios externos eran: ^[SEP]adultos^[SEP], niños^[SEP], adolescentes^[SEP], pareja y familia^[SEP], violencia familiar^[SEP], VIH/SIDA, trastornos de la alimentación, grupos, psicopedagogía (Dirección General de Salud Mental, 2014).

El equipo de Interconsulta respondía a demandas de médicos, de pacientes internados o de sus familiares.

9.3.4 Estadísticas del Servicio de Salud Mental del Hospital Durand.

Las últimas estadísticas publicadas, correspondientes al año 2014, indican que se

realizaron un total de 2.400 admisiones a consultorios externos y, de las prestaciones ulteriores, 3.828 fueron interconsultas y 50.605 de los otros equipos, principalmente psicoterapia individual y psiquiatría (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2014).

Tabla 7

Admisiones y prestaciones ulteriores Hospital Durand. Año 2014.

Admisiones	Prestaciones ulteriores	
	Interconsultas	Otras prestaciones
2.400	3.828	50.605

Fuente: Departamento de estadísticas de Salud MSGC.

Es decir que del total de prestaciones ulteriores (n:54.433), 7,03% (n:3.828) fueron interconsultas, con un promedio de 10,48 IC por día. El promedio de paciente día internado para ese el año 2014 fue de 195,47 por lo que se puede calcular que sobre ese total de pacientes internados un 5,36% (n:10,48) recibieron atención por parte de salud mental.

De los datos recogidos durante el trabajo de campo, se obtuvo el dato de cantidad de pedidos de IC recibidos en 2014: 675, es decir 1,84 pedidos por día. Poniendo este dato en relación con el promedio de pacientes día (195,18) se puede calcular que el porcentaje de pedidos de IC por día fue de 0,94% (n:1,84).

9.3.5 Servicios que solicitan Interconsulta con Salud Mental en el Hospital Durand.

Los servicios que más pedían IC con salud mental eran Clínica médica, Traumatología, Obstetricia y Pediatría. Cirugía solo pide si se trata de una urgencia psiquiátrica. Esto coincide con los servicios con mayor número de pacientes internados en el hospital.

9.3.6 Profesionales de Salud Mental del Hospital Durand.

El servicio estaba compuesto por 70 profesionales del área de la salud mental, de los cuales 29 eran de planta, 18 eran residentes y 23 eran concurrentes. La experiencia de los profesionales de planta era mayor a 10 años y la orientación teórica mayoritaria de los psicólogos era el psicoanálisis.

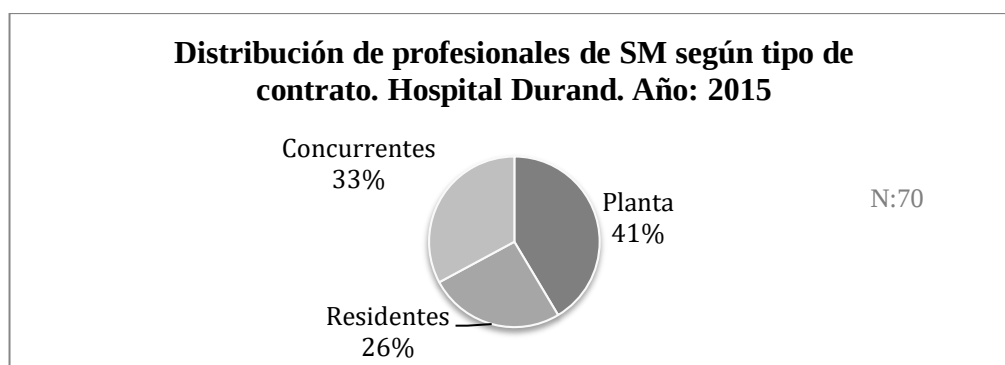


Figura 7. Distribución de profesionales Salud Mental según tipo de contrato. Hospital Durand. Año: 2015.

Fuente: Elaboración propia.

Del total de profesionales, 9 hacían alguna tarea de interconsulta. Por lo tanto se desprende que 12,85% (n:9) del total de profesionales del servicio de salud mental (n:70) hacían alguna tarea de interconsulta y que 12% (n:6) del total de psicólogos del servicio (n:50) realizaba interconsultas, mientras que un 88% (n:44) atendía por consultorios externos.

Tabla 8

Distribución de profesionales por equipos. Hospital Durand. N:70. Año 2015.

HOSPITAL Durand	Profesionales que hacen IC	Profesionales consultorios externos
Psicólogos de planta	2	15
Psicólogos residentes	2	8
Psicólogos concurrentes	2	21
Psiquiatras de planta	1	10
Psiquiatras residentes	2	7
Psiquiatras concurrentes	0	0
Otros (psicopedagogos)	0	2
Total	9	63

Fuente: Elaboración propia.

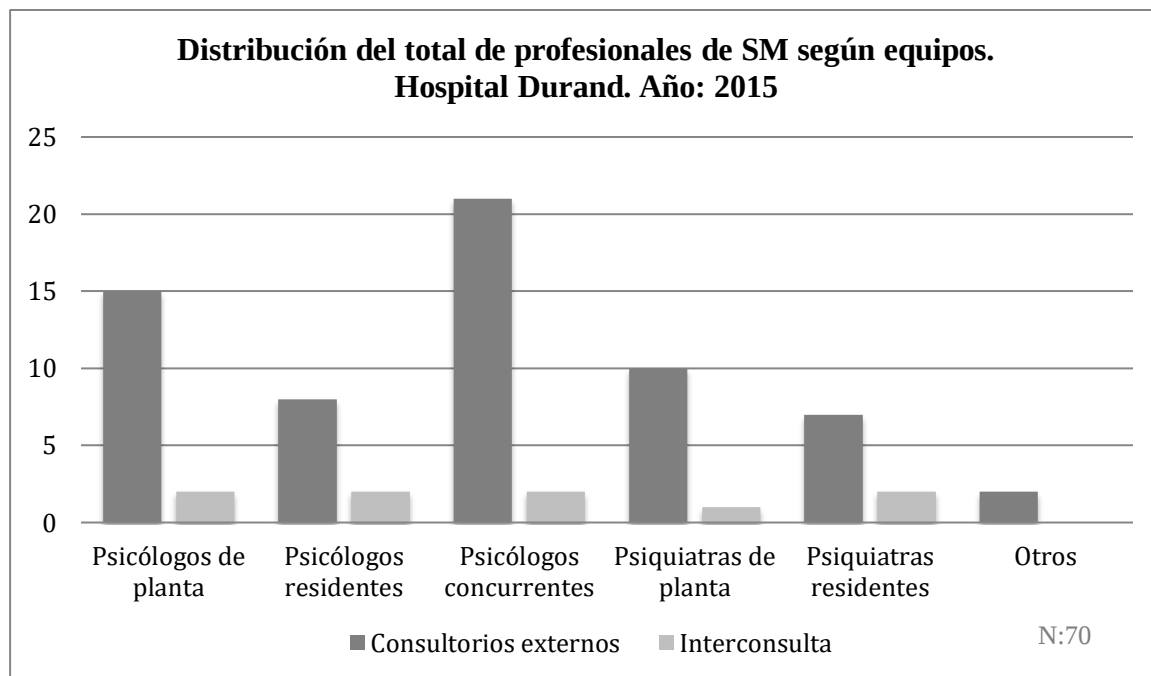


Figura 8. Distribución del total de profesionales de Salud Mental según equipos. Hospital Durand. Año: 2015.

Fuente: Elaboración propia.

A su vez, la mayoría de los psicólogos que hacía interconsulta eran profesionales en formación, es decir residentes o concurrentes. Solo el 4% (n:2) del total de psicólogos del servicio (n:50) eran profesionales de planta permanente dedicados a tareas de IC.

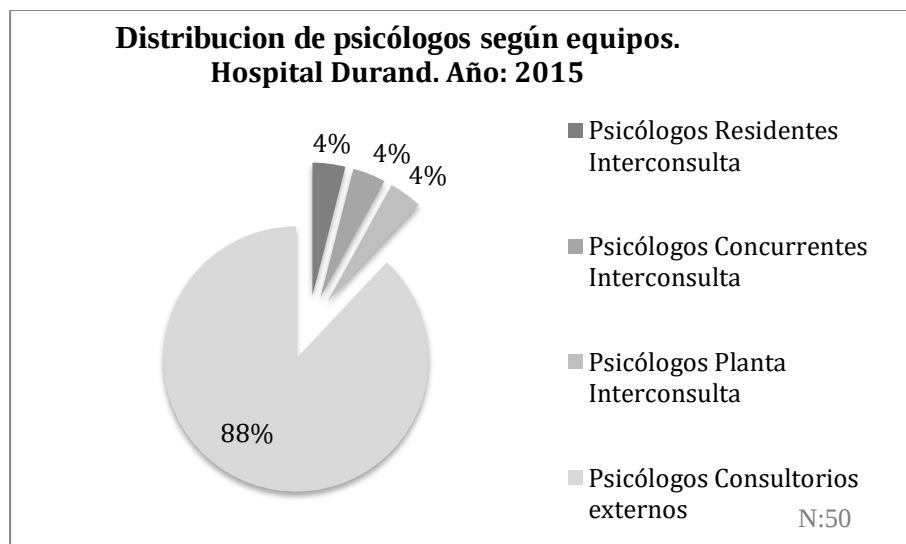


Figura 9. Distribución de psicólogos según equipos. Hospital Durand. Año: 2015.

Fuente: Elaboración propia.

9.3.7 Conformación del equipo de Interconsulta del Hospital Durand.

Había dos equipos de IC en el Hospital Durand: adultos e infanto-juvenil. El equipo de adultos estaba conformado por una psicóloga y una psiquiatra de planta que coordinaban el equipo integrado por dos residentes psicólogos y dos residentes psiquiatras de segundo año. Esta conformación se había producido por iniciativa de las coordinadoras al crearse la residencia de Salud mental de ese hospital. El equipo de infanto-juvenil estaba integrado por una psicóloga de planta y dos concurrentes, todas ellas asistían a los pases de sala en Pediatría y luego se encargaban de seguir a los pacientes que requerían atención psicológica. No había psiquiatra de niños y adolescentes en el equipo.

9.3.8 Actividades del equipo de Interconsulta del Hospital Durand.

El equipo de adultos se reunía dos veces por semana a poner en común los pacientes que se estaban atendiendo y pensar estrategias, entre residentes y profesionales de planta. Los residentes por su parte tenían una supervisión mensual para psicólogos y otra para psiquiatras fuera del hospital.

El equipo de IC de infanto-juvenil asistía a los pases de sala de Pediatría y tenía supervisiones mensuales a la que asistían las concurrentes y la psicóloga de planta.

9. 4 Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano

El Hospital Pirovano está emplazado en el límite de los barrios de Belgrano y Coghland, sobre la Calle Monroe 3555. Fue inaugurado en 1896 en lo que aquel momento era el pueblo de Belgrano, debido a las necesidades sanitarias de sus habitantes que habían sufrido epidemias como el cólera asiático (1857-1867), la fiebre amarilla (1858-1871) y la fiebre tifoidea (1881)(Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2017b).

Participaron en su construcción la organización de las damas de caridad y otros benefactores que en aquel momento, junto a la iglesia, llevaban adelante estos proyectos.

Próximo a la finalización de la obra, el 2 de Julio de 1895, acontece el fallecimiento del Dr. Ignacio Pirovano, amigo de quien se desempeñaba en aquel momento como secretario de la Asistencia Pública y que gestiona que el nuevo hospital lleve el nombre del cirujano. El edificio actual del hospital es el fruto de múltiples ampliaciones y remodelaciones (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2017b).

El Pirovano es el hospital de cabecera de la Región Sanitaria IV (norte), que comprende las comunas 2, 12, 13 y 14. La región presenta los indicadores más altos de ingresos per cápita de la Ciudad y los mayores porcentajes de población mayor de 25 años con estudios universitarios completos (Departamento de Epidemiología, 2008b). En relación con la Cobertura de Salud, la Comuna 13 presenta el menor porcentaje de población con cobertura únicamente estatal (Departamento de Epidemiología, 2008b). La tasa ajustada de mortalidad general de la Región Norte es de 10 por mil habitantes, menor que la tasa de la Ciudad (Departamento de Epidemiología, 2008b).

9.4.1 Especialidades del Hospital Pirovano.

La descripción de las especialidades fue tomada de la información que brinda el GCBA (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2017d).

Departamento de Medicina: División Anestesiología, División Cardiología (Unidad Internación Cardiología y Sección Unidad Coronaria), División Clínica Médica, Unidad Dermatología y Alergia (Unidad Dermatología y Sección Alergia), Unidad Endocrinología, Unidad Gastroenterología (Sección Endoscopía), Unidad Neurología (Sección Electroneurofisiología), Sección Nefrología Clínica, Sección Neumotisiología, Sección Psicopatología, Sección Reumatología.

Departamento de cirugía: División Cirugía General, División Ginecología, División Neurocirugía, División Otorrinolaringología, Sección Fonoaudiología, División

Traumatología y Ortopedia, Unidad Urología, Sección Cirugía Esofágica, Sección Cirugía Plástica, Sección Cirugía Vascular, Sección Odontología, Sección Oftalmología.

Departamento materno infanto-infantil : División Obstetricia, División Pediatría.

Departamento de Urgencias: Unidad Guardia de Día, Unidad Terapia Intensiva.

9.4.2 Estadísticas del Hospital Pirovano.

El hospital Pirovano es uno de los principales hospitales de la ciudad de Buenos Aires, en 2015 contaba con un promedio de camas disponibles de 344,39 y una promedio de ocupación de 66,25% (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2015b). Ese año el hospital registró 8.551 egresos, contabilizando altas, pases y defunciones, con un promedio de permanencia en internación de 9,74 días. El giro cama fue 24,83 y la tasa de mortalidad hospitalaria del 5,2% (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2015b).

El promedio de paciente día fue de 228,15 (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2015b). Los servicios que concentraron la mayor cantidad de pacientes día (promedio) fueron clínica médica con 56,41, cirugía general 37,28, traumatología con 36,38, obstetricia con 15,99, ginecología con 15,39, neurocirugía 10,92 y pediatría 8,37 (Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud - MSG, 2015b).

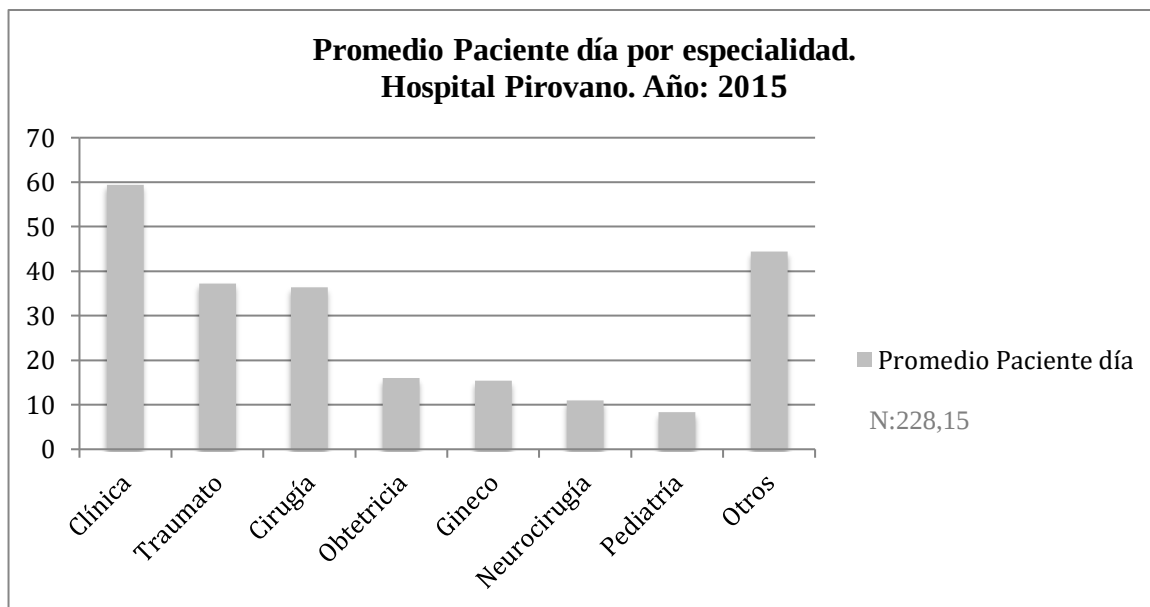


Figura 10. Promedio paciente día por especialidad. Hospital Pirovano. Año: 2015.

Fuente: Movimiento Hospitalario 2015, MSGC.

9.4.3 Servicio de Salud Mental del Hospital Pirovano.

Las características del servicio de Salud Mental se relevaron a partir de la información publicada por el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Dirección General de Salud Mental, 2014) y de las entrevistas realizadas en esta investigación.

El servicio se organizaba en equipos de asistencia ambulatoria: Psicoterapia individual (Adultos, niños, adolescentes/adultos jóvenes y sus familias), Pareja y familia, Psiquiatría, Gerontopsiquiatría, Anorexia y bulimia, Violencia y maltrato, VIH-Sida, Psicodiagnósticos judiciales. Además contaba con un equipo de Interconsulta para pacientes internados.

A nivel de prevención y promoción, ofrecía varios talleres orientados a temáticas de interés comunitario.

9.4.4 Estadísticas del Servicio de Salud Mental del Hospital Pirovano.

Las últimas estadísticas publicadas, correspondientes al año 2014, indican que se realizaron un total de 622 admisiones a consultorios externos y, de las prestaciones ulteriores, 2.763 fueron interconsultas y 19.750 de los otros equipos, principalmente psicoterapia

individual y psiquiatría (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2014).

Tabla 9

Admisiones y prestaciones posteriores Hospital Pirovano. Año 2014.

Admisiones	Prestaciones posteriores	
	Interconsultas	Otras prestaciones
622	2.763	16.987

Fuente: Departamento de estadísticas de Salud MSGC.

Es decir que del total de prestaciones posteriores (n: 19.750), 13,98% (n: 2.763) fueron interconsultas, con un promedio de 7,56 IC por día. El promedio de paciente día internado para ese periodo fue de 223,25 (Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud - MSG, 2014a) por lo que se puede calcular que sobre ese total de pacientes internados un 3,38% (n:7,56) recibieron atención por parte de salud mental en ese año.

En 2015 el promedio diaria de IC que se realizaban era 6,66, según datos aportados por gestores durante el trabajo de campo. Poniendo este dato en relación con el promedio de pacientes día de 2015 que fue 228,15, se puede calcular que el porcentaje de pedidos de IC por día fue de 2,91% (n:6,66).

9.4.5 Servicios que solicitan Interconsulta con Salud Mental en el Hospital Pirovano.

Los servicios que más demanda de IC tienen son: clínica médica, pediatría, traumatología y obstetricia. Son algunos de los servicios que mayor cantidad de pacientes internados tienen en el hospital.

9.4.6 Profesionales de Salud Mental del Hospital Pirovano.

El servicio estaba compuesto por 47 profesionales del área de la salud mental, de los cuales 26 eran de planta, 16 eran residentes y 5 eran concurrentes. La experiencia de los profesionales de planta era mayor a 10 años y la orientación teórica mayoritaria de los psicólogos era el psicoanálisis.

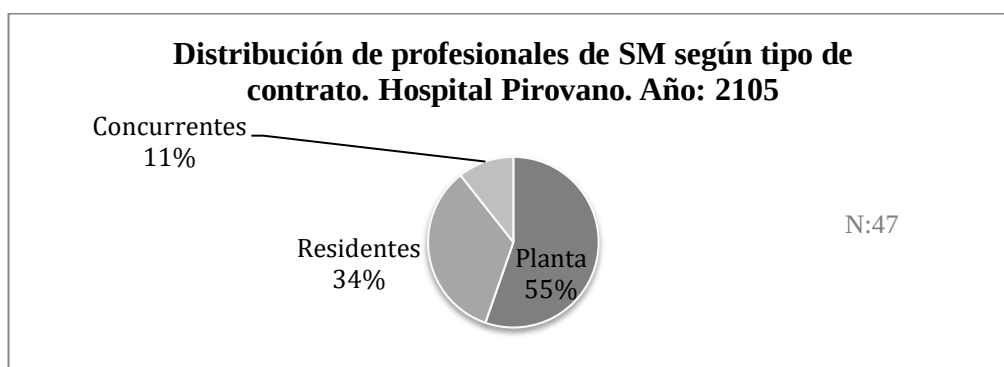


Figura 11. Distribución de Profesionales de Salud Mental según tipo de contrato. Hospital Pirovano. Año: 2015.
Fuente: Elaboración propia.

La distribución de profesionales según equipos tenía la particularidad de que había habido un concurso para cubrir vacantes de psiquiatras de planta para la sala de internación que, al momento del trabajo de campo no se había inaugurado. Por este motivo, dichos psiquiatras realizaban tareas de IC y consultorios externos, hasta la apertura de la sala.

Tabla 10

Distribución de profesionales por equipos. Hospital Pirovano. N:47. Año 2015.

HOSPITAL Pirovano	Profesionales que hacen IC	Profesionales consultorios externos
Psicólogos de planta	2	16
Psicólogos residentes	1	7
Psicólogos concurrentes	0	5
Psiquiatras de planta	7*	7*
Psiquiatras residentes	1	7
Psiquiatras concurrentes	0	0
Otros (asistente social)	0	1
Total	11	43

Nota: *Los psiquiatras de planta hacen IC y consultorio externo. Parte del staff pertenecía a la sala de internación que aún no se había inaugurado. Fuente: Elaboración propia.

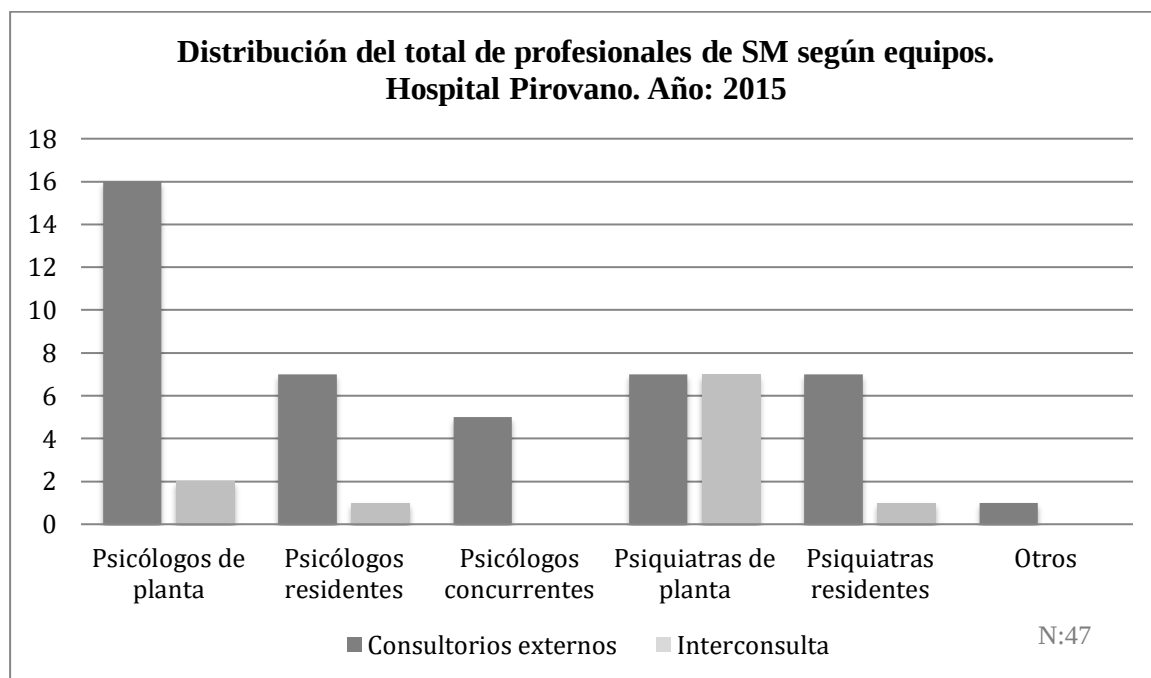


Figura 12. Distribución del total de profesionales de Salud Mental según equipos. Hospital Pirovano. Año: 2015.

Fuente: Elaboración propia.

Del total de profesionales, 11 hacían alguna tarea de interconsulta. Por lo tanto se desprende que 23,4% (n:11) del total de profesionales del servicio de salud mental (n:47) hacían alguna tarea de interconsulta. Con respecto a los psicólogos, 9,67% (n:3) del total de psicólogos del servicio (n:31) realizaba interconsultas, mientras que un 90,33% (n:28) atendía por consultorios externos. Del total de psicólogos (n:31), solo un 6,45% (n:2) eran psicólogos de planta dedicados a IC.



Figura 13. Distribución de psicólogos según equipos. Hospital Pirovano. Año: 2015.

Fuente: Elaboración propia.

9.4.7 Conformación del equipo de Interconsulta del Hospital Pirovano.

El equipo de IC del hospital Pirovano presentaba características particulares. Históricamente había estado conformado por dos psicólogas de planta que, por interés personal, habían decidido hacer IC dieciséis años atrás. Junto a ellas, varios psicólogos en formación solían rotar por IC y tomaban a su cargo parte del caudal de pacientes. Luego se instaló la residencia de salud mental por lo que residentes de cuarto año comenzaron a rotar por IC. Los psiquiatras de planta, que trabajaban en consultorio externo, hacían IC convocados por las psicólogas en caso de requerir su intervención.

Al momento del trabajo de campo, psiquiatras de planta que habían concursado para atender en la futura sala de internación del hospital, se encontraban haciendo tareas de IC así como de consulta ambulatoria.

9.4.8 Actividades del equipo de Interconsulta del Hospital Pirovano.

El equipo de IC en su conjunto no tenía reuniones de equipo al momento de realizar el trabajo de campo. La reunión en la que todos coincidían era el ateneo del servicio al que asisten todos los profesionales de salud mental.

Las actividades eran por grupos separados, por ejemplo había reuniones de las dos psicólogas de planta con el jefe del servicio, reuniones entre las psicólogas de planta y la psicóloga residente que cumplían función de supervisión, aunque no sistematizadas. A su vez los residentes contaban con espacios de supervisión propios.

9.5 Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía

El Hospital Ramos Mejía está emplazado en el barrio de Balvanera, al suroeste de la ciudad y sus orígenes se remontan al Lazareto San Roque inaugurado en 1868 para dar asilo y tratar, en un sitio alejado de la ciudad, a pacientes víctimas de las epidemias de cólera y fiebre amarilla que azotaron Buenos Aires en aquellos años. Poco tiempo después se puso en marcha un proyecto para transformarlo en Hospital General, que recién se concretó en 1883, año de su inauguración. El Hospital San Roque, el único Hospital General de la Municipalidad para entonces, creció en cantidad de pabellones y diversidad de especialidades, albergando cátedras de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y siendo el lugar en el que ejercieron renombrados médicos argentinos. En 1914 el hospital fue rebautizado con el nombre de su impulsor y figura tutelar el Dr. J.M. Ramos Mejía (Alonso & Nasimbera, 2016).

Su área programática incluye la totalidad de la comuna 3, es decir los barrios de Balvanera y San Cristóbal, más secciones de los barrios de Almagro, Boedo, San Nicolás, Montserrat y Constitución, inscriptas en las comunas 1 y 5 de la ciudad de Buenos Aires (Mir Candal, Iglesias, Alfano, & Saggio, 2017). Según el sistema de regionalización en salud el Hospital Ramos Mejía se encuentra en la Región I (este). La comuna 3 es la más densamente poblada de toda la ciudad y por ende de la Región I, con una densidad de 32.945,6 hab/km²,

lo cual representa un 6,7% del total de la CABA (Mir Candal et al., 2017). Tiene un total estimado de 192.171 habitantes, con predominio de población femenina (53%) coincidiendo con la distribución por sexo en CABA, envejecida, con un porcentaje de inmigrantes del 15%, superior en un 2% al porcentaje de la CABA (Mir Candal et al., 2017). Se trata de una comuna con indicadores socioeconómicos desfavorables, con ingresos per cápita familiar promedio inferiores al promedio para CABA, con niveles de instrucción que tampoco alcanzan el promedio de la ciudad y un 25,9% de la población con cobertura de salud únicamente estatal (Departamento de Epidemiología, 2008b).

El Hospital Ramos Mejía tiene el número más alto de camas disponibles de los hospitales generales de agudos de CABA y el segundo, luego del Argerich, en cantidad de pacientes internados por día (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2015b).

9.5.1 Especialidades del Hospital Ramos Mejía.

Especialidades médicas de adultos: Alergia, Cardiología, Clínica Médica, Dermatología, Endocrinología, Fisioterapia, Foniatría, Fonoaudiología, Gastroenterología, Ginecología, Nefrología, Neumonología, Neurología, Obstetricia, Oftalmología, Oncología, Otorrinolaringología, Proctología, Psiquiatría, Reumatología, Traumatología, Urología, Cirugía General, Inmunocomprometidos, Neurocirugía, Terapia Radiante.

Especialidades médicas pediátricas: Alergia, Clínica Pediátrica, Dermatología, Neonatología, Traumatología.

9.5.2 Estadísticas del Hospital Ramos Mejía.

En 2015 el hospital registró 10.746 egresos, contabilizando altas, pases y defunciones, con un promedio de permanencia en internación de 9,53 días. El giro cama, fue 26,07 y la tasa de mortalidad hospitalaria del 6,22% (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2015b).

El promedio de paciente día fue de 280,55 (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2015b). Los servicios que concentraron la mayor cantidad de pacientes día son clínica médica con un promedio de 88,28 y cirugía general 38,15. Le siguen Obstetricia con 19,88, Traumatología con 16,93, Urología con 10,46 y Neurología con 9,68 (Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud - MSG, 2015c).

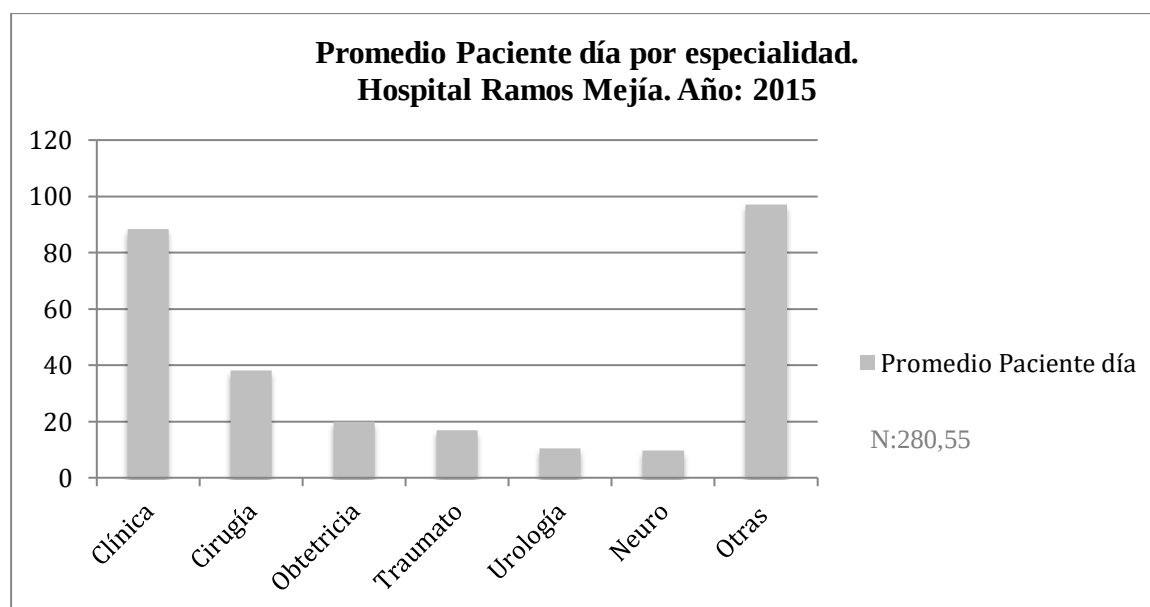


Figura 14. Promedio paciente día por especialidad. Hospital Ramos Mejía. Año: 2015.
Fuente: Movimiento Hospitalario 2015, MSGC.

9.5.3 Servicio de Salud Mental del Hospital Ramos Mejía.

Las características del servicio de Salud Mental se relevaron a partir de la información publicada por el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y de las entrevistas realizadas en esta investigación.

Se trata de un Servicio de Salud Mental que cuenta con dos modalidades de atención: ambulatoria por consultorios externos e interconsulta.

Los equipos que funcionan en forma ambulatoria por consultorios externos son: Adultos, Infanto-juvenil, Gerontopsiquiatría, Grupo familia y pareja, VIH-Sida, Psicodiagnóstico, Psicopedagogía, Psicoterapia a corto plazo.

El equipo de Interconsulta en internación responde a demandas de médicos, de pacientes internados o de sus familiares.

9.5.4 Estadísticas del Servicio de Salud Mental del Hospital Ramos Mejía.

Tomando las últimas estadísticas de los servicios de salud mental publicadas, del año 2014, surge que durante el primer semestre de ese año, el Servicio de Salud Mental del hospital Ramos Mejía recibió 177 admisiones a consultorios externos y realizó un total de 22.044 prestaciones ulteriores (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2014). De las prestaciones ulteriores, 10.101 fueron interconsultas, lo cual representa el 45,82% del total de prestaciones del servicio. El resto se reparten mayoritariamente entre psicoterapia individual, psiquiatría y psicopedagogía individual; también hubo prestaciones de psicoterapia grupal y familiar, psicodiagnóstico y certificados de salud mental (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2014).

Tabla 11

Admisiones y prestaciones ulteriores Hospital Ramos Mejía. Primer semestre año 2014.

Admisiones	Prestaciones ulteriores	
	Interconsultas	Otras prestaciones
177	10.101	11.943

Fuente: Departamento de estadísticas de Salud MSGC.

Si se toma el número de 10.101 IC por semestre, la cantidad de IC diarias en promedio fueron 55,36 IC diarias. Puesto en relación con el número de pacientes día internados del año 2014 (n:273,29), obtenido del informe de Movimiento de Internación del Ministerio de Salud del GCBA (2014b), resultaría que un 20,24% de los pacientes día recibieron una prestación por salud mental. Estos números contrastan llamativamente con los recolectados durante el

trabajo de campo en 2015. Según estos datos, los promedios mensuales en 2015 eran de 150 interconsultas mensuales, es decir un promedio de 5 IC por día. Puesto en relación con el promedio de pacientes día correspondiente a 2015 (n:280,55), obtenido del informe de Movimiento hospitalario del Ministerio de Salud del GCBA para ese año (2015b), daría que un 1,78% fueron atendidos por IC de salud mental. Este valor, a su vez, es más cercano al del resto de los hospitales y a los datos de estadísticas internacionales de derivación a IC (Bourgeois et al., 2005).

9.5.5 Servicios que solicitan Interconsulta con Salud Mental en el Ramos Mejía.

Los servicios que solicitan interconsulta con Salud Mental con mayor frecuencia son: clínica médica, neurología y pediatría.

9.5.6 Profesionales de Salud Mental del Hospital Ramos Mejía.

El servicio está compuesto por 82 profesionales del área de la salud mental, de los cuales 28 son de planta, 26 son residentes, 28 son concurrentes. La experiencia de los profesionales de planta es mayor a 10 años y la orientación teórica mayoritaria es el psicoanálisis.

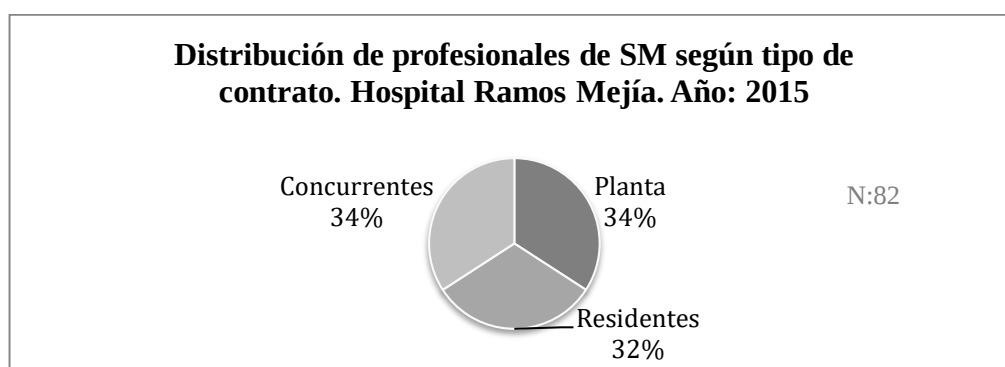


Figura 15. Distribución de profesionales Salud Mental según tipo de contrato. Hospital Ramos Mejía. Año: 2015.
Fuente: Elaboración propia.

Del total de profesionales, 17 hacían alguna tarea de interconsulta. De los datos se desprende que 20,73% (n:17) del total de profesionales del servicio de salud mental (n:82) hacían alguna tarea de interconsulta y que 16,94% (n:10) del total de psicólogos del servicio (n:59) realizaba interconsultas, mientras que un 83,05% (n:49) pertenecía a otros equipos.

Tabla 12

Distribución de profesionales por equipos Hospital Ramos Mejía. N:82. Año 2015.

HOSPITAL Ramos Mejía	Profesionales que hacen IC	Profesionales consultorios externos
Psicólogos de planta	2	20
Psicólogos residentes	6	7
Psicólogos concurrentes	2	22
Psiquiatras de planta	1*	5
Psiquiatras residentes	6	7
Psiquiatras concurrentes (apsa)	0	4
Otros (psicopedagoga)	0	1
Total	17	66

Nota: *El psiquiatra de planta que hace IC también atiende en consultorios externos. Fuente: Elaboración propia.

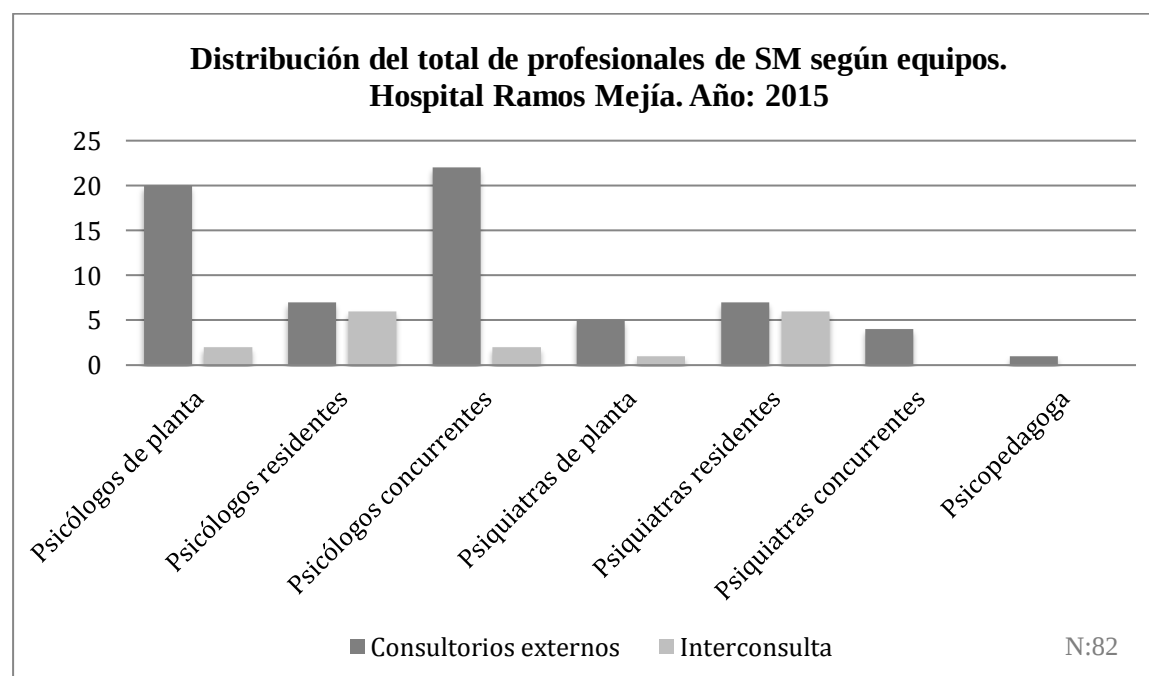


Figura 16. Distribución del total de profesionales de Salud Mental según equipos. Hospital Ramos Mejía. Año: 2015.

Fuente: Elaboración propia.

A su vez, la mayoría de los psicólogos que hacía interconsulta eran profesionales en formación, es decir residentes o concurrentes. Solo el 3,38% (n:2) del total de psicólogos del servicio (n:59) eran psicólogos de planta con tareas de interconsulta.

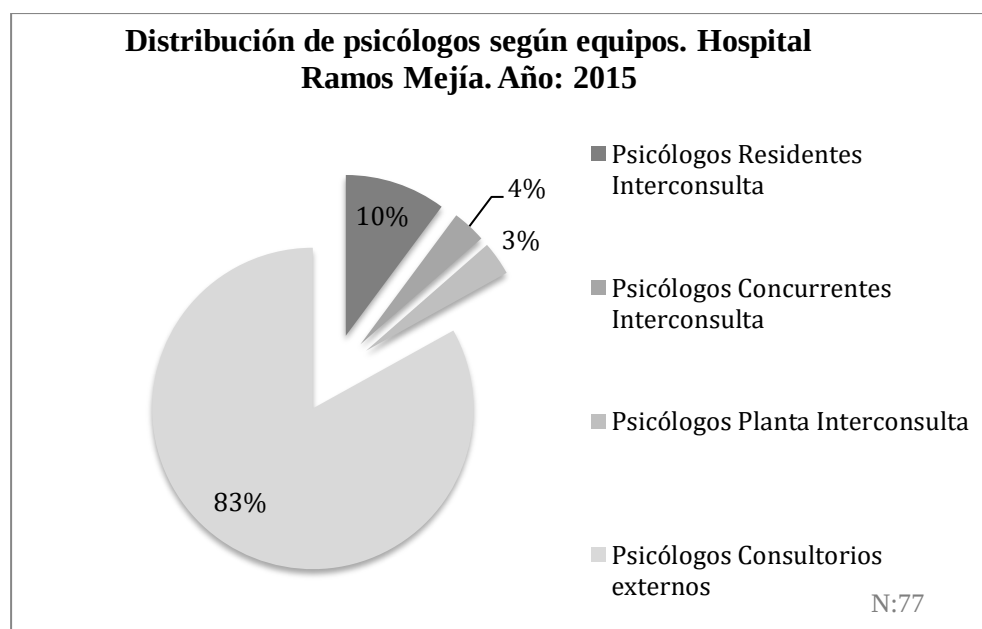


Figura 17. Distribución de psicólogos según equipos. Hospital Ramos Mejía. Año: 2015.
Fuente: Elaboración propia.

9.5.7 Conformación del equipo de Interconsulta del Hospital Ramos Mejía.

El equipo de IC del Hospital Ramos Mejía estaba integrado por una psicóloga de planta que realizaba tareas de coordinación, otras psicóloga de planta encargada de las interconsultas infanto-juveniles, un psiquiatra de planta, 6 residentes y dos concurrentes del hospital. Además había dos residentes y una concurrente rotantes de otros hospitales.

9.5.8 Actividades del equipo de Interconsulta del Hospital Ramos Mejía.

Las actividades del equipo de IC eran: reunión de equipo, en la que participaban psicólogos y psiquiatras; supervisiones; curso de IC y emergencias; presentaciones de casos

de IC en el ateneo del servicio; reunión de residentes y concurrentes denominada “pase de interconsultas”.

Capítulo 10

Actores del dispositivo de interconsulta: los sujetos entrevistados y sus discursos

10.1 Actores del dispositivo de Interconsulta

La investigación se llevo a cabo a partir del análisis de 25 entrevistas realizadas a profesionales médicos y psicólogos que desempeñan tareas de interconsulta, entre Julio de 2014 y Julio de 2015, en los cuatro hospitales generales del GCBA seleccionados: Hospital Argerich, Hospital Ramos Mejía, Hospital Durand y Hospital Pirovano.

Para poder ingresar a cada establecimiento, se contactó previamente vía mail a un profesional del servicio de Salud Mental, al que se le solicitó colaboración con el estudio. A partir de ese primer contacto, se pidió autorización a la jefatura del Servicio para realizar las entrevistas y se obtuvo una primera presentación a algún psicólogo del equipo de interconsulta. Luego de haber realizado la primer entrevista, en todos los casos se fue generando una cadena de recomendaciones entre los profesionales, dispuestos a colaborar con la investigación. Así, de la mano de los mismos profesionales a quienes se iba entrevistando, fue posible contactar a todos los sujetos cuyos discursos son la base de este trabajo. El total de las entrevistas fue realizado, transcripto y analizado por la investigadora.

Como se mencionó en el apartado metodológico, la muestra se construyó tomando un criterio estructural, es decir que a partir del diseño se apuntó a localizar y saturar un espacio simbólico, discursivo sobre el tema (Delgado & Gutierrez, 2007). Para ello se contactaron profesionales según tres funciones:

- 1- Quienes solicitan las interconsultas con psicología.
- 2- Quienes responden al pedido de interconsulta con psicología.
- 3- Quienes realizan tareas de gestión en el Servicio de Salud Mental, incluida la interconsulta.

De este modo se conformaron tres grupos de profesionales psicólogos o médicos que forman el colectivo que permitió rastrear las representaciones y prácticas a las que apunta esta investigación.

Tabla 13

Estructura de la muestra: número de casos según profesión, inserción institucional y contexto sanitario.

Hospital	Responden ICP			Solicitan ICP			Gestionan ICP
	Psicólogos Planta	Psicólogos Residentes	Psicólogos Concurr.	Médicos Planta	Médicos Residentes	Médicos Concurr.	Médicos Planta
Argerich	1	1	1	1	1		1
Durand	1	1	1	1	2		1
Pirovano	1	1			2	1	1
Ramos Mejía	1	1	1	1	1		1

Fuente: Elaboración propia.

10.2 Los psicólogos

Del total de entrevistas realizadas, 11 corresponden a psicólogos que bajo distintas inserciones institucionales, responden a los pedidos de interconsulta psicológica en uno de los cuatro hospitales seleccionados para este estudio. Cuatro de ellos son psicólogos de planta, cuatro son residentes y dos son concurrentes.

Se presentan por su nombre de pila, que ha sido cambiado, y agrupados por hospital en el que trabajan. Asimismo se les asignó un código que se compone de un número y siglas que describen profesión, inserción institucional y hospital de pertenencia. Para designar que se trata de un psicólogo se utilizó la letra P. Si se trata de un profesional de planta se le agregó otra P, una R si es residente o una C si es concurrente. Finalmente se colocó la inicial del hospital en el que trabaja.

Tabla 14

Psicólogos entrevistados, códigos, nombre y hospital.

Código	Nombre de pila	Hospital
1PPA	Omar	Argerich
2PRA	Laura	Argerich
3PCA	Sofía	Argerich
4PRD	María	Durand
5PPD	Jesica	Durand
6PCD	Soledad	Durand

7PPP	Moirá	Pirovano
8PRP	Leticia	Pirovano
9PRR	Andrés	Ramos Mejía
10PPR	Elena	Ramos Mejía
11PCR	Paola	Ramos Mejía

Fuente: Elaboración propia.

Omar:

Psicólogo de planta del hospital Argerich, tiene 50 años. Desde los 20 trabaja en el hospital y al recibirse de psicólogo pasó al Servicio de Salud Mental. Hace algunos años comenzó a formar parte del equipo de interconsulta, participando activamente en su reorganización.

Laura:

Tiene 29 años, es residente de cuarto año del Argerich y es su segundo año en el dispositivo de interconsulta. Este año, parte de su labor es acompañar a los residentes de segundo año que hacen interconsulta por primera vez.

Sofía:

Concurrente del Argerich, de tercer año. Su formación en el hospital estuvo precedida por unos años de práctica en el ámbito privado, tanto en consultorio como en una institución de internación para pacientes con padecimientos psíquicos. Tiene 32 años.

María:

Es jefa de residentes del hospital Durand. Actualmente hace interconsulta acompañando a los residentes de segundo año que son quienes están a cargo de ese dispositivo en el hospital. Tiene 30 años.

Jesica:

Tiene 34 años. Ex- residente del Durand, pudo concursar un cargo de planta en el equipo de niños en el que se desempeña atendiendo pacientes en consultorios externos e interconsulta. En el momento de la entrevista estaba reduciendo sus tareas en la sala de internación para concentrarse en la atención ambulatoria.

Soledad:

Concurrente del Durand, hace varios años que hace interconsulta. Primero hizo su rotación obligatoria por interconsulta de adultos y luego eligió el equipo de niños y adolescentes en el que continuó haciendo interconsulta infanto-juvenil. Tiene 29 años. Al momento de la entrevista se encontraba paralelamente haciendo una rotación por el hospital Gutiérrez un par de días a la semana.

Maira:

Psicóloga de planta del hospital Pirovano. Tiene 58 años, se recibió cuando tenía cerca de 40 años y entró a trabajar en aquella época como psicóloga de planta, inicialmente en consultorios externos pero muy pronto pasó a formar parte del equipo de interconsulta. Actualmente se desempeña en interconsulta y consultorios externos.

Leticia:

Residente de cuarto año del hospital Pirovano, al momento de realizar la entrevista se encontraba terminando su rotación de un año por el dispositivo de interconsulta y se disponía a comenzar la jefatura de residentes. Es la única psicóloga de su año ya que, quien fuera su compañero, dejó la residencia uno años atrás. Tiene 32 años.

Andrés:

Fue contactado en el office de la residencia del hospital Ramos Mejía. Accedió rápidamente a hacer la entrevista, que pudo tener lugar una vez que concluyó una extensa conversación acerca de dudas clínicas de residentes de los primeros años. Andrés es residente de cuarto año, su tarea en el equipo de interconsulta es ser “referente”, es decir, acompañar y transmitir su experiencia a residentes de segundo año que comienzan con esa práctica. Tiene 37 años, empezó psicología, la dejó, trabajó un tiempo de otra cosa y al retomar la carrera se propuso hacer la residencia para formarse en el hospital público.

Elena:

Tiene 45 años, al momento de realizar la entrevista era la única psicóloga de planta del Ramos Mejía haciendo interconsulta de niños y adolescentes. Estudió en la UBA. Fue concurrente, luego continuó trabajando varios años ad-honorem hasta que al abrirse cargos para psicólogos en la guardia pudo acceder a un cargo rentado. Posteriormente pudo pasar al Servicio de Salud mental como psicóloga de planta.

Paola:

Cursa su quinto año de concurrencia en un hospital monovalente y realiza una rotación por interconsulta en el Ramos Mejía. Hace pocos meses que empezó y es su primera experiencia en este dispositivo. Tiene 29 años.

10.3 Los médicos

Los 10 médicos entrevistados fueron contactados en el hospital, la mayoría a partir de la presentación de un psicólogo o psiquiatra del servicio de Salud Mental. Otros fueron contactados en sus servicios directamente por la entrevistadora, explicando las características

del estudio y solicitando colaboración. Esta última metodología fue más infructuosa y difícil. La cuestión del tiempo, como preocupación, se imponía a la hora de acceder a la entrevista. En algunos casos luego de una larga espera, se disculpaban ya que no les iba a ser posible liberarse un rato de sus tareas. En otros, fue posible detenerse, encontrar un lugar tranquilo y realizar la entrevista. A excepción de un caso en el que no se logró superar cierta reticencia y apuro durante la charla, quienes finalmente mantuvieron una conversación con la entrevistadora se mostraron a gusto y entusiasmados con transmitir sus ideas.

La selección de los profesionales entrevistados respondió la condición de que fueran médicos que solicitaran interconsultas a otros servicios. Dentro de cada hospital, se buscaron por lo menos dos especialidades que cumplieran el criterio. No fue posible, en ninguno de los cuatro hospitales, entrevistar a algún médico del servicio de Cirugía.

Al igual que los psicólogos, se presentan por su nombre de pila, que ha sido cambiado, hospital en el que trabajan y en este caso se agregó la especialidad médica. Se les asignó un código que sigue las mismas reglas que para los psicólogos, con número, sigla M para representar profesión seguida de las siglas que representan inserción institucional y hospital.

Tabla 15

Médicos entrevistados, códigos, nombre y hospital.

Código	Nombre de pila	Especialidad	Hospital
12MPA	Tomás	Clínica	Argerich
13MRA	Pía	Obstetricia	Argerich
14MPD	Irene	Clínica	Durand
15MRD	Santiago	Traumatología	Durand
16MRD	Agustina	Pediatría	Durand
17MRP	Valeria	Pediatría	Pirovano
18MRP	Damián	Traumatología	Pirovano
19MCP	Facundo	Clínica	Pirovano
20MRR	Cecilia	Clínica	Ramos Mejía
21MPR	Gimena	Ginecología	Ramos Mejía

Fuente: Elaboración propia.

Tomás:

Tomás, de 37 años, es médico clínico de planta del hospital Argerich. Trabaja también como clínico en una renombrada institución privada que se dedica a tratar enfermedades oncológicas. Se lo contactó a partir de una psiquiatra que lo conocía, por lo que accedió rápidamente a hacer la entrevista.

Pía:

Pia tiene 27 años, es residente de segundo año de Obstetricia del hospital Argerich. La entrevista con ella fue conseguida por intermedio de una médica que la conocía, que funcionó de nexo. A pesar de haber aceptado hacer la entrevista, al comenzar Pía se pone a escribir en una historia clínica, mostrándose distante o poco interesada, ante lo que se le ofrece interrumpir si lo desea. Prefiere continuar y a pesar de hacerlo, no parece lograr sentirse cómoda en ningún momento.

Irene:

Médica clínica de planta del hospital Durand. Tiene 50 años y hace más de veinte que ejerce allí. El contacto fue a partir de una médica psiquiatra del Servicio de Salud Mental que presenta a la entrevistadora a un equipo de tres médicos, en el office de la sala de clínica. De ellos es Irene quien se ofrece para hacer la entrevista, mostrándose interesada en el tema.

Santiago:

Tiene 27 años, es residente de segundo año de traumatología del hospital Durand. Estudió en Córdoba y vino para Buenos Aires a hacer su especialización. El contacto fue en el office de la sala, a partir de la presentación que hizo una medica del Servicio de Salud Mental. Santiago aceptó hacer la entrevista y se mostró dispuesto y atento al diálogo.

Agustina:

Jefa de residentes de pediatría del Durand, el contacto fue en el office de la sala, donde se encontraba trabajando. Se le solicitó participación y se le explicó de qué se trataba el estudio, invocando los nombres de las psicólogas que hacen interconsulta. Accedió sin inconvenientes. Tiene 30 años.

Valeria:

Valeria es residente de pediatría de primer año del hospital Pirovano, se ofrece a hacer la entrevista al ver que quien había aceptado hacerlo no acudía. A pesar de ser su primer año, habla con aplomo y entusiasmo. Tiene 27 años.

Damián:

A Damián se lo contacta a través de una de las psiquiatras del Servicio de Salud Mental del hospital Pirovano y acepta enseguida ser entrevistado. Es residente de segundo año de traumatología. Tiene 29 años.

Facundo:

Facundo es concurrente de Clínica Medica en el hospital Pirovano. Su pasaje por clínica es necesario para seguir con la especialidad que eligió: dermatología. El contacto con él fue espontáneo, cuando entraba a la sala de Clínica. Al explicarle el propósito de la entrevista aceptó sin inconvenientes. Tiene 27 años.

Cecilia:

Cecilia se encontraba en el office de una de las dos salas de clínica del Ramos Mejía. A pesar de estar completando historias clínicas al momento de solicitarle su participación, accedió a

tener la entrevista y se mostró interesada por las preguntas. Tiene 29 años, es jefa de residentes.

Jimena:

El contacto con Jimena fue posible a través de un psiquiatra que trabajó en algunas ocasiones con ella. Tiene 42 años, fue residente en el Ramos Mejía y quedó como médica de planta, en Ginecología y Obstetricia del mismo hospital. Se dispone muy amablemente a tener la entrevista y durante la charla se muestra entusiasmada frente a alguna nueva idea o reflexión que se le ocurre.

10.4 Los profesionales con tareas de gestión

Este grupo se compone de 4 entrevistas realizadas a profesionales que ejercen alguna tarea de gestión de las prácticas que se realizan en el Servicio de Salud Mental, entre ellas interconsulta. Se trata de médicos y médicas psiquiatras que fueron contactados en el hospital en el que trabajan.

Al igual que los otros dos grupos, se presentan por nombre de pila y hospital en el que trabajan. El código en este caso se compone de un número, la letra G que indica gestión y la inicial del hospital.

Tabla 16

Profesionales con tareas de gestión entrevistados, códigos, nombre y hospital.

Código	Nombre de pila	Hospital
22GA	Susana	Argerich
23GD	Blanca	Durand
24GP	Daniel	Pirovano
25GR	Alberto	Ramos Mejía

Fuente: Elaboración propia.

Susana:

Tiene 55 años, es psiquiatra con formación psicoanalítica y un largo recorrido en el hospital Argerich. Antes de dedicarse a la gestión atendía en consultorios externos. El contacto fue en el Servicio de Salud Mental gracias a Omar, psicólogo de planta, lo que facilitó que accediera a participar de la entrevista sin inconvenientes. Fue muy amable y habló de todos los temas propuestos pero intentando no involucrarse demasiado.

Blanca:

Es psiquiatra de planta del hospital Durand, tiene 52 años. Hizo su formación en hospital monovalente, luego paso a desempeñarse en hospital general, inicialmente en la guardia y luego en el Servicio de Salud Mental en consultorios externos y especialmente en interconsulta. Actualmente cumple funciones de gestión pero a su vez mantiene el rol de coordinadora de interconsulta. Accedió entusiasmada a tener la entrevista, mostrándose muy abierta respecto de sus experiencias y opiniones. También ofició de nexo para conseguir entrevistas con algunos médicos.

Daniel:

Tiene 63 años, es psiquiatra y hace muchos años que ejerce funciones de administración en el Servicio de Salud Mental del hospital Pirovano. El contacto fue en el hospital, a partir de una psicóloga de planta, a través de quien otorgó un horario para la entrevista. Ese día se encontraba ocupado, fue necesario esperarlo hasta que finalmente se pudo conversar sin inconvenientes. Se mostró inquieto en principio, una vez que estuvo más cómodo con la propuesta preguntó acerca de lo que habían opinado profesionales de otros hospitales que dijo conocer, nombrándolos. También advirtió sobre la relatividad de las opiniones de los médicos de su hospital, ya que podían variar mucho.

Alberto:

Médico psiquiatra de 54 años, antes de cumplir tareas de gestión atendió pacientes en consultorios externos y también en interconsulta en el mismo hospital en el que trabaja hace 20 años, el Ramos Mejía. Además de dirigir áreas del Servicio, continúa con las prácticas clínicas. El primer contacto para acceder a entrevistas en este hospital vía mail fue con él, quien aceptó colaborar con el estudio y luego favoreció los contactos con otros profesionales del servicio.

Capítulo 11

Representaciones de la Interconsulta Psicológica: Psicólogos, médicos y profesionales con tareas de gestión

11.1 El proceso de análisis

El análisis de las entrevistas se desarrolló en pos de identificar las representaciones sociales, las transferencias de trabajo y las prácticas de la interconsulta psicológica de los tres grupos de actores descritos en el capítulo anterior: los médicos, los psicólogos y los profesionales con tareas de gestión. Se trata de un intento de comprender los modos en los que la práctica se piensa y se realiza en su contexto local, desde la perspectiva de los colectivos que producen y reproducen dicha práctica, tomando en cuenta los discursos sociales actuales que la atraviesan. Para ello se recurrió al análisis temático de contenido, como se menciona en el capítulo metodológico, siguiendo la sistematización propuesta por Braun y Clarke en “Using thematic analysis in psychology” (2006).

Se tomó como primer momento del análisis la desgrabación y transcripción fiel de cada entrevista, lo cual permitió un acercamiento “clave” con los discursos, la anotación de las primeras ideas generales y su transformación en lo que fueron los datos (Bird, 2005). Luego, todo el material fue cargado en una unidad hermenéutica confeccionada en el software Atlas.ti, donde se procedió a una nueva relectura detallada del material y la creación de “citas”, es decir párrafos o frases que se recortaron como significativos a los que se les asignó un código. Se partió de la idea de código como segmento o elemento básico de información en crudo que se considera significativa en relación al tema estudiado (Boyatzis, 1998, p. 63). En esta línea, la codificación inicial fue lo más cercana al texto posible, tomando palabras o frases representativas de lo que ese sujeto estaba expresando. De este modo, casi la totalidad de los párrafos de las 25 entrevistas fue codificada en un proceso que no fue lineal, ya que al avanzar en la codificación se resinificaron algunos códigos ya puestos, retomando entrevistas y volviendo a otras, en un movimiento espiralado.

El paso siguiente fue la búsqueda y organización de temas, tomando por tema aquello que capturó aspectos importantes de la información en relación a las representaciones,

transferencias de trabajo y prácticas de la interconsulta psicológica, implicando algún nivel de respuesta estructurada o patrón de significaciones que recurrieron en los datos (Braun & Clarke, 2006, p. 10). A partir de los más de 500 códigos iniciales, se procedió a extraer los temas principales que emergían en los discursos de cada grupo de profesionales. Se trató de un proceso de interpretación, en el que fue necesario ir agrupando los códigos, despejando los sentidos recurrentes y los menos frecuentes, organizándolos en temas y subtemas.

En esta etapa del análisis se obtuvo una primera organización de temas que se identificaron como representaciones en torno a la interconsulta psicológica, en los tres grupos de profesionales entrevistados. Si bien las entrevistas comenzaron tomando algunos ejes que surgieron del marco teórico y que proporcionaron una guía al momento de realizarlas, se apuntó a que se desarrollaran en una amplitud de temas y se trabajó siguiendo un criterio inductivo.

A continuación se describen los temas que resultaron del ordenamiento de las entrevistas y la configuración del mapa temático inicial. Se presentan primero las representaciones que surgen de las entrevistas a psicólogos, luego a médicos y finalmente a profesionales con tareas de gestión.

11.2 Representaciones de la interconsulta psicológica: psicólogos

1. Motivos del pedido de IC según psicólogos	
•a- Aparición de algo no esperable para el médico •b- Sufrimiento del paciente •c- Exclusión social y marginalidad •d- Prejuicios •e- Invisibilización de lo institucional	
2. El campo de la IC y su especificidad	
•a- La IC es la practica específica del HG •b- Conciérne a un acto médico •c- La presencia del cuerpo y de la medicina •d-La presencia de múltiples discursos	
3. La IC es una oportunidad para dar lugar a la subjetividad	
4. La IC es un desafío y una oportunidad para el psicólogo	
5. La IC es una práctica relegada	
6. La angustia	
7. La formación de los psicólogos en IC	
8. El ideal de curar y la eficacia	
9. Reducción de la salud mental a la psiquiatría	
10. El trabajo con el médico es fundamental	
11. El trabajo en equipo desde la perspectiva de los psicólogos	
12. Interdisciplina e IC desde la perspectiva de los psicólogos	

1. Motivos del pedido según psicólogos

Una de las cuestiones que se recorta en las entrevistas al invitar a hablar a los sujetos

acerca de su práctica es el motivo del pedido de una interconsulta a salud mental. Se trata de una representación de los psicólogos acerca de las motivaciones de los médicos al momento de solicitar su intervención. Es posible ubicar cinco ejes que ordenan estas representaciones:

a- Aparición de algo no esperable para médico

Aquello que pone en marcha el pedido es algo que le pasó al médico al atender a ese paciente en particular, un motivo que para ser comprendido debe ser reconstruido por el psicólogo dado que es no evidente. Se trata de alguna preocupación implícita, algo que los angustia o frente a lo cual no tienen una respuesta, que funciona como disparador del pedido.

Código	Sujeto	Referencia
1PPA	Omar	Lo que nosotros hacemos es responder a los pedidos... hablando primero con el médico, comprometiendo al médico en el pedido que hace y que justamente sea el médico, personalmente, quien nos explique el motivo que lo llevo a pedir la interconsulta, o qué lo movilizó, qué cosa del paciente, cuál es el objetivo de que un equipo de salud mental trabaje con ese paciente.
2PRA	Laura	Por lo general, las interconsultas siempre las piden los médicos pero por lo general siempre es en relación a una preocupación del médico.
3PCA	Sofía	Por ahí lo que se manifiesta más allá del padecimiento que tiene que ver con el cuerpo, es otra cuestión que viene más de base y que descoloca un poco al médico que esta tratando ese cuerpo, digamos. Porque también aparece esto. Como si la subjetividad fuera nuestro terreno y el del cuerpo el de ellos
4PRD	María	Muchas veces lo que se juega ahí es la angustia del médico o el miedo del médico de cómo puede reaccionar el paciente, ni hablar si tiene un diagnóstico psiquiátrico con anterioridad.
6PCD	Soledad	Padres que no hacen caso... esta es una demanda típica de los médicos, cuando no saben qué hacer con los padres. O paciente angustiado, llora, ¿quién le puede hablar a un paciente angustiado? Llamen a salud mental. Y ahí es donde creo que nosotros somos los que tenemos también que trabajar con los médicos para que entiendan que hablar les tenemos que hablar todos a los pacientes.
7PPP	Moirá	Por ejemplo viene y dice paciente amputado. Entonces vas a esa sala, donde en realidad, hay... no sé... ¿hay 20 camas? Hay 20 pacientes amputados. Entonces vos le decís al médico ¿por qué la pediste?, porque está amputado te dice, como diciendo ¡es obvio! Pero no pedís por la otras. ¿Entendés? Entonces es algo de este paciente con el médico, obviamente. Yo no le digo al médico, pero ehh ¡si fuera por esto estarías pidiendo por todos! No. Pero hay algo donde empezamos a escuchar qué pasó.
8PRP	Leticia	Yo creo que también es algo que los excede, por eso, como no saben qué pasa, que la paciente quiere operarse o no quiere recibir una intervención que ellos le proponen, entonces acuden a

		salud mental y cuando vos vas y tratás de dar una respuesta, te escuchan.
9PRR	Andrés	Hay... como que primero hay que ordenar, digamos, de qué se trata la interconsulta, por qué se pide la interconsulta a un equipo por fuera del equipo de sala... y que generalmente tiene que ver con la angustia de los médicos, o no saber cómo transmitir información, o inseguridad en relación a qué se hace con un paciente si se pone triste o manifiesta algún síntoma ansioso.
10PPR	Elena	Situaciones que tengan que ver con la enfermedad, con la muerte, con dar información acerca de diagnósticos ominosos, convocan a la interconsulta.
11PCR	Paola	Principalmente veo esto que recurre, digamos, que el pedido es rara vez por pedido del paciente y muchas veces por preocupación del médico frente a determinadas situaciones.

b- Sufrimiento del paciente

Aquí se señala que el pedido de interconsulta tiene relación con algo que le ocurre al paciente, que puede manifestarse de diferentes modos. Se detecta la presencia de afectos, principalmente angustia, reactiva a la situación de enfermedad, de internación o como señal de la conexión entre el padecimiento actual y otras configuraciones de la vida de ese sujeto. El sufrimiento puede presentarse bajo distintas modalidades, tristeza, enojo, terror o, en un niño, el permanecer en la cama quieto.

Código	Sujeto	Referencia
1PPA	Omar	Lo típico es el pedido sobre aquellas situaciones en las que, supuestamente, se visualiza depresión, no es cierto... entonces el caso, el pedido típico es “diagnóstico depresión”, “cuadro depresivo” o “ánimo depresivo”, etc, etc, que las más de las veces no tiene...no se corresponden con la realidad de la sintomatología del paciente sino que se trata más bien de una expresión afectiva producto... reactiva a la situación de internación, es decir angustia, tristeza, enojo...
3PCA	Sofía	El médico que hace la interconsulta encuentra a la paciente llorando, escucha algo ahí que fue muy atinado, y la interconsulta... en la primera entrevista que tengo con ella no pone lo que la trae al hospital - posiblemente la tengan que operar de lo que podría ser un tumor- eso no aparece como lo principal en su padecimiento sino que esto viene a estar como en serie, con una serie complicada de padecimientos desde muy chiquita.
4PRD	María	Y en otros casos porque ya le comunicaron un diagnóstico que implica una enfermedad terminal y el paciente está muy angustiado.
5PPD	Jesica	Por ahí casos de nenitos que están internados que vienen con infecciones urinarias pero eso después se resuelve y siguen... no? Cuando uno los va a ver siguen en la cama... acostados como si estuviesen... como si no se pudiesen mover y en realidad...

7PPP	Moirá	Piden por una piba que estaba como aterrada, hasta que pudo hablar, pudo ver, pudo pensar cosas, a partir de esto, de que no era tan traumático, viste que lo traumático, lo empezás a poner en palabras y empieza a circular, y bueno había que prótesis, que esto, que así, que asá... y se operó.
8PRP	Leticia	Tal vez la ideal, que no se si es la típica, sería ahí donde el médico detecta algo que le pasa al paciente, uno escuchando al médico puede ver cómo abordar eso que el médico detectó.
9PRR	Andrés	Después tenés las interconsultas que piden, en forma mucho más regular, por ejemplo, el servicio de hematología, donde hay gente que está internada ahí por leucemia, están en situaciones bastante delicadas y tienen como una especie de protocolo ellos de convocar al equipo de salud mental ...o de modo profiláctico o... cuando empiezan a ver que el paciente empieza a angustiarse.
10PPR	Elena	Consultas habituales tienen que ver, como decimos en general, con claras presentaciones de la angustia, a veces vestidas de enojo, a veces vestidas de prejuicio, pero que la angustia ronda por ahí, ¿no?

c- Exclusión social y marginalidad

Se recorta como motivo del pedido de interconsultas la presencia de situaciones denominadas por los médicos de “causa social”, dentro de las que se incluyen casos de abuso, maltrato, falta de vivienda o trabajo, adicción, falta de lazos de contención. Se trata de consultas que no están necesariamente ligadas con el motivo de la internación pero aparecen como obstáculo en las condiciones de externación o implican un riesgo o vulnerabilidad que es preciso abordar.

En ese punto, hay diversas ideas, en algunos casos se piensa como necesaria la intervención del psicólogo, mientras que en otros se plantea como una responsabilidad que el psicólogo no debería asumir.

Otra de las ideas que aparece es la del hospital público como hogar, un lugar mejor que otros que provee el Estado para quedarse, en el que un paciente puede querer permanecer.

Código	Sujeto	Referencia
2PRA	Laura	... el laburo con trabajo social también es medio... que cada vez... no hay algo que fluya, entonces por ahí muchas veces uno se ve en situaciones donde termina haciendo cosas que debería hacer el trabajador social, no porque uno no pueda ir un poco más allá de lo que hace pero... como que a veces terminás tomando a tu cargo responsabilidades que no.

5PPD	Jesica	En general son situaciones que ingresan nenes con situaciones.. de maltrato, que puede ser... violencia física, abuso, situaciones que quedan ahí como que hay que ver si fue negligencia o no... y después cómo resolver, donde se va a ir ese nene, el alta, la intervención de servicio social, manejar la cuestión que ya está dada el alta médica pero como seguir con la internación porque no saben como resolver la cuestión judicial o social.
6PCD	Soledad	Una de las más típicas interconsultas que recibimos son los casos denominados por los pediatras de causa social, internaciones de causa social. Ya sea chicos que llegan por consumo, están en situación de calle y por ahí son traídos por algún móvil del gobierno de la ciudad o chicos que sufren algún tipo de accidente en calle y al ser traídos por el Same, en las primeras entrevistas por guardia se descubre que por ahí no tiene familia o vive en la calle, o bien pacientes que de alguna manera son internados, no se observa una familia continente, o se piensa que pueden ser familias en las que haya violencia familiar, situaciones de abuso.
7PPP	Moirá	Me pidieron para tal paciente -le digo a una médica que es amigota- ¿quién? me hace... no sé, cama tal... ¡Ahhhh el spa Pirovano! me dice la médica. Y a mí me quedó, porque esas palabras a nosotros nos recontra resuenan. El paciente es un tipo que había vivido toda su vida del otro, digamos. Y con mucha sabiduría para conseguir cosas del otro, ya sea Estado, ya sea dos ex mujeres, ahora los hijos, ¿entendés? Y en este momento se le fueron cortando todas esas cosas. Un tipo que se drogó... bien. El tema es que a este se lo estaban llevando... le estaban consiguiendo un hogar. Y tenía algunas cuestiones, pero tenía que ir a un hogar porque no tenía donde ir a vivir y de salud no estaba tan mal, pero la trabajadora social estaba re angustiada porque cada vez que le conseguía hogares, no, “Este no porque no sé qué, este no porque no está cerca de mi hijo”, y seguía eternizándose acá.
9PRR	Andrés	Si tiene antecedentes de consumo, o tiene antecedentes de alcoholismo aunque eso no sea parte del cuadro que está cursando en este momento, llaman a la interconsulta.

d- Prejuicios

Algunos psicólogos ubican un grupo de consultas que parten de una inquietud de los médicos manifestada bajo el modo de prejuicios. Los prejuicios, o “juicios previos” como los denomina Elena, aparecen como modos de abordar una dificultad propia del tratamiento, de la relación médico-paciente o el encuentro con formas de relación que no son los que se esperan o consideran ideales. Lo que se plantea desde el trabajo de la interconsulta es la necesidad de trabajar los prejuicios para dar lugar a otra lectura.

Código	Sujeto	Referencia
--------	--------	------------

2PRA	Laura	Y si no también de obstetricia, se pide mucho interconsulta como para evaluar el vínculo madre-hijo, que por lo general tiene algo que ver con... como con... a ver como decirlo... con la clase social de la madre. Como evaluar si la madre esta capacitada para cuidar a ese bebe, que por ahí eso es más complicado porque bueno... a que nos llaman, ¿no?
4PRD	María	Les encanta encontrar malas madres en todos lados, y ya con una que no cuadra del todo en esta imagen de madre tierna que está feliz por la llegada de su hijo y es una neurótica limpia y esta todo bien y tiene su marido y blá, ya cuando hay algo que no cuadra ahí ya les hace ruido, es un clásico, pero no es que ellos tratan mal a los pacientes ni son expulsivos sino que tienen como una alarma muy sensible.
6PCD	Soledad	Una difícil, que me marcó... una paciente con retraso mental, adulta, internada en clínica médica por infección intestinal severa. Y la interconsulta fue básicamente trabajar con los médicos para que puedan hablarle a esta persona con retraso mental de un modo que ella pueda entender, poder trabajar con los médicos la diferencia entre la reticencia del paciente a hacer las cosas o simplemente que ella no entendía si le decían sentate así te ausculto la espalda
7PPP	Moirá	Por ejemplo pediatría tienen una cosa muy a veces discriminatoria hacia las madres ¿viste? Entonces te piden “no, el vínculo no es bueno”. No sé, qué sé yo, tampoco está tan mal y ves cosas donde hay deseo de esta mujer y les planteás eso y tenés que ir con cuidado, porque si lo planteás desde el principio, no! que es un horror! que si le dio la mamadera no sé qué, y viste, y hay cosas...
10PPR	Elena	Digo prejuicios en esto, en pediatría en muchas ocasiones aparece algo como el ideal de buena madre. Entonces... mirá, pero por qué no van a hacer esta interconsulta porque esta mamá no se ocupa, entonces uno dice bueno, hay un pedido ahí como de que esta mamá no acompaña todo este bagaje de conocimiento que ellos ponen en juego, que ponen en marcha para que este chiquito sane y se cure y que en realidad no entienden cómo esto sucede. Después uno en el despliegue de la interconsulta se entera de lo que significa ese diagnóstico para la madre, lo que implica que esté internado, de las dificultades que esto trae, o que además al chiquito algo le pase y no avance en ese tratamiento.

e- Invisibilización de lo institucional

Se señala la incidencia de factores institucionales como la falta de insumos, la postergación de una cirugía, o conflictos entre servicios, que generan malestar en los pacientes. Una de las cosas que señala Omar es que a veces son tratados por el médico como si fueran padecimientos psíquicos, o no se tienen en cuenta. La idea general es que la interconsulta puede estar motivada por dimensiones institucionales que inciden en la salud de los pacientes, que suelen quedar invisibilizadas.

Código	Sujeto	Referencia
1PPA	Omar	Una de las situaciones que más complejidad trae a las internaciones son las internaciones prolongadas, producto de la coyuntura económica, la coyuntura social, la falta de insumos, las cuestiones relacionadas con el personal quirúrgico, etc, etc. Entonces nos encontramos con internaciones prolongadas que generan malestares, y estos malestares se traducen dentro de lo que el médico generalista, el médico especialista puede considerar como algo a ser diagnosticado, entonces cae dentro de la depresión, cae dentro de la excitación, cae dentro de estos cuadros genéricos que se le suelen otorgar al paciente que esta esperando una cirugía desde hace varios meses.
3PCA	Sofía	Pacientes que están hace un montón esperando una cirugía, que se los prepara muchas veces para esa cirugía, con lo que implica para cada uno, en algunos casos la preparación tiene un costo grande para el cuerpo, en otros casos es ponerse la batita pero igual ya es un montón, y después porque no hay profesionales anestesiistas o por otro motivo no se los opere, y pueden estar un mes y medio esperando una operación. Entonces hacer una interconsulta por eso, que es algo muy institucional es como un poco... tiene más que ver con eso, con manejos institucionales que son de base, que atraviesan a todos los hospitales.
4PRD	María	Por ejemplo de UTI dicen que ya está para clínica pero en clínica dicen que si está intubado no lo pueden recibir, y ese tipo de cosas en las que el paciente queda como en conflicto en el medio y ... ahí a veces también intervenimos para que no sea el paciente el que pague el pato por las peleas entre servicios, que muchas veces tiene que ver con conflictos personales entre los médicos de los servicios y no tanto con el estado clínico del paciente.
9PRR	Andrés	A veces es chocante o que puede provocar mucho enojo, como pasa a veces que el paciente no es atendido como debería serlo, o no hay los recursos para, entonces se empieza a deteriorar algo que no debería pasar.

2. El campo de la interconsulta y su especificidad

Otro tema significativo que recurre en los discursos es la necesidad de ubicar la interconsulta en su especificidad, sus semejanzas y diferencias con otros dispositivos que resultan más familiares para los psicólogos como la atención individual en un consultorio. En estos intentos por delimitar aquello que sería propio de esta práctica, surgen cinco sub-temas: la interconsulta como práctica específica del hospital general, la relación inseparable con un acto médico que está en juego, la presencia del cuerpo y de la medicina que determina una extraterritorialidad del psicólogo y la presencia de múltiples discursos en la escena de la interconsulta.

Las distintas ideas que aparecen en torno a esta práctica apuntan a un espacio que no está bien delimitado, que requiere especificarse. En algunos casos se apunta al marco hospitalario, en otros al acto médico que hay que destrabar o a la presencia de lo corporal, recortando dimensiones que desbordan los dispositivos.

a- La interconsulta es la práctica específica del hospital general

Se ubica esta práctica como propia del hospital general por la presencia de las diferentes especialidades médicas, como necesaria y valiosa para los pacientes internados y para los profesionales que trabajan allí. En relación a esta idea se pueden ubicar distintos acentos, en algunos casos apuntando a la riqueza del hospital general y en otros a la preeminencia de lo médico.

Código	Sujeto	Referencia
1PPA	Omar	Ya te digo, para mí es uno de los mejores trabajos que se puede hacer en un hospital público, uno de los mejores trabajos que uno desde el campo de la salud puede hacer.
4PRD	María	Yo creo que es fundamental que en un hospital haya interconsulta, de salud mental y de todas las especialidades, ¿no? Pero principalmente la de salud mental.
6PCD	Soledad	Yo creo que dentro de lo que es hospitales públicos es una práctica que está bastante difundida, aceptada y de a poco, muy de a poco, valorizada. Creo que no es así en el ámbito privado.
9PRR	Andrés	Es una práctica que se realiza en el hospital, no es algo que yo me imagine que se pueda hacer en otro lugar, por ahí en una clínica sí, pero es una práctica del ámbito médico.
10PPR	Elena	Me parece que es la práctica específica de un hospital general.
11PCR	Paola	A mí particularmente esto de venir de un hospital monovalente a lo que es un hospital general, este encuentro, digamos, con la medicina me parece que está bueno. Y que dá para, bueno, un montón de otras, es como que abre una serie de cuestiones diferentes.

b- Conciernen a un acto médico

Uno de los elementos al que se recurre para recortar la especificidad de la interconsulta psicológica es la relación estrecha con un acto médico. La interconsulta apuntando a destrabar algo de ese acto, del tratamiento, del manejo de la información que

puede estar obstaculizado, apuntando a reencausar el tratamiento médico que por algún motivo quedó detenido o perdió su rumbo. Aparece la idea de que mejora la calidad de la atención y que el marco de la intervención del psicólogo es la enfermedad del pacientes y la situación de internación.

Código	Sujeto	Referencia
1PPA	Omar	De lo que se trata ahora es de hacer una correcta lectura de la situación, para favorecer la... la correcta evolución de la enfermedad o lo que motivó estar internado.
4PRD	María	Para tratar de destrabar las cosas que se le arman a los mismos médicos con los pacientes, o entre los servicios, me parece que redundo en una calidad de atención al paciente que si no estuviera la interconsulta estaría más trabado y no estaría bueno.
6PCD	Soledad	Ese trabajo con los médicos y esa forma de poder intentar encontrar un lenguaje común entre el paciente y el médico creo que a veces queda mucho del lado de la interconsulta.
7PPP	Maira	Nosotros venimos a restituir el acto médico. No es que esté paralizado, que sé yo, pero hay algo de este paciente que no está circulando como tiene que circular, como circula el saber médico con otros pacientes, ¿me entendés? Por eso nosotros la escuchamos desde este lugar, escuchar también al médico.
9PRR	Andrés	A ver; a veces se piensa la interconsulta como un tratamiento a los pies de la cama de un paciente internado por una cuestión médica. A mí me parece que eso no es la interconsulta. Para mí la interconsulta tiene que ver con responder a alguna dificultad, ¿sí? que impide que el tratamiento de una persona se desarrolle, digamos y que pueda terminar su internación por lo que le sucede clínicamente.
10PPR	Elena	Y últimamente, y aparece bastante, el pedido de que trabajemos antes... o... o que chequeemos a ver en qué situación está el paciente porque todavía la información no fue dada, y en el todavía lo que aparece es un todavía no me animo, no porque la información no esté, y entonces eso es a trabajar y mucho con los médicos.

c- La presencia del cuerpo y de la medicina

Este aspecto es uno de los que más remarcaban los psicólogos como impactante en sus primeros contactos con la interconsulta y posteriormente, como un posible obstáculo para la práctica. Lo relacionan con la formación, refieren estar poco formados para trabajar en hospitales y para lidiar con la presencia de la enfermedad corporal. Asimismo, lo relacionan con la angustia que genera encontrarse con pacientes que padecen en sus cuerpos, por las

enfermedades y por las intervenciones médicas, que se confrontan con la posibilidad o la inminencia de la muerte. Se subraya la extraterritorialidad en la que se encuentran, es decir la sensación o la idea de estar en un ámbito que les es ajeno, ya sea por la presencia de los cuerpos intervenidos en la sala de internación, la falta de intimidad para hacer la entrevista o el encuadre del tratamiento muy distinto al del consultorio.

Código	Sujeto	Referencia
1PPA	Omar	Entonces me parece como que sí, hay una brecha... que no, que no... esta del todo explotada y bueno... que tiene que ver con el horror a la enfermedad, al cuerpo perenne, al cuerpo sufriente, al cuerpo con olor, al cuerpo mutilado, hay un montón de cosas que... no es un dispositivo fácil ni mucho menos. Pero tampoco hay nada que eh... tienda a generar algún tipo de interés por las cosas que pueden pasar ahí.
2PRA	Laura	El paciente en la cama. Me parece que eso es lo más propio de interconsulta, por lo menos en este hospital, donde uno va a ver al paciente a su habitación, y que me parece que es como también lo más chocante, por lo menos en los primeros encuentros que uno tiene con el paciente en este dispositivo.
3PCA	Sofía	A mí lo que resulta más complejo de la práctica es no tanto intervenir ahí, sino lo que a uno le produce estar interviniendo ahí, o sea eso es lo más complejo. Una de mis primeras pacientes es una paciente que se va a morir, o sea que su pronóstico es muy acotado en tiempo y eso angustia.
4PRD	María	Cuerpo... me parece que en salud mental a veces dejamos bastante de lado lo que es el real del cuerpo, lo orgánico, las enfermedades orgánicas, interconsulta está muy atravesada por eso y cuando uno rota en interconsulta es algo que todo el tiempo está como en primer plano, y uno siente que es bastante limitado el campo de acción de uno cuando hay un tema orgánico, que en general no da mucho tiempo para actuar.
5PPD	Jesica	A mí personalmente... es la sala de internación y lo que implica la internación. Lo que rompe... no? es esto de ver a un nene internado, es la diferencia más fuerte para mí de lo que es externos.
6PCD	Soledad	El cuerpo que casi siempre queda por fuera, en un consultorio por ejemplo, que uno piensa que trabaja con otra cosa y que el cuerpo no tiene nada que ver, muchas veces la interconsulta te hace valorizar un poco que dentro de la práctica psicológica nuestra y específicamente psicoanalítica, porque es el marco teórico con el que trabajo, uno a veces debería darle mucha más importancia.
8PRP	Leticia	Es como eso, el cuerpo, encontrar como la presencia del cuerpo en primer lugar que tiene protagonismo antes que la palabra, imaginariamente ¿no? pero sí.
9PRR	Andrés	Para mí hay que marcar una diferencia, es distinto el encuadre, son distintas las variables que intervienen, ahí hay familia, médicos, una sala, un cuerpo que está mostrado, digamos, objetalizado, intervenido por todas las cuestiones médicas, que es no es con lo que uno trabaja en consultorio.

11PCR	Paola	Yo al venir, digamos, del Borda y... bueno un hospital monovalente, digamos es otro... no digo que me impactó pero sí esto de estar en la sala con un montón de otros pacientes, con diferentes cuestiones, digamos, en el cuerpo, ¿no? esa imagen, de uno entrando a la sala de internación y encontrarse a veces, sí, con situaciones que sí impactan. Un ámbito diferente, de trabajo.
-------	-------	---

d- La presencia de múltiples discursos

El trabajo de interconsulta queda definido también en torno a la presencia de otros con los que es ineludible trabajar. Desde la necesidad de entrevistar a familiares del paciente a las relaciones con los médicos y otros profesionales o trabajadores de la salud, hasta la interlocución con organismos estatales o municipales que solicitan informes, se describe una práctica en la que se hace presente la multiplicidad de voces.

Código	Sujeto	Referencia
1PPA	Omar	Leer el pedido como una situación, hacer una mirada más macro, digamos. Incluir a todos los actores, o sea... al enfermero, al kinesiólogo, a la familia y al médico, o sea, todos estamos trabajando con este paciente y cada uno tiene una forma distinta de verlo y va a colaborar u obstaculizar de acuerdo al lugar que le demos y al valor que le demos a su intervención.
2PRA	Laura	Me parece que también, justamente como es un encuentro entre varias disciplinas, como que hay que ponerle bastante voluntad al tema para, si no están abiertos los canales de diálogo, abrirlos, o por lo menos dar la posibilidad de que estén.
5PPD	Jesica	Trabajo con otros. Esto es como la diferencia con la consulta por externos, el trabajo con... los médicos, con servicio social. Y en general nunca vamos solas, siempre hay alguien más de psicología. Es esto de la discusión y el trabajo en equipo.
6PCD	Soledad	La lectura mía de la interconsulta antes de hacer interconsulta era que el trabajo era con el paciente y ahora yo creo que el trabajo, sobre todo en pediatría, tiene tres patas, el trabajo con el paciente, con la familia y con los médicos.
7PPP	Moirá	A mí lo que me da siempre de interconsulta, es el tema del equipo médico. Si bien uno trabaja bien desde otro lugar, a mí lo que me estimula mucho es el equipo, trabajar en equipo, los médicos, psiquiatra... esta cosa de ir, no esta cosa sola de la clínica, digamos, cuando pienso en interconsulta lo primero que me viene es estar en el medio del hospital con los médicos, ¿no? trabajar mucho, con muchos.
8PRP	Leticia	Tenemos un caso, una chica que llegó por violencia familiar, está en traumatología con lastimaduras en los brazos, y... bueno ahí intervenir con traumatología para ver... las cuestiones legales, si se hicieron en el hospital, si se hicieron las denuncias desde el hospital con trabajo social para ver si la chica está asesorada, como a mí... las cosas que me gustan son las que

		intervienen varios actores... si bien es complejo el caso pero hay varios discursos.
10PPR	Elena	Imagen... guardapolvos, pasillos, mucho recorrido, encuentro, entre otros, historias clínicas y en el área de niños y adolescentes, profesionales de otros ámbitos, llamados telefónicos. Tengo imágenes así, llamados telefónicos a cualquier hora del día, sea la unidad de letrados, sea de la defensoría, sea del consejo de derechos de niños y adolescentes, de las coordinadoras de los acompañantes terapéuticos, de los psicólogos de niñez que buscan vacantes, de ... y así sucesivamente un crisol de gente y entonces la imagen es: muchos. No sólo con guardapolvo, muchos. Reunidos, pensando, trabajando, muchos. Mucha gente.
11PCR	Paola	Esto de ir y encontrarse con diferentes discursos, con diferentes situaciones, de trabajar de diferente manera, a veces con el paciente a veces con el médico, me resulta interesante.

3. La interconsulta es una oportunidad para dar lugar a la subjetividad

El encuentro con un psicólogo en el marco de una internación constituye, desde el punto de vista de varios de los psicólogos entrevistados, una oportunidad para alojar la subjetividad de ese paciente. La idea de subjetividad que subyace excede el marco biológico, incluyendo otras dimensiones del sufrimiento, más allá del padecimiento físico, como ser las significaciones particulares que se le atribuyen o la presencia de otras formas de malestar. Se incluye la historicidad, ya que en la oportunidad de la entrevista con el psicólogo se abren relatos de situaciones presentes y pasadas, que de no haber mediado la internación no hubieran sido escuchadas. La idea que sostiene el acercamiento al paciente es que la interconsulta es una oportunidad y que debe ser aprovechada en ese sentido, en términos de apertura y de ofertar una escucha a esas otras dimensiones.

Código	Sujeto	Referencia
1PPA	Omar	Por ahí, el entrecruzamiento con salud mental es la única oportunidad que tuvo o que va a tener en su vida de poder pensar algo de lo que le pasa o le pasó, de otra manera. Entonces, que uno trate de pensarlo, que más allá de que no haya una demanda, más allá de que no haya un pedido explícito, nosotros estamos ofreciendo una única oportunidad, una valiosa oportunidad de poder pensar lo que le pasa, lo que le pasó, desde otro lugar.
2PRA	Laura	Y la experiencia con este paciente muestra eso, que por ahí por más que la interconsulta sea... diga lo mismo el papelito, y el motivo de consulta se repita, va a ser diferente cada vez, ¿no? Y

		cada paciente. Bueno el caso por caso, la singularidad ahí, puesta en juego. Si bien era una preocupación de los profesionales que pidieron la interconsulta como... algo de eso el paciente se hizo eco y pudo pensar cosas él.
3PCA	Sofía	Desde lo que es el trabajo en interconsulta en sí, me parece que puede operar como una oportunidad, como una posibilidad para que algo cambie sin que el paciente se imaginara que esa oportunidad se podía llegar a dar.
4PRD	María	Que haya alguien ahí para escuchar qué implica para vos este diagnóstico que te dieron, que no es lo mismo para todas las personas, la misma enfermedad es distinta para una persona y para otra. No es lo mismo, me acuerdo una artritis reumatoidea que diagnosticaron a una bailarina, me acuerdo lo que fue, no es lo mismo si sos... psicólogo, a cada persona se le juegan cosas muy distintas y que haya alguien ahí para escucharlo, incluso para hacer un puente con que pueda devenir un posible tratamiento por externos cuando esa persona no esté, me parece fundamental.
5PPD	Jesica	Esto de poder llevarlos, intervenir para que mientras pasa toda esta cuestión puedan volver a jugar, invitarlos a que vayan a la plaza de abajo, que otra vez algo del juego se empiece como a armar. Eso es lo que a mí más me ... cuando pasa esta cuestión más de lo real... que se vuelva a armar algo del juego.
6PCD	Soledad	Hay algo que se pierde en esta cuestión más de los médicos, que a veces es una disociación instrumental. Yo te entiendo, esta distancia... tienen otra forma de trabajo en la que en general se objetaliza mucho y creo que a mí ese caso en especial me demostró cómo, con un trabajo mínimo de acompañamiento, porque no había grandes cosas que uno pudiera hacer en ese momento, realmente se rescataba la parte más subjetiva del paciente y su familia y se los acompañaba.
7PPP	Moirá	Hay un momento de una persona, en la vida de una persona, de esa subjetividad que está por abrir, por hacerse alguna pregunta, qué sé yo, y que es como clave ¿no?, es una oportunidad muy importante para el sujeto y si uno no la pesca, vuelve a la ruta, vuelve a participar, digamos, ¿no?.
8PRP	Leticia	Creo que nosotros tenemos esa obligación, bueno pensar cómo podemos contribuir en que no todo esté tan fragmentado y que un paciente se pueda ir del hospital con una atención más integral de lo que le pasa. Creo que esa es nuestra función en interconsulta. Bueno, esto, lo emocional también, lo humano quizás, rescatar a parte del cuerpo la parte de lo humano que hace que no quiera un paciente recibir una intervención estándar que todo el mundo debería recibir, bueno hay algo de lo singular, lo subjetivo que escapa a cualquier cálculo médico, y rescatar eso y hacerlo entrar.
9PRR	Andrés	Intentar ahí incluso cierta subjetiviz... subjetivación, porque muchas veces el paciente es la cama número doscientos veintipico, paciente de colon... en tratamiento por... y está recibiendo esta medicación. Bueno, y qué le pasa a él, digamos, cómo se llama, cómo le dicen, cómo es la relación con el médico, esas cosas me parece que empiezan a ubicar algo de lo que nosotros podemos aportar, desde nuestra disciplina, en eso.
10PPR	Elena	Cuando algo de ese sufrimiento o ese padecer, que de alguna manera es traído por el médico de ese paciente, del modo que pueda, el médico, del modo que pueda traerlo, si? tal vez con esto de... uy, esta mamá no está respondiendo a lo que nosotros decimos y nosotros podemos abrir y dar lugar a algo de ese padecimiento de esa mamá o ese chiquito y esa vuelta en el trabajo con esa mamá o con el médico, ahí en ese entre, sucede.

4. La IC es un desafío y una oportunidad para el psicólogo

Los profesionales consideran que desempeñarse en interconsulta es difícil, pero al mismo tiempo constituye un desafío que supone enriquecerse a partir de la experiencia. Aparecen en los discursos varios sentidos de ese desafío: la incertidumbre que supone un encuadre diverso a aquel para el que se sienten formados, la dificultad del encuentro con los médicos y , también, del estar frente a un enfermo.

Lo que se señala como incierto es: la función del psicólogo en la interconsulta como algo a construir, la complejidad de las consultas y la relación con los médicos. Esto último implica una incertidumbre respecto de cómo se configurará, cada vez, la colaboración entre ellos, sobre todo si habrá lugar para plantear algo distinto a lo que supuestamente esperan.

Junto con los obstáculos, surge la idea de oportunidad para el psicólogo. La interconsulta se percibe como un ámbito que brinda muchas posibilidades de formación, así como para generar aportes teóricos y reflexionar sobre la práctica clínica en general. Se trata de una de las mayores motivaciones para trabajar en ese ámbito.

Código	Sujeto	Referencia
1PPA	Omar	Para mí el dispositivo es de lo más interesante que uno puede hacer en el hospital, yo creo que el pasaje por el hospital y por interconsulta te enriquece y te abre la cabeza de manera que en otros lugares no te pasa. Y te prepara para cosas que en otros lugares no lo vas a aprender.
2PRA	Laura	Por ahí en las supervisiones pensamos bastante eso, como por ejemplo los tiempos del tratamiento... que uno en interconsulta está totalmente como sin garantías, de cuáles son los tiempos, o porque el paciente se va de alta y no te avisan o porque pasó algo, no sé, falleció el paciente, o no sé, por lo que sea. Son cosas que en un consultorio externo pueden pasar pero uno sostiene la ilusión como que no. Entonces me parece que es importante poder tener la experiencia de la interconsulta, porque te pone a pensar mucho.
4PRD	María	Alguna vez me ha bajado la presión por ver algunas cosas que... bueno, que no era necesario para mi intervención verlas pero que la verdad es que cuando entrás a una habitación no sabés con lo que te vas a encontrar. Y por ahí hay enfermeros

		higienizando o lo que sea, y te encontrás con eso que es muy fuerte, para correrlo y dar paso a otro tipo de mirada y de escucha.
5PPD	Jesica	Con sus dificultades, porque muchas veces estamos como con otras urgencias, ¿no? Con otros tiempos, a veces con otro lenguaje pareciera... el que los médicos hablan, pero poder eso de llegar y poder cuando vamos a hablar de un paciente no hablar a las corridas, poder sentarnos ahí en la sala, pedir que nos expliquen todo lo que no entendemos, porque a veces te dan como sobreentendido enfermedades y términos que a veces uno no entiende y no tiene por qué entender tampoco, entonces poder sentarnos y poder charlar y explicarles, y ver qué les preocupa a ellos... y se puede. Esta bueno, difícil pero está bueno.
6PCD	Soledad	Creo que debería ser parte de la formación de todo psicólogo, porque por más que uno después no trabaje ni en sanatorios ni en hospitales públicos, hay algo de la formación durante la interconsulta que después hace que uno pueda encontrar, como te decía del lenguaje común, un lenguaje común para trabajar con los médicos, incluso en la práctica privada, cuando uno trabaja en gabinetes escolares... nosotros aprendemos mucho todos los días en la interconsulta también.
7PPP	Moirá	Esta clínica me da un tema de poder ampliar, de poder hacer un aporte al psicoanálisis, digamos, ¿no? Esta cosa de presentar campos diferentes de laburo donde el psicoanalista puede hacer mucho ahí y realmente son muy operativos.
8PRP	Leticia	Creo que nosotros tenemos esa obligación, bueno pensar cómo podemos contribuir en que no todo esté tan fragmentado y que un paciente se pueda ir del hospital con una atención más integral de lo que le pasa. Creo que esa es nuestra función en interconsulta, y es difícil....
9PRR	Andrés	Es una práctica del ámbito médico eh... implica un desafío muy grande de poder posicionarse uno en ese lugar, no como una especialidad médica, sino introducir algún tipo de diferencia. Es un gran desafío.
10PPR	Elena	Me parece que cuando este otro de la medicina, otro digo así enorme y grande nos pide algo, no es fácil ir y no responder a esa demanda.
11PCR	Paola	Me parece difícil a veces encontrar cuál es la función o el rol de uno en la interconsulta. Y entonces, bueno, me parece que son espacios que van ayudando a empezar a... o a delimitar, creo que quizás es en cada caso ir viendo también el rol que uno va a tomar, pero que... me parece que en principio cuesta, por ahí, en un principio saber qué hago en una interconsulta.

5. La IC es una práctica relegada

Los psicólogos señalan que los equipos de interconsulta en los que participan se encuentran principalmente sostenidos por profesionales en formación, con poca participación de profesionales de planta, subrayando el tema de las rotaciones como un elemento que obstaculiza el trabajo. La representación que se tiene al respecto es que se trata de una

práctica relegada en los servicios de Salud Mental en general y rechazada por la mayoría de los psicólogos. Se hace referencia principalmente al tema de la angustia que puede generar y a la falta de formación que prepare para la atención de pacientes con padecimientos físicos.

Código	Sujeto	Referencia
1PPA	Omar	Sí, hay pocos profesionales, o sí hay profesionales que también... porque uno habla de profesionales en formación pero nosotros tenemos una planta permanente de psicólogos de casi 20, 30 personas, o sea que tranquilamente cualquiera podría ocuparse de esas situaciones, pero la gente no quiere. El profesional, el psicólogo le cuesta trabajar con la enfermedad médica, la facultad no te prepara para esto, la facultad te prepara para tener un consultorio privado en Palermo con un diván de terciopelo y una foto de Freud colgada en la cabecera. Es muy difícil que alguien elija de movida el dispositivo de interconsulta o trabajar con enfermos.
2PRA	Laura	En la mayoría de los servicios las interconsultas las piden los R1, y nosotros acá también rotamos, entonces es cambio de profesionales permanente, porque cada un año mínimo cambian, entonces ocupan ese rol distintas personas. Pero me parece que por ahí estaría bueno que a ese cambio lo acompañe algo que más o menos se sostenga, ¿no? Que por ahí eso tiene que ver con algo más allá de la residencia. Me parece que es un laburo por ahí más para hacer entre los profesionales de planta.
4PRD	María	La realidad es que para que vaya planta tiene que ser un caso o muy grave, o que por algo nosotros no pudimos resolver, o algo de estas cosas judiciales... lo más común es que vaya siempre residencia. Y que los de planta sean los que coordinan las acciones de los residentes, supervisan pero no van directamente.
8PRP	Leticia	Yo en principio pienso que deberíamos ser más. A veces no alcanza. Y... no sé, tendría que pensar. Pero sí, quizás debería hacerse algo más desde el equipo de salud mental, no que vayan solos los residentes, que se los presente, se los acompañe, que haya una persona que enlace el año anterior con el año siguiente por ejemplo, y que bueno sea la referencia para cualquier duda que tengan con un residente, que no sea algo rotatorio
10PPR	Elena	Yo creo que en un hospital general, el equipo de interconsulta tiene que tener un lugar privilegiado, que no lo tiene. Tener un psicólogo rentado en el equipo de adultos y un psicólogo rentado en el equipo de niños y adolescentes es no darle lugar. No tenemos consultorio, no hay un teléfono disponible. En general se privilegia y mucho, y obviamente es importantísimo el trabajo en consultorios externos, pero la interconsulta queda me parece, como una práctica como en un costado, relegado, sin tener un lugar del todo claro.

6. La angustia

El tema de la angustia es permanente referencia en los discursos, ya sea que se le supone al médico o se reconoce como parte de lo que hay que trabajar del lado propio. Dentro

de la representación que los psicólogos tienen de esta práctica está el encuentro con los cuerpos padecientes, la inminencia de muerte y las fallas institucionales que forman parte de las ideas acerca de lo angustiante. Se cree que se trata de situaciones en las que el profesional puede identificarse con la situación del enfermo, carecer de los recursos para abordar el sufrimiento del paciente o verse afectado por el encuentro cercano con el fin de la vida de una persona.

La representación acerca de la angustia se relaciona con puntos de vulnerabilidad extrema de los pacientes que le muestran al profesional su propia indefensión.

Código	Sujeto	Referencia
1PPA	Omar	Imaginate que con todo el tiempo que tengo yo, siempre lo que a uno le queda es el encuentro con la muerte. El fallecimiento de un paciente que uno venía trabajando siempre te marca particularmente. O sea esto es lo que uno recuerda particularmente...
2PRA	Laura	Me parece que esto de ver al paciente en la cama es como muy fuerte. Es como muy fuerte porque tal vez uno por ahí ahí queda tomado mucho por la situación, porque ve al paciente en un momento de mucha debilidad, que por ahí hace que uno por ahí sienta otras cosas, que habría que ayudarlo, que habría que hacer más cosas.
3PCA	Sofía	Digo, es un laburo re difícil, hay pacientes que angustia mucho su padecimiento, que toca al cuerpo mal, cuando hay amputaciones, cuando hay operaciones complejas, pacientes para los que ya se tiene un pronóstico que es terrible, es difícil trabajar con eso.
4PRD	María	A mí personalmente se me viene mucho la imagen del cuerpo del paciente con tubos y... eso es muy personal, no digo que a todos los psicólogos les pase, pero ... yo no había tenido prácticas en la carrera donde hubiera cuerpos sufrientes de una manera tan pregnante.
5PPD	Jesica	Y porque a veces son situaciones... personalmente a mí... son situaciones bastante como... eh... esto de ver a nenes internados y con problemáticas graves, esta bueno ir a compartirlo con alguien.
6PCD	Soledad	A veces es muy angustiante las situaciones con las que uno se encuentra en la interconsulta porque se encuentra mucho con lo real del cuerpo, que es algo para lo que nosotros no estamos preparados en la facultad y si uno no tiene un propio espacio donde trabajar eso y una supervisión con colegas donde trabajar eso, eso angustiante hace que a veces uno no lo tolere y no pueda trabajar.
7PPP	Moirá	Entonces a mí me hacía mucho ruido, ¡me angustiaba a mí! Viste que nadie atendiera a esta chica ¡y pasaban! Entonces la piba estaba inválida, con heridas importantes y no pasaban. Entonces mi trabajo fue empezar a ir sala por sala, con mucho cuidado, porque vos no podés ir al médico y decir: la están desatendiendo. Y en algunos tuve logros, y en otros no. Y yo no sé si esta chica no está en silla de ruedas por... por... porque no

		hicieron... no sé esa pregunta, entonces ahí sí, es un punto de angustia mío.
8PRP	Leticia	Llegar y como empezar a hablar con alguien acostado es algo raro, que cuando se pueden levantar buenísimo y cuando no, qué sé yo, uno parado y el otro en una posición que... aparte no es el diván, que está acostado pero para no mirar, ahí sí los estás mirando, es raro por lo menos para el psicólogo es una imagen que impacta, llegar y tener una conversación así.
9PRR	Andrés	Y es como difícil hacer ese corrimiento, decir bueno, poder bancarse eso, después el malestar de recibir esa transferencia, digamos, y hay que hacer algo con eso. A veces es mucha la angustia. Hay mucha muerte en general, en un hospital, entonces es un ámbito donde uno está enfrentado todo el tiempo a esas cuestiones, no por la idea de suicidio sino porque la gente se muere.
10PPR	Elena	Me parece que a veces... nuestra propia incertidumbre, o algo del orden también de la incomodidad y de la angustia, nos lleva a armar ideas y críticas antes de enterarnos de qué se trata. Porque nosotros también estamos tomados por esa misma inquietud, esa misma angustia, o el nombre que le pongamos según las circunstancias, por ahí lo que yo planteo es que nosotros tenemos que vérnosla con eso y trabajamos con eso, pero no estamos exentos de que en ese pedido de interconsulta nos suceda esto mismo, ¿no?
11PCR	Paola	Me parece fundamental, espacios de ... donde uno pueda... digamos... poner con otros estas cuestiones que van pasando, que muchas veces uno esta como... se siente... sobrecargado por todas estas situaciones.

7. La formación de los psicólogos en interconsulta

La idea que se tiene acerca de la formación de los psicólogos en interconsulta es que la adquisición de herramientas para abordar la práctica no proviene de la carrera de grado sino de la experiencia en el hospital. Dentro de esa experiencia se subraya el encuentro mismo con esa práctica y el trabajo con compañeros que ya tienen algo más de recorrido y pueden transmitir herramientas validas para la clínica. También compartir espacios de formación o trabajo con médicos es considerado importante por algunos. El psicoanálisis tiene un lugar particular ya que muchos de los psicólogos entrevistados lo ubican como un marco de referencia, que aporta un andamiaje conceptual principalmente en relación a la idea de sujeto y a la “escucha analítica”. No sustituye la formación que se vive más al modo de un oficio, es decir que se aprende haciendo y con otros, sino que se trata de una referencia que funciona enmarcando esa experiencia.

Código	Sujeto	Referencia
1PPA	Omar	En el hospital. En el hospital. De hecho hay muy poco material específico de interconsulta, si vos te pones a buscar, salvo algún libro de Silvina Gamsie... algún libro de otra autora francesa bastante vieja que habla sobre interconsulta... no hay, hay libros que hablan sobre el trabajo en los hospitales más orientada la crítica al médico que al quehacer del psicólogo.
2PRA	Laura	¿En mi experiencia personal? En las supervisiones. Me parece que ... que sí, que en las supervisiones. Donde digamos se... o en los espacios digamos para pensar el dispositivo de interconsulta.
3PCA	Sofía	En la interconsulta, no se hay algo que es muy de la experiencia. Uno puede tener clases que son interesantes, que obviamente aportan, que permiten poder escuchar y prestar atención a otra cosa, pero también hay algo que es del experimentarlo, del contarlo, que te devuelvan algo del otro lado.
4PRD	María	Y en las supervisiones, nosotros tenemos una supervisión por mes con un médico psiquiatra y una por mes con una psicoanalista, en donde llevamos casos de interconsulta. La supervisión es eminentemente de interconsulta, exclusivamente de interconsulta. Pero considero que sin la práctica no habría manera de acceder a ningún conocimiento de cómo intervenir ahí.
5PPD	Jesica	En la práctica. Pero no sólo en la práctica. En la práctica y después en lo que uno pueda pensar de esa práctica. Es en la práctica y es en las supervisiones y es en lo que después volviendo, a lo que viste... con la práctica, con la experiencia de la práctica, volver quizás a lo que si leiste, pero no es sin la práctica. Es la práctica con supervisiones, volviendo a lo que si ya viste.
6PCD	Soledad	En el hospital. La realidad es que yo durante los seis años de facultad solamente tuve una materia electiva de niños en la que hice una práctica de cinco encuentros en interconsulta del hospital Garrahan. Fue la primera vez que escuché hablar de interconsulta, fue muy poco el material que encontré disponible en las materias. Yo creo que lo necesario para trabajar en interconsulta lo encontré en el hospital trabajando con otros colegas que ya lo habían hecho, pero no en la formación teórica de la facultad.
7PPP	Moirá	Mirta en realidad había trabajado toda su vida en interconsulta en el Frenández y en su consultorio, y justo se muda acá al Pirovano y había empezado acá. Como nosotras teníamos esa cuestión, hablamos con Mirta a ver si le parecía, pero no sabíamos ni quién era, no la concíamos, y le pareció bien, y armamos con ella, y en realidad la formación fue con Mirta.
8PRP	Leticia	Lo que sirve en las supervisiones o compartir los casos como en ateneo, bueno esto es lo que hicimos nosotros, qué opinan los demás y ahí te da ideas de cómo intervenir, uno a veces está muy tomado por la lógica de su propio hospital, o la lógica de su propio equipo de trabajo y cuando otros opinan o te cuentan como manejaron otro caso, eso... ayuda. Esa es la formación más interesante me parece.
9PRR	Andrés	Yo no creo que podría ir a la interconsulta sin estar en la residencia. Digamos. Por ahí después si, digamos... ¿no? pero sin haber pasado por este lugar, porque acá nosotros estamos compartiendo espacios formativos con médicos y el ámbito de la

		interconsulta es un ámbito médico. Entonces, sin esas herramientas digamos, es muy difícil para nosotros poder... podernos ubicar en conversar con el médico...
10PPR	Elena	Acá. Acá. Por un lado, la formación en psicoanálisis. Pero fundamentalmente acá. Yo creo que me entere que existía la interconsulta, en el hospital. Yo no recuerdo que en la facultad me lo hayan dicho y si lo nombraron, ¡me pasó de largo! Yo, la actividad o el dispositivo de interconsulta lo conocí acá. Sí pienso que después las herramientas tienen que ver con la formación que uno tiene en general, ¿no? Es el dispositivo de la interconsulta con el trabajo de un analista ahí.
11PCR	Paola	Es que yo creo que es, digamos, acá. Es en el ir haciendo, ¿no? en la práctica misma. Justamente por esto de que no... en lo que es la formación universitaria y demás, nada, o algún que otro texto que uno puede leer cuando uno rinde el examen de concurrencia y residencia, pero que me parece que es en la práctica, en los casos que va teniendo, y en el intercambio con otros que están haciendo esto mismo.

8. El ideal de curar y la eficacia

Un tema que se recorta como significativo es la pregnancia del ideal de curar y la eficacia. Los psicólogos ubican una tendencia desde el discurso médico a llevar la idea de sanar hasta las últimas consecuencias, sin dar lugar a otras dimensiones del proceso salud-enfermedad. Desde esa perspectiva los psicólogos sienten que se les pide que sean eficaces, que “resuelvan” en términos de curación y todo lo que no constituye una intervención de este estilo quedaría por fuera de lo deseable. Se considera que esta orientación de la práctica médica, cuando está presente se transforma en una exigencia para los médicos y para los psicólogos. En el mismo sentido, una preocupación de los psicólogos es que muchos médicos, sostenidos en este reduccionismo, consideran que lo que no se objetiva a nivel orgánico no forma parte de su competencia, habilitándolos a desentenderse de la situación que los impulsó a llamar a Salud Mental.

Se subraya de este modo un malestar a la hora de acercarse a los médicos que toman esta postura, que se manifiesta en demandas de resolución bajo el paradigma de la intervención médica, o en la dificultad de encontrarlos para hablar de los pacientes y que se

involucren o tengan en cuenta esas otras dimensiones que exceden el tratamiento del cuerpo. Asimismo, se menciona la tendencia a diagnosticar con rótulos de la psiquiatría como otro de los modos de desentenderse de la responsabilidad sobre el paciente. Si bien todos los psicólogos ubican diferencias en los médicos respecto de esto, se señala que un factor de influencia es el Servicio en el que se encuentran, como una impronta respecto de la posición del médico.

Esta representación apunta a una idea de medicina fragmentada, en la que prima lo urgente y no hay tiempo para reflexionar, tiempo que no estaría al servicio de la eficiencia pero que permitiría interrogar algunas prácticas.

Código	Sujeto	Referencia
1PPA	Omar	Porque ni siquiera es... porque si un médico clínico, un médico cirujano te pone como motivo de la interconsulta “depresión”, esta hablando de “esto es tuyo, no es mío, resólvolo”, y ahí hay un desligamiento de la responsabilidad que le ocupa a ese médico y una idea de que lo resolvamos.
2PRA	Laura	Y... siempre se pone en juego qué espera el médico de uno: que resuelva. Esto que te decía antes que pasa mucho, que el médico venga, te pida la interconsulta y después “bueno de esto se encarga salud mental.”
3PCA	Sofía	Hay servicios en los que te podés sentar y hablar muy distendidamente con los profesionales respecto de qué es lo que escucharon, qué piensan que se puede hacer, poder transmitir algo también, y hay otros en los que más o menos tenés que estar corriendo al profesional para que te pueda decir algo del paciente.
4PRD	María	En general según el servicio es más o menos fácil sentarse a hablar de algo que no sea la urgencia orgánica del paciente. En servicios de traumato o cirugía en general, hasta ni los encontrás, están siempre en quirófano y no tenés donde hablar y si lográs encontrarlos te miran como si les estuvieras hablando de algo... “no sé, eso te lo dejo a vos”. En ese sentido es difícil.
6PCD	Soledad	Depende mucho, depende de la disposición que tengan para trabajar en equipo, depende a veces del valor que ellos le den al campo más “psi” y a lo que nosotros podemos aportar para el trabajo con el paciente y eso viene de la mano de la formación que reciben, tanto en la facultad como en el hospital. Y en general por las especialidades también cambia bastante. Los pediatras tiene una mirada mucho más integral de los pacientes que por ahí un traumatólogo, entonces el pediatra suele darle mucho más valor a lo que nosotros aportamos en la interconsulta. Por ahí un traumatólogo es más resuelto lo que tengo que hacer, ya sea una operación, un yeso y que siga su camino.

7PPP	Moira	Esto es también el saber médico, viste, hasta las últimas consecuencias, la tecnología puesta en el paciente, este es otro de los temas que, bueno, eso es un recorrido que harán los médicos, viste, yo puedo charlar algunas cuestiones, bué. Empiezo a preguntar eso y es como que la operación no era innecesaria pero... le prolongaba la vida a esta mujer tres meses. En esos términos. Pero no toleraban que no quisiera operarse.
8PRP	Leticia	Bueno eso, lo fragmentado que está todo. Yo creo que dentro de las exigencias de todo el hospital, nosotros estamos un poco más tranquilos, que tenemos un poco más de tiempo para pensar, no sé, para pensar lo que hacemos. Muchas salas, no sé cirugía, clínica, están todo el tiempo con demanda constante de los pacientes y las intervenciones que tienen para hacer y no hay tiempo para pensar.
9PRR	Andrés	Piden que resolvamos cosas, el paciente no puede dormir, tiene angustia, llora mucho, no se deja practicar determinadas cosas eh... a ver, ubicando del lado nuestro... a algo en relación al saber ¿sí? eh... Para mí uno de los trabajos es desubicarse de ese lugar.
10PPR	Elena	Me parece que tomándolo, no con las personas sino en tanto al discurso médico, que es lo que en este hospital... en un hospital general marca y determina, ¿sí? el modus operandi digamos. Hay en el discurso médico, me parece, allí en el horizonte está el ideal de curar y entonces cuando el ideal de curar o hacer todo lo posible en función de que ese paciente esté bien y que de pronto el paciente... se hace todo lo necesario y no responde a los tratamientos, ¿no? uno puede pensar, bueno, ¿y? Hay de otra cosa, ¿no? Entonces frente a estas dificultades, de pronto la interconsulta aparece como ... bueno, pero no sé qué le pasa a esta persona que en realidad no quiere mejorar...
11PCR	Paola	Con los médicos... depende, a veces pasa que uno se encuentra un médico que por ahí ...no, no... digamos, no se si decir, que no se compromete demasiado, ¿no? pero donde hay alguno que interviene más, y esta digamos como más predispuesto, y se puede trabajar mejor, y otras veces que por ahí ... hasta cuesta por ahí encontrarlo, por ahí uno vuelve otro día para poder conversar y...

9. Reducción de la salud mental a la psiquiatría

Los psicólogos, principalmente los que tienen más experiencia, recortan una dificultad en el ámbito de la interconsulta con salud mental relativa a la tendencia a reducirla a la interconsulta psiquiátrica. Esto implica el borramiento de otros discursos y prácticas, entre ellos el de la psicología, que forman parte del campo de la salud mental. Bajo esta modalidad, se produce un reduccionismo en el significado que se le atribuye a la interconsulta, considerando como válido únicamente aquello que se amolda a un discurso médico positivista y biologicista. Elena plantea una situación que le parece paradigmática en la que, luego de

una trabajo muy intenso con una paciente por parte de los psicólogos, en un informe que emiten los médicos solo mencionan la intervención del psiquiatra. Omar por su parte señala la tendencia de los médicos a diagnosticar los malestares de los pacientes con categorías psiquiátricas, junto a la idea de que toda consulta puede reducirse a un tratamiento del sufrimiento con herramientas de la psiquiatría. Moira ubica, en algunos Servicios, un vacío que impide comprender lo que un psicólogo puede aportar sobre un paciente, como si dentro de los esquemas conceptuales que los médicos de ese servicio manejan no hubiera posibilidad de incorporar algo de un discurso diferente. Andrés también recorta, en la misma línea, la idea de una exclusión de la tarea del psicólogo en la interconsulta.

Código	Sujeto	Referencia
1PPA	Omar	Las particularidades vienen en torno a esto, o si no directamente, interconsulta con psiquiatría, como que la especialidad de psiquiatría abarcaría cualquier situación que pudiera dar cuenta de algo que no funciona bien dentro del ámbito de la salud mental. Las más de las veces, no se trata en una interconsulta de una intervención psiquiátrica sino que se trata de esto que te decía anteriormente, tiene que ver con cuestiones que pasan en las instituciones.
7PPP	Moira	Mirá, por ejemplo en ginecología piden nada más que psiquiatra, no piden psicólogo. Tiene que ver con la modalidad médica. Esa sala, el jefe de esa sala es especial. No pide. Es raro que pida. Y a veces nos ha pasado que han pedido y vas y atendés al paciente y cuando haces la devolución al médico viste, es como que no...no es algo que lo tiene en su...en su haber, ¿entendés?
9PRR	Andrés	Y después están los médicos que no quieren saber nada, simplemente piden interconsulta porque los mandan, pero para ellos no tenemos nada que hacer, o tendría que ir solo un psiquiatra a medicar, digamos, no.
10PPR	Elena	Otras difíciles, como por ejemplo en una situación de una interconsulta que se transformó en internación y que después volvió a ser interconsulta... donde se trabajó muchísimo, muchísimo con una paciente, con distintos dispositivos. Vivíamos en la sala, hacía los informes a las seis de la mañana, la dedicación a esa paciente fue a full. La paciente finalmente se fue a un hogar. Cuando no me acuerdo qué organismo, si fue la defensoría o quién, le pide a pediatría un informe, yo después leo el informe y en el informe el único nombre que aparecía del área de interconsulta era el nombre del psiquiatra. En ese informe nosotros no figurábamos.

10. El trabajo con el médico es fundamental

Los vínculos con los profesionales médicos a la hora de hacer la interconsulta presentan una gran variabilidad, según los psicólogos. Esas diferencias, que ellos captan a partir de la permeabilidad o no del médico a conversar acerca de las dificultades que motivaron la consulta, se representa en términos de predisposición, que puede ser personal pero fundamentalmente depende de la formación universitaria y de especialidad, así como del Servicio en el que trabajan. Sin embargo, la mayoría de los psicólogos considera que la comunicación mejora cuando hay trabajo con los médicos, se generan vínculos y los profesionales se conocen. La vía del lazo entre profesionales es la que privilegian a la hora de pensar facilitadores de la comunicación, pero debido a la alta rotación de profesionales, señalan también la necesidad de que la continuidad del trabajo esté pensada desde los servicios.

En la mayoría de los discursos esto aparece como ideal, o pudiendo armarse circunstancialmente. El único caso en que no es solo una propuesta sino que forma parte del dispositivo, es el vínculo armado entre las psicólogas que hacen interconsulta infanto-juvenil en el Durand y los médicos de la sala de Pediatría, donde se implementó la inclusión de dos psicólogas en la reunión diaria que tienen los médicos para hablar de pacientes internados (el “pase” de sala), dos veces por semana.

Código	Sujeto	Referencia
1PPA	Omar	Trabaje en varios pedido de interconsulta de cirugía cardiovascular, hasta que... con un mismo médico, hasta que un día viene y me dice: mirá, tengo ganas de hablar con vos. Bueno dale. Pero no es por ningún paciente, quería hablarte por mí, porque hace... estuve participando de un trasplante, hace 14 horas que estoy metido en el quirófano, y realmente estoy muy mal, porque no quiero quedar quemado como la gente de planta, y me angustia mucho esto, porque empiezan a consumir drogas y después... todo una entrevista larguísima, que derivó en “bueno, bueno muchas gracias”, y se fue. Si esto formara parte de un equipo, si uno estuviera presente más tiempo quizás este tipo de cosas serían mucho más habituales. Y uno va ganando lugar para hacer señalamientos del estilo, me parece que fuiste demasiado brusco con la familia, me parece que se te fue de mambo con... ¿no?

2PRA	Laura	Porque si no, bueno a mí me pasa, yo hice hace dos años y por ahí me encuentro diciendo las mismas cosas ahora... que no está mal porque son chicos que nunca hicieron interconsultas en los otros servicios entonces es por ahí explicar cierto manejo en la inetrconsulta o mismo cómo hacer los pedidos... pero por ahí eso se podría trabajar de otra manera si hubiera una transmisión de los profesionales de planta de ese tipo de laburo.
3PCA	Sofía	Tiene que ver también con las particularidades del servicio, de los grupos que lo conforman por supuesto, pero también de lo que hacen en ese servicio porque es cierto que hay servicios que están más a las corridas que otros. Entonces como que ... sí, son distintos. Hay que saber cómo manejarlo. Sí, con seguridad, uno no va a ver un paciente si antes no habló con un médico, si no leyó la historia clínica, bueno... la pediste si no tenés el tiempo para que lo charlemos vengo en otro momento.
5PPD	Jesica	La incorporación de las psicólogas en el pase fue como surgiendo de las supervisiones, de lo que pasaba con los papelitos, de después cómo encontrar al médico, porque también pasaba eso, ¿no? De estar ahí mismo cuando surge alguna cuestión que ellos consideran que tiene más que ver con el equipo de psicología, entonces al estar ahí, como en la discusión del paciente, que es lo que esta pasando, que les preocupa... Se fue dando. Fue un poco propuesto por el equipo de interconsulta, un poco por los médicos... fue como bastante, como una apertura que estén ahí.
6PCD	Soledad	Yo creo que esta forma de trabajo donde uno no solo concurre cuando hay una demanda explícita de parte de la sala, sino el trabajo más diario donde en los pases se pueden discutir los casos y uno puede incluso pesquisar cosas que a los médicos se les pasan, de alguna manera también va entrenando la vista de los médicos, teniendo contacto directo con lo médicos por sala, pudiendo ubicarlos cuando uno los necesita, pudiendo hacer devoluciones de cualquier interconsulta que uno hace, porque si no no sirve, si uno no puede devolver una mirada de lo que observó con ese paciente no alcanza.
7PPP	Moirá	Ahora transmitir todo eso en la sala, siempre tenemos medio un problemita con eso. También sabemos, eso son los años también, en junio entran los nuevos, los nuevos vienen viste como muy el furor curandis, hay que hacer todo y no sé qué, entonces vienen con un planteo como... la medicina muy idealizada. Y también idealizan al paciente, entonces también hay que hacer como una trabajo ahí, pero... uno ya sabe de eso.
8PRP	Leticia	Esta bueno cuando uno ya conoce... También el hecho de ser residente, como cada año entran nuevos, no sé... me acuerdo de las docentes que nos daban clases que ya tenían los teléfonos de los enfermeros, de todos los médicos, entonces es mucho más fácil articular el trabajo. Pero nosotros, como recién nos conocen, muchas veces no nos dan los teléfonos, obviamente porque no nos tienen tanta confianza tampoco, entonces esto de lo transitorio del residente de estar un solo año, saben que te vas y viene otro... dificulta sostener una historia en la que te puedas apoyar para armar estos equipos. Sería necesario que se haga algo más desde el equipo de salud mental.
9PRR	Andrés	Después con el tiempo, se van creando ciertos lazos y entones el pedido de interconsulta ya es diferente porque ubican que a este paciente le vendría bien charlar, porque lo veo un poco angustiado, tiene un problema con la mujer, o ahora tiene esta noticia de que se enfermó de hiv entonces no sabe cómo decirlo, ¿sí? Entonces ahí, la interconsulta nos la pide desde otro lugar ¿sí? pero ya hubo antes un trabajo con el médico, digamos, se

		crea otro tipo de lazo digamos.
10PPR	Elena	Este es un efecto de años de trabajo ahí donde ya hay confianza para poder intervenir desde nuestro lugar, y que ellos también se animen a abrirse y decir algo de esto pudo haber pasado. Tal vez, si es una sala a la que vamos por primera vez con un médico al que nunca vimos, esto puede resultar mucho a veces mucho más difícil.

11. El trabajo en equipo desde la perspectiva de los psicólogos

Si bien claramente la representación acerca de la práctica de la interconsulta para los psicólogos supone el trabajo en equipo, las delimitaciones de lo que consideran equipo varían. En algunos casos es el equipo de residentes como lo definen Laura, María y Andrés, en otros se trata de equipo de profesionales de Salud Mental que hacen interconsulta, como aparece en el discurso de Jesica, Soledad y Paola. En el caso de Moira es con su compañera psicóloga de planta. Si bien el equipo no incluye en principio a los médicos, se plantea también la necesidad de trabajo en equipo con ellos, sin que esto cuestione necesariamente la delimitación de equipo de la que se parte. En ese sentido es significativa la idea de Leticia de la conformación de “equipos espontáneos”, es decir el armado de un equipo con los médicos y servicio social, frente a una consulta en particular, que de algún modo señala la necesidad de conformar un equipo ahí donde no lo hay previamente.

Únicamente Omar y Sofía plantean el equipo incluyendo a los médicos en el recorte mismo del equipo. Elena por su parte habla del trabajo conjunto y de la continuidad de ese trabajo en una sala, pero el equipo se compone de psicólogos que hacen interconsulta, desde ahí se trabaja generando lazos con los pediatras. Lo mismo ocurre con Soledad, que trabaja cotidianamente con los médicos pero conserva la idea de un equipo de interconsulta que incluya psicólogos, psiquiatra y trabajador social.

Código	Sujeto	Referencia
--------	--------	------------

1PPA	Omar	Un equipo en cada sector, de cada especialidad. Si no permanentemente, pero que tenga dentro del funcionamiento el concepto de que esto esta conformado por alguien de salud mental, alguien de trabajo social... ¿no? Porque en aquellos lugares donde existe esta modalidad, es mucho más sencillo todo el tramite de trabajar con la enfermedad, con el dolor, con el sufrimiento. Tanto hacia los pacientes como hacia el equipo, ¿no?
2PRA	Laura	Me parece que más que nada intentando como... hacer un trabajo en equipo, poder pensar... esto de las situaciones más complejas poder pensarlas juntos. Algo que planteamos varias veces, mis compañeras y yo, es como... por más que sea un paciente para psicología o un paciente para psiquiatría intentar mantener un diálogo como para ir pensando cosas más allá de quién vaya a ver al paciente, y no quedarnos solos con esas situaciones.
3PCA	Sofía	Conversar con los psiquiatras qué es lo que están viendo, que están escuchando ellos, hablar con el coordinador... hablar con los médicos también, qué es lo que ellos están observando, ellos ven todo el tiempo al paciente, uno va una hora alguna o algunas veces a la semana, pero me parece que está ahí el apoyo, en el equipo. Que no es solo el nuestro, el equipo es también el del servicio que está atendiendo ese paciente.
4PRD	María	No es siempre el mismo equipo, para cierto caso el médico y el psicólogo pueden ser XY y para otro LM, pero son siempre duplas. Tratamos de no ir de a uno.
5PPD	Jesica	Y en general nunca vamos solas, siempre hay alguien más de psicología. Es esto de la discusión y el trabajo en equipo.
6PCD	Soledad	Yo creo que la interconsulta es un dispositivo que no puede funcionar de a uno. Creo que es un dispositivo en el que es necesario trabajar en equipo, psiquiatra y psicólogo como unidad de trabajo de interconsulta, es básico. Y creo que lo que encontramos, sobre todo trabajando con niños, es que es necesario sumar de alguna manera al equipo a un trabajador social.
7PPP	Moirá	Mirá somos dos, Agustina y yo.
8PRP	Leticia	Armar un equipo, en el momento, como espontáneo, para un caso en particular que por ahí dura una semana, pero tenés que armar un equipo para que todos trabajen conjuntamente en eso, eso me parece a veces que es lo más difícil. Como gente que no conoces demasiado, no venís tratando pero en pocos días tenés que armar una estrategia y que tienen que participar todos porque si es uno solo el que la sostiene no funciona. Así que por ahí por eso, eso es una dificultad pero también es un desafío, creo que por eso me gusta tanto esto de armar equipos espontáneos.
9PRR	Andrés	Uno es en el equipo, ¿sí? nosotros trabajamos juntos, incluso cuando uno va solo cuenta con otros con los cuales puede conversar acerca de una situación que puede ser muy angustiante...
10PPR	Elena	Es difícil que se dé un trabajo conjunto. Se va dando especialmente con esta sala en la que venimos trabajando hace muchos años, pero que además han venido trabajando distintos profesionales del equipo de interconsulta con el mismo estilo de trabajo, a lo largo de los años, tal vez con una pequeña interrupción en algún momento, pero con cierta continuidad y yo creo que es mucho más... es posible en una sala donde se viene trabajando.

11PCR	Paola	Claro, es la reunión de pase, digamos, donde se... generalmente es los lunes, en donde se... cuentan situaciones que hubo en la semana en lo que es interconsultas, situaciones que uno considere que quizás amerita comentarlas con el resto del equipo, o sea los que hacemos interconsulta.

12. Interdisciplina e interconsulta desde la perspectiva de los psicólogos

Los psicólogos no dudan en plantear que la interconsulta debe ser una práctica interdisciplinaria. Lo plantean desde diversos ángulos, con ideas acerca de la interdisciplina que van desde concurrir a las entrevistas de interconsulta de a dos, psicólogo y psiquiatra juntos, o de a tres incluyendo al trabajador social, hasta planteos más estructurales que suponen un armado interdisciplinario desde los dispositivos mismos.

En algunos casos, como lo manifiesta Andrés, la idea de interdisciplina tiene un sesgo de herramienta de diagnóstico, pensando las disciplinas en complementariedad. En otros casos, toda intervención en interconsulta se piensa como necesariamente interdisciplinaria, pero en términos de generar estrategias comunes a construir entre médicos, asistentes sociales y psicólogos, como lo plantean Soledad, Laura, Omar y María. Creen que se trata de algo que debe ser al menos un horizonte de la práctica de interconsulta, ya que muchas veces es difícil de concretar. Por último, Moira, Elena y Paula hablan de interdisciplina en interconsulta como necesaria ante la complejidad de algunos casos, en los que las decisiones a tomar no son fáciles o intervienen organismos gubernamentales de distinta índole a los que hay que responder, para lo cual el trabajo con otros es indispensable.

Código	Sujeto	Referencia
1PPA	Omar	Para mí, yo soy un convencido que la mejor manera de trabajar en un hospital general es generando equipos interdisciplinarios. Que todos los servicios deberían tener dentro de sus equipos de trabajo, un representante de salud mental.
2PRA	Laura	La interdisciplina y la interconsulta, ¿no? Porque son como... La interdisciplina implica todo un trabajo en grupo que por ahí la interconsulta no... generalmente pasa bastante eso, como que

		te llaman para resolver algún tipo de situación y muchas veces después se desentienden los médicos de eso mismo que te pidieron, con lo cual ahí el trabajo interdisciplinario se ve como bastante dificultoso porque no están. Pero sí, pienso en interdisciplina porque sí me parece como importante aunque sea tener en claro qué piensa uno de eso, como para tender a ese tipo de trabajo aunque no se logre.
4PRD	María	Nosotros estamos bastante acostumbrados desde la residencia, no lo digo desde el servicio en general, desde la residencia, a laburar interdisciplinariamente médicos y psicólogos, y ahora cada vez más con trabajo social, eso lo manejamos bastante bien, pero interdisciplina yo considero que es también con los médicos clínicos, con los cirujanos... y en el hospital hay una dificultad para encontrar el tiempo para hablar con médicos de otros servicios.
6PCD	Soledad	Yo creo que las diferentes disciplinas, cuando todos estamos viendo el mismo paciente tenemos que sentarnos a dialogar, no a cada uno dar su punto de vista, porque yo apunto a un trabajo interdisciplinario y si cada uno da su punto de vista sin pensar o incorporar nada de lo que los otros traen no sirve, no perdamos tiempo, no nos sentemos todos si va a ser un monólogo. Para mí la interconsulta tiene que ser un trabajo interdisciplinario donde nos sentemos todos realmente y podamos en el armado de una estrategia común, no una estrategia médica, una de trabajo social y una psicológica.
7PPP	Moirá	Yo atendí pacientes de Cromañón y atendí pacientes del famoso tren de once. Con esos pacientes había tanta presión de afuera que los médicos te necesitaban mucho y yo también a los médicos, obvio, porque yo tenía que hacer pronóstico, ¿no? entonces trabajábamos muy en conjunto, y ahí sí había informes, los leían los médicos... es como que hay necesidad de eso, viste porque hay mucha presión de afuera.
9PRR	Andrés	La idea es básicamente que podamos conformar algún equipo interdisciplinario, ¿sí? es decir médico y psiquiatra en principio, la residencia es un ámbito donde están las dos disciplinas y hacer por lo menos la primera evaluación juntos.
10PPR	Elena	Pero en situaciones donde tenemos que intervenir, como por ejemplo cuando interviene el consejo, que rápidamente lo que pide es la evaluación de salud mental, de pediatría y de servicio social, empezar a trabajar -y que esto empezó a suceder- donde algunas entrevistas a familiares, o cuando viene gente de otros organismos, las hacemos de modo interdisciplinario, hay un representante de cada servicio, donde acordamos un objetivo, donde entrevistamos a esa persona todos juntos y después no hay que ir contando lo que sucede, lo que no sucede y en esa misma situación podemos tomar decisiones y podemos sugerir estrategias, a mi gusto es una de las experiencias más ricas, no sólo porque nos sentimos acompañados, por lo menos a mí me parece que es importantísimo, en situaciones tan complejas, donde la clínica se presenta tan difícil, ¿no?
11PCR	Paola	Yo la podría ubicar como significativa en el punto en el que... digamos... hubo situaciones acá en el hospital de una paciente internada, de violencia por parte de su pareja hacia ella, violencia de género digamos, y por ahí cuestiones legales que entraron en juego ehhh donde estamos trabajando un montón con servicio social, con el psiquiatra que la atiende digamos de acá del servicio, digamos todos en equipo, en donde tuvimos que ir a hablar con la abogada del hospital... hablar con diferentes organismos que trabajan en lo que es violencia específicamente, bueno, todo una movida interdisciplinaria.

11.3 Representaciones de la interconsulta psicológica: médicos

1. Motivos del pedido de IC según médicos	
•a-Angustia del paciente es un motivo de interconsulta con el psicólogo •b-Lo que angustia al médico •c-Lo que obstaculiza el acto médico y lo no esperable •d-exclusión social marginalidad y violencia	
2. La IC con psicología queda desdibujada, integrada al modelo médico	
3. La IC es una contención para el paciente	
4. La IC mejora la salud del paciente	
5. El médico se ocupa de la enfermedad en términos orgánicos	
6. Motivaciones para pedir IC: aprendizaje, ayuda y atención integral	
7. IC funciona bien pero...	
8. Falta de trabajo en equipo	
9. La interdisciplina se suplanta con especialidades	

1. Motivos del pedido de interconsulta

Los motivos por los cuales los médicos piden interconsulta con salud mental delimitan algunas de las representaciones que tienen de la práctica y cómo incluyen allí la labor del psicólogo. Lo primero que aparece en las entrevistas ante la invitación a que hablen de un interconsulta con un psicólogo es el asombro respecto de la formulación misma, dado que la referencia inmediata que manejan es “salud mental” o “psiquiatría”, sin embargo dentro de los motivos por los que solicitan interconsulta hay dos vertientes: los pedidos a causa de lo que ubican como “patología psiquiátrica” y aquellos que exceden ese marco.

La patología psiquiátrica les resulta más clara y en algún sentido independiente de la situación de internación: se trata de los antecedentes del paciente, diagnósticos previos,

antecedentes de consumo, manejo de medicación psiquiátrica con la que llegan o, a partir de la nueva ley de salud mental, la presencia de pacientes con internaciones por salud mental en salas de otras especialidades médicas. Lo otro que ubican en el campo de la psiquiatría es la urgencia.

Lo que excede a esto, conforma el otro gran grupo de motivos por los cuales se solicita interconsulta y que corresponderían a aquello de lo que puede ocuparse el psicólogo, principalmente la angustia del paciente tematizada también como tristeza o sentimientos asociados a lo que la persona está atravesando. Otros de los temas que se asocian a la participación del psicólogo es la presencia de algo relacionado con el paciente pero que en este caso causa angustia o inquietud al médico, o deviene significativo desde su perspectiva porque de algún modo u otro lo afecta. A esto se agrega como motivo posible del pedido de interconsulta, que el médico se encuentre con algo que obstaculiza su acto médico o algo que no le resulta esperable de parte del paciente. Por ultimo, otro grupo de consultas tienen que ver con situaciones de marginalidad, exclusión social o violencia, dimensiones que se piensan por fuera de lo médico y que por ende exceden su intervención, aunque se les presentan como situaciones a resolver de algún modo.

a. La angustia del paciente es un motivo de interconsulta con el psicólogo

La representación sobre los motivos por los cuales podría intervenir un psicólogo en el tratamiento de un paciente internado tiene relación con la representación de salud mental presente, ordenada por las categorías psiquiátricas por un lado y, por otro, por aquello externo al cuerpo, pero que lo afecta de algún modo. En primer lugar aparece la angustia del paciente que se representa como reactiva a la internación, al diagnóstico o al pronóstico de la enfermedad que padece. También puede estar relacionada con factores

sociales, económicos o familiares que quedan significados como factores que inciden en la salud del paciente.

Código	Sujeto	Referencia
12MPA	Tomás	Sin ninguna claridad de por qué pedimos una o la otra, pero lo que nos parece más para medicar tipo depresión, psicosis, demás, obviamente llamamos al psiquiatra y lo que nos parece más... esto de tristeza, angustia, más para psicoterapia o psicología.
13MRA	Pía	A veces especificamos psiquiatría si la paciente tiene algún antecedente psiquiátrico, toma alguna medicación, o ataques de pánico o algo de eso, pero generalmente cuando es por angustia o por actitudes de la mamá pedimos salud mental y primero psicología evalúa y después si es necesario piden ellos interconsulta con psiquiatría.
14MPD	Irene	La típica interconsulta, en realidad la más frecuente quizás de la sala es la repercusión que puede tener una enfermedad clínica en la esfera emocional del paciente. Quizás por las características de nuestra sala tenemos paciente muy jóvenes, con enfermedades graves y que requieren tratamientos prolongados, sobre todo hemato-oncológicos y la verdad es que la consulta nuestra y el apoyo psicológico del paciente esta encarado desde ese punto de vista.
15MRD	Santiago	Psicólogo estás hablando, ¿no psiquiatra? o un ataque de esquizofrenia, nada de eso... Nosotros interconsulta con psicólogos hacemos por ahí para los pacientes que amputamos, pacientes que son de traumatología que los tenemos internados mucho tiempo, sin poder moverse de la cama... les va golpeando el ánimo y bueno, en esos pacientes pedimos interconsulta con... nosotros pedimos con salud mental. En realidad esos, lo que yo veo, es que son más para psicología y después tenemos los pacientes que son más para psiquiatra, vienen maniaco-depresivos que tienen... que hacen... Hace poco teníamos una que es esquizofrénica que amenazaba a todos con cuchillos, esas cosas sí también pedimos interconsulta, pero más con psiquiatría, digamos.
16MRD	Agustina	Y generalmente nosotros los interconsultamos cuando vemos que hay algún chico, frente a una patología que se diagnostica, que puede llegar a ser algo crónico, o que estén pasando por alguna situación familiar especial o complicada, que eso esté interfiriendo quizás también en su tratamiento o en la patología que están teniendo.
17MRP	Valeria	En esa semana el nene ya empieza con el broncoespasmo, entonces vos lo ves que llega acá muy angustiado, llorando, la madre preocupada, toda la familia preocupada por otro tema y te das cuenta cuál fue el hecho que desencadenó el broncoespasmo, entonces ahí solicitamos la interconsulta para ver si la mamá necesita algo de ayuda o herramientas para hacer que el chico se sienta algo mejor o que maneje sus sentimientos o que los exprese...
18MRP	Damián	Y bueno, con un psicólogo... ¿psicólogo, no psiquiatra? Con un psicólogo en general por ahí son los trastornos depresivos de pacientes que tienen internaciones crónicas, prolongadas, patologías complicadas, que evolucionan mal, o

		que se retrasa el material que se necesita y tienen que esperar, y están postrados, o pacientes jóvenes que tienen que esperar y también están postrados, esteeee y se van de a poquito deprimiendo, o se van poniendo ansiosos también y a veces terminan llorando... En general lo psiquiátrico, estrictamente hablando, son patologías bastante obvias, son pacientes o polimedicados psiquiátricos, o pacientes con desorientación o excitación psicomotriz, eso ya de una lo encaro con el psiquiatra.
19MCP	Facundo	Ah yo pensé que era a psiquiatría, en general interconsultas a psicología pedimos pocas. En general las interconsultas que hacemos dentro del área esa, o sea salud mental, son siempre a psiquiatras. Dentro de lo que es clínica, una de las más frecuentes son las excitaciones psicomotrices, pacientes ya demenciados, o que tiene una enfermedad de base que hace que estén con excitación, son las consultas más frecuentes. Después de psicología, lo que más llamamos son pacientes que están con algún diagnóstico reciente de alguna patología terminal, ya sea cáncer o que ves que el pronóstico es muy malo, como para acompañamiento, o ese tipo de cosas, y ahí hacemos interconsulta a psicología.
20MRR	Cecilia	Eso te diría que son las dos grandes interconsultas que se hacen ¿sí?, en pacientes que ya tienen algún tipo de diagnóstico, eh de alguna situación... de algún síndrome psiquiátrico o de pacientes que están cursando una internación por algún tipo de enfermedad que los angustia.
21MPR	Gimena	Bueno, justamente ahora tenemos una paciente, que es una paciente que tiene un... suponemos un tumor endometrial, que sangra, y no se quiere hacer ningún estudio, ni ningún tratamiento, por equis razones. Ya tiene un antecedente de un cáncer de mama, diagnosticado y no tratado, entonces ya sabemos que el tema pasa por una patología psiquiátrica. Eso, como eso, bueno es un buen ejemplo, digamos de pacientes que requieren un tratamiento psicológico. También tenemos casos de ...por ahí psicosis puerperales en la parte de obstetricia...y bueno. O pacientes también en estado terminal, con cánceres estadíos terminales, en el cual nosotros desde el punto de vista médico no podemos brindarle más que apoyo, digamos, de sus funciones vitales, que también requieren un apoyo psicológico, para ella y su familia.

b. Lo que angustia al médico

Otro de los motivos que desembocan en un pedido de interconsulta es aquello que angustia al médico. En algunos casos, como el de Irene, se trata de algo que ella registra y expresa bajo esa denominación. En otros casos, se trata de una inferencia ya que los pedidos tienen que ver con las situaciones que los médicos suponen que son angustiantes para el paciente, es decir aquello que ellos mismos recortan como angustiante, como por ejemplo los diagnósticos a personas jóvenes o las amputaciones.

Hay otros pedidos, relacionados a lo que les pasa a los pacientes, pero que por algún motivo en particular los médicos recuerdan particularmente y que tienen que ver con lo que sienten frente a esas situaciones, por ejemplo el empeoramiento inexplicable de un niño. Un ejemplo significativo es el relato de Damián acerca de una paciente a la que los familiares le hacen firmar un documento cediendo sus propiedades y luego dejan de visitarla. Si bien él niega haberse sentido afectado, es el recorte clínico que elige ante la invitación a compartir con la entrevistadora alguna situación de interconsulta que haya sido para él significativa y habla largamente en la entrevista sobre lo sucedido.

Código	Sujeto	Referencia
12MPA	Tomás	Un paciente que vos pensás que puede reaccionar mal, o un paciente violento, o lo que sea, a veces si pedimos apoyo... y ... los que tenemos que amputar nosotros, la mayoría viene ya de la guardia, y sí, casi siempre, por lo que tengo en la cabeza, pedimos consulta.
14MPD	Irene	Algunas veces, o sea la interconsulta con psicología desde el punto de vista del médico clínico tiene dos vertientes, una es de la necesidad real del paciente y otras veces tiene que ver con la necesidad del médico. Creo que esto es importante. Algunas veces la necesidad del médico viene encarada porque te da mucha.. te angustia mucho el diagnóstico en un paciente determinado y eso muchas veces los motiva a pedir una interconsulta y... porque bueno, por la situación del paciente, por esta cosa que te decía que quizás es gente muy joven con enfermedades con pronóstico muy malo o que va a cambiar su calidad de vida de forma drástica.
15MRD	Santiago	Yo creo que la interconsulta, para nosotros cuando entrás, al principio sos residente, como que no estás bien ubicado, no sabés... no tenés manejo hospitalario nada, te ayuda mucho.
16MRD	Agustina	Algún chico triste, que no quiera jugar, que te diga definitivamente que quiere morir, generalmente eso no lo llegan a decir pero vos notás... como que hay mucha tristeza o poco... como poco entusiasmo para las cosas que hace. Si, básicamente eso, que no sonría... esas cosas.
17MRP	Valeria	De repente empezamos a ver, durante la internación, que la mamá no daba mucho... no le prestaba mucha atención, lo desatendía, el nene lloraba y ella no le daba de comer. Teníamos que estarle encima, porque no le daba de comer. Empezamos a sospechar algo psicológico, se hizo la interconsulta, la valoramos, la valoraron, y bueno, y la madre estaba psicótica. Por eso fue como muy... cómo un trastorno mental de la madre afecta al nene directamente. Me quedó marcado.
18MRP	Damián	Y los familiares en realidad lo único que querían era el departamento de la señora. Entonces buscaron todos los medios posibles para que nosotros les demos un papel donde constara que ella estaba orientada, empezaron a meter presión, nosotros hablamos con los psiquiatras, los psiquiatras de acá evolucionaron que no estaba en condiciones ni de orientación... pero ellos trajeron un psiquiatra medio por izquierda, para que la

		evalúe, todo medio engorroso. Emocionalmente a mí no me afectó en nada, digamos, no es que esté preocupado ni deprimido por la situación, pero me llamó la atención... Porque después la paciente evolucionó mal, se murió, y ellos una vez que tuvieron ese documento no volvieron nunca más a verla.
19MCP	Facundo	Ah y otra también recuerdo, un paciente que era diabético, que lo iban a amputar, y la idea era que psicología más o menos lo escuche, y le plantee también los miedos... y todo ese tipo de inquietudes que podía presentar el paciente frente a... a la posibilidad de perder una pierna.
20MRR	Cecilia	Pacientes también que tenemos por ejemplo ahora en la sala, un paciente que ingresó por una fractura, que se hizo una osteomielitis, que ahora una de las posibilidades...se complicó, es hacer una amputación, que está muy angustiado... que obviamente, es un pibe de 28 años, es una persona demasiado joven, afrontar digamos una amputación a esta edad, obviamente eso angustia, y esa es una interconsulta válida, digamos, para poder... que él pueda sobrellevar esta situación... no sé si mejor pero que él pueda desahogarse un poco.

c. Lo que obstaculiza el acto médico y lo no esperable

Otras consultas con psicólogos son las que los médicos consideran que constituyen un obstáculo a su labor, como cuando un paciente se niega a recibir determinado tratamiento, o reacciona de una manera que ellos no esperaban, o creen que no comprende aquello que se le dice. Aquí los médicos suponen que debe mediar una intervención de psicología para destrabar su acto médico. Lo raro, lo no esperable o que no se comprende se interpreta como resistencia, deficiencia intelectual o negación.

Código	Sujeto	Referencia
12MPA	Tomás	Si, otra que se me viene a la cabeza, un paciente que había que amputar, amputarle la pierna, y estaba muy reticente a eso y muy angustiado con eso y ese fue un caso reciente...si.
14MPD	Irene	Y la otra vertiente es el paciente que muchas veces una de las cosas que nos motiva es la resistencia al tratamiento. El “no quiero” del paciente hasta en cualquier intención terapéutica o diagnóstica que tengamos, eso es bastante frecuente, nos entorpece nuestra tarea.
16MRD	Agustina	Alguna situación familiar especial o complicada, que eso esté interfiriendo quizás también en su tratamiento o en la patología que están teniendo.
18MRP	Damián	Cuando llevo una interconsulta es porque algo está pasando, viste, y si algo está pasando que es raro, que no es habitual como este tipo de conflicto necesito, qué sé yo, que me digan si tiene facultad mental para firmar un documento, les explico que es lo que está pasando atrás para que ellos más o menos también encaren las cosas bien, prolijas.

20MRR	Cecilia	Aquellos a los que vos le transmitís el diagnóstico que tiene, o la enfermedad que tienen, y es como que no se dan cuenta o no llegan a captar la magnitud de lo que uno le dice...no sé si eso es una negación, o tiene que ver con el... digamos, con ... con el nivel intelectual del paciente, de a veces... a veces tienen un nivel intelectual que no llegan a... a lo mejor a darse cuenta de la magnitud de lo que uno les plantea.
21MPR	Gimena	No se quería trasfundir, si no se trasfundía no se podía operar porque estaba re anémica, después decía que por ahí no se quería operar, que le den algo para cortarle la pérdida, entonces son como reacciones atípicas a la ayuda que vos le querés brindar, y sobre todo de negación digamos, de no dejarse ayudar. Eso básicamente.

d. Exclusión social, marginalidad y violencia

Otro de los motivos para pedir interconsulta que sitúan algunos médicos es la exclusión social y las situaciones de marginalidad. Lo nombran Pía y Santiago como motivos del pedido de interconsulta, mientras que Tomás señala además la situación particular que se produce en torno a esos pacientes, que no se van de alta y permanecen en el hospital pero “no los ve nadie”. Es decir que en la representación de salud-enfermedad-atención de los médicos, la exclusión social y sus efectos no se consideran objeto de atención médica, produciéndose una duplicación de la exclusión en el contexto de la internación misma. Tomás advertido sobre ese desamparo, propone incluirlos en una atención que imagina posible en conjunto con Salud Mental.

Agustina incluye la cuestión del contexto en el que el niño vive como uno de los factores a evaluar y motivo de pedido de interconsulta. Lo plantea en términos de condiciones de alta para ese niño, si son o no favorables, a ser tomados en cuenta como parte de su intervención. Del mismo modo que ocurre entre los psicólogos que atienden niños, aquí la diferencia de pensar desde el inicio la cuestión social como objeto de intervención, la introduce una pediatra.

Código	Sujeto	Referencia
12MPA	Tomás	Hay pacientes que están mucho tiempo internados, hay pacientes que son sociales, es decir que se quedan a vivir en el

		hospital y están... muy poco contenidos por los médicos esos pacientes, porque como ya terminaron su enfermedad y solamente viven en el hospital casi que no los ve nadie, y ese es un punto para trabajar en conjunto.
13MRA	Pía	Otras veces pedimos por mamás con antecedentes de drogadicción, situación de calle...
15MRD	Santiago	No te dije por ahí, alcohólicos, también pedimos mucho interconsulta por alcohólicos, adictos, situación de calle, eso también pedimos mucha interconsulta.
16MRD	Agustina	Y en realidad nosotras cuando vemos que el chico necesita por alguna razón familiar, no sé... violencia familiar o algo que estén viviendo particularmente en la familia, que es el núcleo donde el chico va a volver no esté siendo muy favorable, en ese caso nosotros solicitamos la interconsulta. Para que hagan una primera entrevista y nos den su punto de vista. Si creen que no es necesario, está bien, pero nosotros frente a eso hacemos siempre la interconsulta.

2. La IC con psicología queda desdibujada, integrada al modelo médico

Uno de los temas que aparece en los relatos de interconsultas con salud mental es que los médicos no ubican la participación del psicólogo, quedando privilegiada la labor del psiquiatría. Al preguntar por el campo “psi”, o al invitarlos a compartir alguna experiencia de interconsulta con psicólogos, la respuesta apunta a la psiquiatría como una especialidad médica, con la se trabaja en la misma línea que como con otras. Se espera una evaluación de una capacidad que se considera afectada, o un aval para proceder con una intervención, o un control de medicación. Desde esa representación, afín a la tendencia a pensar la salud mental como una especialidad médica, el rol de los psicólogos en la interconsulta queda desdibujado en diversos intentos de hacer de su práctica algo similar a la práctica de la medicina. No se hace visible la particularidad del intercambio con un discurso diferente, con una práctica distinta.

Código	Sujeto	Referencia
12MPA	Tomás	Entrevistadora: - La interconsulta involucra a otros profesionales, en este caso del campo “psi” ¿Cómo fueron tus experiencias en el trabajo con ellos? Tomás:- (silencio) a ver, como sería...? Ah! Los psiquiatras sería. ¿Los psiquiatras sería?

13MRA	Pía	Yo creo que justo nuestra especialidad deberían pasar todos los días a preguntar si hay algo, más que nosotros pedir una interconsulta. Que vengan y que pasen por la sala así como por ejemplo infectología, es uno de los servicios que viene todos los días y hablamos todos los días de los pacientes que les puede llegar a interesar. Estaría bueno capaz que sea algo establecido y no tener que pedirlo.
15MRD	Santiago	La interconsulta con salud mental es eso, aprender qué hacer con un paciente que... más o menos cómo darle la medicación, la verdad que no me animo mucho a medicarlos, siempre prefiero preguntar, y bueno la verdad que muchas veces te terminan salvando con pacientes que están agresivos... que no sabes qué hacer y bueno. Básicamente eso.
17MRP	Valeria	Entrevistadora:- Podríamos compartir alguna experiencia que para vos haya sido significativa? Valeria:- A ver....dejame pensar... En realidad fue con psiquiatría, no con salud mental, no con psicología, no se me ocurre nada con psicología.
18MRP	Damián	La verdad que con el servicio de salud mental funciona muy bien, llevo la interconsulta con las chicas de psiquiatría y vienen siempre, las chicas de psiquiatría. Con psicología no he prestado atención, porque viste como te digo, porque por ahí ellos resuelven, que una cosa que otra pero... no... no... veo que haya inconvenientes con ese tema...
19MCP	Facundo	Ah yo pensé que era a psiquiatría, en general interconsultas a psicología pedimos pocas. En general las interconsultas que hacemos dentro del área esa, o sea salud mental, son siempre a psiquiatras. Dentro de lo que es clínica, una de las más frecuentes son las excitaciones psicomotrices, pacientes ya demenciados, o que tiene una enfermedad de base que hace que estén con excitación, son las consultas más frecuentes. Yo creo que, personalmente, no sé si el resto de mis compañeros pensarán lo mismo, pero no estamos muy familiarizados con qué deberíamos interconsultar con psicología.
21MPR	Gimena	Esta paciente que tenemos ahora es la más reciente y la que sí necesitamos digamos un diagnóstico, psicológico y psiquiátrico, porque aparte la paciente se niega y se va a terminar muriendo por ahí desangrada, y necesitamos un diagnóstico que nos avale que no podemos hacerle nada.

3. La IC es una contención para el paciente

Una de las representaciones que mayor fuerza tiene dentro de los discursos de los médicos es que la interconsulta con el psicólogo aporta una contención al paciente. Hay diversas ideas al respecto, desde que es importante que se los contenga hasta plantear que los médicos no tienen tiempo para hablar con los pacientes y preguntarles cómo se sienten, por lo que el psicólogo suple esa función. En todas las versiones, a la intervención desde psicología no se le supone un saber particular, sino que se trataría de alguien dispuesto a escuchar o que dispone de tiempo.

Código	Sujeto	Referencia
12MPA	Tomás	Creo que la contención psicológica en el paciente internado es fundamental. Porque nosotros venimos, está el cuerpo expuesto, agresión médica por todos lados y ... hay alguien, una persona que está sufriendo, entonces para mí es fundamental.
13MRA	Pía	Interconsulta psicológica... no sé, lo usamos bastante. No sé como diferenciarla... Salud mental es, digamos, porque ellos después evalúan si viene psiquiatría o salud mental, pero... Generalmente cuando... Angustia. Madres angustiadas que necesitan contención.
15MRD	Santiago	Me llamó la atención cómo trabajaban, que paciencia que tenían para llevar al paciente, escucharlo, por más que el paciente te trate mal, por más que el paciente te diga incoherencias, me llamó la atención cómo era su sistema de trabajo y cómo trataban de entrarle al paciente por las buenas y no darle algo directamente para que se tranquilice.
18MRP	Damián	Uno lo opera, le resuelve la fractura, le resuelve un montón de cosas pero por ahí el paciente no lo ve, está en otra situación mental y necesita sentir como que alguien hizo algo por él, y eso él lo interpreta como...que sé yo, una interconsulta con psicología. Que te lo piden ellos solos. Nada, eso, que si lo ven, cada 48 horas pasar, charlar un poco y se deja en la historia clínica.
19MCP	Facundo	Acompañamiento, atención, escuchar al paciente. Porque generalmente le dedican, me da la impresión, mucho más tiempo que lo que le puede dedicar uno. Nosotros, en general, sería lo ideal si contáramos con mucho más tiempo para atender al paciente, escuchar realmente sus problemas, tal vez lo ayudaríamos más, pero la verdad que no... el sistema está hecho de una forma que no te da el tiempo, tenés poquito tiempo para estar con ellos, ves lo urgente, lo médico y después interconsulta es interconsulta.
20MRR	Cecilia	La idea es tratar de darles esa contención. Muchos no la pasan bien y me parece necesario que tengan un espacio, aunque sea unos minutos diarios de poder hablar sobre lo que les pasa. Y hablar con otra persona, a lo mejor que no sea el médico.
21MPR	Gimena	Por lo general fueron experiencias positivas, y ya de por sí, independientemente de si fuera bueno o malo el profesional, había alguien que se le sentaba al lado a la señora y le preguntaba cómo te sentis hoy, que digamos que en el ámbito de la internación, por lo menos ginecológica, no existe. Entonces ya por eso, la paciente por ahí mejoraba, porque había alguien que la escuchaba.

4. La IC mejora la salud del paciente

La idea de que la intervención de un psicólogo puede mejorar la salud de un paciente o el tratamiento aparece en los discursos de los médicos, conviviendo con la concepción antes descrita de la IC como contención. En muchos casos la descripción que hacen de la interconsulta psicológica es que redundará en beneficios para el paciente, aporta herramientas

diferentes que las que aporta la medicina, aborda aspectos de la salud que de otro modo no se tomarían, impactando de manera positiva en la salud.

Código	Sujeto	Referencia
14MPD	Irene	Creo que fue algo que nos llamó bastante la atención. Tenía toda una historia familiar de algunas situaciones personales terribles, pero la verdad nos llamó bastante la atención. Y tuvo apoyo, la verdad es que nos sirvió mucho, porque ella hizo un cambio con la psicoterapia. Al principio ella lo rechazó y después aceptó que viniera salud mental y la verdad es que hizo un cambio y pudo aceptar la enfermedad y la ayudó a enfrentarla y se fue, digamos bien... y con posibilidades de trasplante.
16MRD	Agustina	Para mí es como fundamental, porque más allá de que nosotras veamos la parte clínica del paciente, tenemos que ver quizás qué connotación tiene para ese chico el estar internado, el tener una enfermedad. Nosotros nos avocamos mucho a la parte clínica, sí escuchamos mucho al paciente pero quizás no tenemos algunas herramientas que el servicio de salud mental puede aportar. Así que para mí es fundamental para el paciente, es como que uno se puede poner en el lugar del otro, y ver bueno... yo pienso... este chico tiene esto, tiene que hacer este tratamiento, qué herramientas le puedo ofrecer yo para que afronte esto.
17MRP	Valeria	Que es todo por el bien del paciente. Me parece que la práctica de la interconsulta es buena, es siempre favorable para el chico, y para el médico y para los psiquiatras... psicólogos.
19MCP	Facundo	Era eso, eso de que muchas veces el paciente te lo pide, o un paciente que notas angustiado, porque más allá de que una patología no sea infecciosa orgánica hay algo.. que sé yo social, familiar, económico, un montón de aspectos que por ahí repercuten en la salud del paciente que uno no tiene tiempo, o no tiene las herramientas para solucionarlo, entonces ahí me parece que correspondería interconsultar con psicología.
21MPR	Gimena	Pero me parece que es algo positivo y que mejora mucho el trascurso de la paciente en la internación y ayuda a la mejora de muchos casos que por ahí no habría... no se sienten contenidas las pacientes por los médicos, que eso... eso es importante para cualquier patología.

5. El médico se ocupa de la enfermedad en términos biomédicos

A los largo de las entrevistas, uno de los ejes de importancia que se puede ubicar es la representación que tienen los médicos respecto de que sus prácticas se circunscriben al tratamiento del cuerpo, en términos orgánicos. Dentro de esta representación, todo aquello que no se refiere a este recorte puede ser objeto de intervención de otros profesionales, entre quienes cuentan los psicólogos.

Hay variadas posiciones en relación a esta visión de la práctica médica, en algunos casos no se cuestiona, en otros la idea organicista convive con la idea de que sería deseable un

abordaje más integral, o global, que en general queda desplazado a otros profesionales. Quien afirma participar de esta idea pero se interroga acerca de su propia práctica es Irene, que dice que los médicos deberían dejar ser organicistas y abrirse un poco más a otros discursos en el abordaje de sus pacientes.

Código	Sujeto	Referencia
12MPA	Tomás	Es importantísimo para el paciente o para entender al paciente como una persona, como una cosa global y no como una neumonía o un accidente cerebrovascular, una persona que sufre y necesita contención. Así que yo lo entiendo como algo fundamental...
14MPD	Irene	Yo creo que estaría bueno que trabajáramos un poco más en equipo algunas veces. Es como que nosotros tendríamos que dejar de ser un poco organicistas y quizás ser un poco más abiertos a esto.
15MRD	Santiago	A partir de qué ideas pido la interconsulta? Generalmente a partir de la clínica del paciente y saber yo que no tiene nada orgánico, o si ya tiene antecedentes.
17MRP	Valeria	Valeria:- Por eso fue como muy impactante ver cómo un trastorno mental de la madre afecta al nene directamente, y en el peso, que no es poco para un bebé recién nacido, no le daba de comer porque estaba psicótica. Me quedó marcado. Entrevistadora:- ¿Y que fue lo que más te impactó? Valeria:- En realidad que no era aparente al principio. Porque pensamos algo orgánico del chico. En realidad era algo de la madre, orgánico también pero no del nene.
18MRP	Damián	Me parece importante para cualquier hospital, si vos llevás una interconsulta para un psicólogo o un psiquiatra, creo que para cualquier especialidad tendría que ser así, pero más que nada en el caso de ustedes porque tienen una constancia por ahí que es venir y charlar un poco, ni nada más, viste, no es que tenés que venir y curar al paciente, sacarle una placa, todo eso que son cuestiones más pesadas por ahí, venir y charlar dos minutos y que por ahí el paciente esté más calmo, un mínimo seguimiento.
19MCP	Facundo	No, la interconsulta es fundamental sobre todo en esta especialidad que es clínica, que resuelve dentro del abanico de patologías la gran mayoría, pero fundamentalmente es una medicina muy multidisciplinaria, o sea se trabaja con todas las disciplinas, dentro de ellas el área de salud mental, y ... en general con buena respuesta, es muy necesaria para tener una atención integral no solo de la patología orgánica sino de lo otro.
20MRR	Cecilia	Obviamente para nosotros, bah para el médico la psiquiatría es como un ... o por lo menos para mí, yo lo veo como algo aparte. A mí no me gusta para nada la psiquiatría, me parece frustrante, no me gustan los pacientes, que sé yo... Si es un primer diagnóstico siempre estudiás que no tenga nada clínico, que no sea secundario a alguna otra patología de base pero una vez que eso se descarta es como que nuestro trabajo termina en algún punto.
21MPR	Gimena	También tenemos casos de pacientes también en estado terminal, con cánceres en estadios terminales, en el cual nosotros desde el punto de vista médico no podemos brindarle más que apoyo, digamos, de sus funciones vitales, que también

		requieren un apoyo psicológico, para ella y su familia.
--	--	---

6. Motivaciones para pedir IC: aprendizaje, ayuda y atención integral

La representación que se refiere a aquello que motivaría a los médicos a solicitar interconsultas incluye: la idea de que se aprende, la idea de que constituye una ayuda para el médico, la concepción acerca de que los psicólogos pueden saber algo que mejore la situación de los pacientes o, por último, que es la forma de brindarles una atención integral. Se trata de diferentes versiones acerca de lo que los lleva a pedir las interconsultas, que valorizan la práctica.

La idea del aprendizaje en el caso de Santiago queda pegada a como funciona entre especialidades médicas, por ejemplo aprendiendo cómo medican otros especialistas, mientras que Valeria lo plantea en términos más amplios que podrían incluir el aprendizaje que podrían aportarle los psicólogos. La concepción acerca de la ayuda que le aporta la IC al médico gira en torno a evaluaciones, avales para sus actos, como lo expresa Pía, o puede tratarse de devoluciones que les aporten más elementos para el abordaje de sus pacientes, como en los casos de Agustina o Irene. Las otras motivaciones para pedir IC giran en torno a brindar una ayuda a los pacientes, ya sea llamando a alguien que los escuche, ayude a reflexionar o sea quien los tome en cuenta como personas, son las ideas de Tomás, Facundo, Cecilia y Gimena.

Código	Sujeto	Referencia
12MPA	Tomás	Para mí es fundamental, tanto, bueno en el ambiente público y en el ambiente privado es algo que... es importantísimo para el paciente o para entender al paciente como una persona.
13MRA	Pía	Con los psicólogos, sí, trabajamos muy bien con una que está como... en obstetricia específicamente, que trabaja con nosotros y... viene todo el tiempo... o sea, generalmente se lo pedimos para evaluar el alta, para evaluar irse a su casa con un bebe, para evaluar... y... sí, bastante bien.
14MPD	Irene	Ellos vienen, porque la realidad es que vienen, y uno cuando pide la interconsulta, al día o a los dos días tenemos la evaluación, no es algo que se demore, pero algunas veces la verdad es que como devolución, salvo algunos pacientes puntuales, que quizás son los que tienen... quizás con esos si no tuvimos una devolución los vamos a buscar como para tenerla, es como que la buscamos, la necesitamos.

15MRD	Santiago	Yo creo que la interconsulta, para nosotros cuando entras, al principio sos residente, como que no estás bien ubicado, no sabés... no tenés manejo hospitalario nada, te ayuda mucho para entender el manejo, primero aprender a hacer una buena interconsulta, como dirigirte a tu par, al principio parece como que sos inferior, en realidad aunque tengan doscientos años en el hospital son pares, los dos son médicos y después, cuando viene el otro médico y te escribe sobre un paciente que vos viste y tuviste la pauta de alarma de hacerle una interconsulta porque viste lo que tenía y viene otra persona y te escribe el tratamiento y el manejo que vos tenés que hacer, creo que ahí realmente aprendés y te sirve muchísimo.
16MRD	Agustina	Hace un tiempo que se implementó esto de que Micaela y Soledad, las psicólogas, vienen a nuestros pases. Antes vos hacías la interconsulta, pero era muy corta la devolución que teníamos, y nadie participaba de lo que nosotros pensábamos del paciente y no venían a ... quizás a veces se te ocurren preguntas o interrogantes que no los tenés en otro momento y si ellas están en ese momento es mucho más fácil.
17MRP	Valeria	Que lo más importante en realidad es el chico. Pero todos aprendemos. Y aprendemos a pesquisar antes y saber cuándo tener criterio para interconsultar, y ya cuándo no es tan necesario. Aprendemos todos. Es importante.
19MCP	Facundo	No, la interconsulta es fundamental sobre todo en esta especialidad que es clínica, que resuelve dentro del abanico de patologías la gran mayoría, pero fundamentalmente es una medicina muy multidisciplinaria, o sea se trabaja con todas las disciplinas, dentro de ellas el área de salud mental, y ... en general con buena respuesta, es muy necesaria para tener una atención integral no solo de la patología orgánica sino de lo otro.
20MRR	Cecilia	Con los psicólogos en general bien, estamos todos tirando para el mismo lado, entonces es como que, nada, uno busca que el paciente que está pasando por un mal momento que tenga un poco de contención y siempre hay una buena respuesta, bah, por lo menos a mí me parece.
21MPR	Gimena	Evidentemente, por ahí , en ciertas situaciones como ser una ligadura tubaria, que es algo esterilizante, que es algo irreversible, también tendría que haber una interconsulta el día de la internación, es un procedimiento super simple, pero por ahí hay pacientes que nunca se plantean ciertas cosas que por ahí aparecen en el momento de la intervención quirúrgica. Ah mirá, eso está piola. También lo que hay que pensar es que hay pacientes que traen patologías que desde el punto de vista psicológico son trastornos de años, pero por ahí nunca tuvieron acceso o desconocían que tal vez había un psicólogo que podía ayudar, eso también es bueno en cuanto a la interconsulta psicológica, que por ahí hay gente que desconoce que por ahí hay un profesional que la pueda escuchar, ayudar.

7. Funciona bien pero...

Los médicos también sitúan obstáculos en relación a sus pedidos de interconsulta con los psicólogos. Una de las cuestiones que aparecen al respecto es la cuestión de la eficiencia, es decir, piensan que la intervención puede ser útil pero no resuelve la situación. Esto en

ocasiones va de la mano de la falta de comunicación entre psicólogos y médicos. Damián dice, por ejemplo, que ve cambios en un paciente pero no sabe si se trató de un efecto de la intervención psicológica o no, porque no encuentra nada escrito en la historia clínica. La falta de devolución por parte de los psicólogos, la necesidad de poder hablar con los psicólogos, es una de las ideas que tienen más presencia en torno a las dificultades de la práctica. Otra de las cuestiones es la falta de seguimiento de los pacientes, que algunos médicos señalan.

Esta idea se toca con la necesidad de esa interconsulta y también, en otro sentido, con la tendencia de los médicos a delimitar muy tajantemente el trabajo y delegar a otro lo que consideran que ya no es de su ámbito específico.

En el caso de Santiago, que plantea como dificultad que hay días en los que el equipo de interconsulta no responde, se trata de un tema subyacente: el hecho de que las interconsultas están enteramente sostenidas por residentes y concurrentes que rotan por otros dispositivos simultáneamente y no siempre tienen posibilidades de responder a los pedidos. Este obstáculo, propio del funcionamiento institucional, queda oculto tras el malestar que genera la falta de respuesta.

Código	Sujeto	Referencia
14MPD	Irene	Nosotros lo que notamos algunas veces es que algunas evoluciones ... nosotros vemos mucho más le evolución que la devolución. Con algunos sí tenemos devoluciones porque por alguna cuestión en especial vinieron más temprano y qué sé yo. Pero nosotros los médicos de planta que estamos hasta el medio día algunas veces la devolución es por la evolución.
15MRD	Santiago	Para mí cuando van a verlo al paciente funciona perfecto, pero hay veces que dejamos una interconsulta para un paciente, nos contestan no, hoy no es día de que hagan interconsulta y los chicos no van, o sea hay determinados días que no hacen interconsulta. Hay pacientes que por ahí está perfecto, pueden estar sin la interconsulta ese día, hay otros que no. Entonces nos ha pasado por ahí que tenés pacientes que realmente tenés miedo que hagan algo y no lo van a ver y ahí si...
17MRP	Valeria	En realidad cuando no están no te queda otra que dejar el papel, porque ellos también están haciendo consultorio, no tienen todo el tiempo libre, se trata de hablar con el psicólogo con el que se interconsulta y una vez que lo valora, se trata de hablar con el que lo vió. En la mayoría de los casos funciona así.
18MRP	Damián	Yo por eso te decía que no se bien como es el seguimiento psicológico, porque por ahí el paciente esta deprimido, viene la

		psicóloga, charla y por ahí yo después al paciente no lo vuelvo a ver deprimido. Yo no se si vendrá la psicóloga y habla y no escribe en la historia clínica o no, con esa sola interconsulta entrevista, lo resuelve...
20MRR	Cecilia	Vienen, los ven a los pacientes, los siguen, eh... nosotros... obviamente hay muchos que quedan internados de forma prolongada y a lo mejor el seguimiento no es tan seguido, pero en ese caso, cuando nosotros vemos que los pacientes empiezan con mucha angustia de nuevo se realiza de nuevo la interconsulta y vuelven a verlos, es como que varía un poco de acuerdo a como se siente el paciente también, ¿no?
21MPR	Gimena	Bueno, que es una práctica positiva, pero que por ahí se tendría que... bueno ya te lo dije, por ahí me parece que no sé si sirve para solucionar los problemas de base... en ciertas circunstancias, por ahí si es una patología crónica, que viene arrastrando la paciente por ahí no sirve dos o tres días que la vea un equipo de psicólogos, pero bueno por lo menos sirve para captarla.

8. Falta de trabajo en equipo

La necesidad de trabajar en equipo con psicología es una de las cuestiones que insiste en las entrevistas con los médicos. Desde la idea de un abordaje conjunto de la temática de pacientes sin vivienda internados en hospitales, la necesidad de mayor comunicación entre servicios, hasta la necesidad de mayor intercambio y diálogo con los psicólogos, se subraya la falta de espacios de trabajo en equipo. La inclusión de psicólogos dentro del equipo es mencionada por Agustina, pediatra del hospital Durand, en donde funciona un dispositivo de trabajo compartido entre médicos y psicólogos. Irene también considera que deberían trabajar en equipo, lo imagina bajo el modo de un acercamiento mayor por parte de los psicólogos hacia los médicos. Gimena considera que sería necesario que los médicos participen de las reuniones de los psicólogos cuando discuten los casos en común, o generar espacios de intercambio. Santiago refiere que aprecia el trabajo conjunto cuando tiene que hacer informes u ocuparse de pacientes “sociales”.

Estas ideas conviven con otras acerca de los equipos con profesionales de salud mental, que podrían considerarse contrarias. Damián preferiría ahorrarse el tiempo que insume el intercambio con otros profesionales y sustituirlo por algún sistema informático para poder dedicar ese tiempo a cuestiones propias de su especialidad. Cecilia considera que no se trabaja

en equipo con psiquiatría porque es una cuestión que no concierne a su especialidad, mientras que con psicología, si bien “tiran para el mismo lado”, tampoco aparece la idea de trabajar en equipo. Otros modo de referirse al trabajo en equipo es circunscribirlo al que se desarrolla entre médicos, ya sea psiquiatras o de otras especialidades.

Código	Sujeto	Referencia
12MPA	Tomás	No, yo creo que lo que debería ser, debería haber un seguimiento paralelo al acto médico, al seguimiento médico, no sé si diario, pero... porque hay pacientes que están mucho tiempo internados, hay pacientes que son sociales, es decir que se quedan a vivir en el hospital y están... muy poco contenidos por los médicos esos pacientes, porque como ya terminaron su enfermedad y solamente viven en el hospital casi que no los ve nadie, y ese es un punto para trabajar en conjunto.
13MRA	Pía	En psiquiatría, por ejemplo, una mujer embarazada que esta con medicación, cuando se acerca el momento del nacimiento del bebe si “cambiame medicación para que el bebe nazca bien”, o sea se trabaja bastante bien en equipo, dentro de todo, en este hospital. O sea cuando uno lo solicita viene, y generalmente buscamos lo mismo.
14MPD	Irene	A mí me parece que realmente es muy útil, que me gustaría que trabajáramos un poco más en equipo y capaz que estaría bueno que tuviéramos una devolución de todos los pacientes que tienen en interconsulta, sería favorecedor para el paciente, no solamente para la práctica nuestra sino para el paciente sobre todo.
15MRD	Santiago	Con los chicos que van a hacer las interconsultas que son residentes como yo siempre fue genial, muy bien. Se preocupan mucho por el paciente, hablan, vienen, nos preguntan, tratamos de hacer cosas conjuntas. Muchas veces también cuando son pacientes sociales ellos tienen que intervenir para hacer informes y demás cosas, estamos siempre en contacto. Esa parte buenísima.
16MRD	Agustina	Nosotros hacemos la interconsulta, vienen las chicas del servicio de salud mental, nos preguntan por que se interconsultó, más allá de que uno envía una orden explicando todo y también ellas vienen y se interesan por qué patología de base tiene el paciente y que les expliquemos qué cosas implica eso. Ellas vienen a nuestros pases, nosotros hacemos dos veces por semana como un pase general contando los pacientes, que conductas se van a tomar con determinados pacientes, o algo que nos sea conflictivo, que queramos aclarar y ellas participan de eso. Nos cuentan lo que vieron con el paciente, participan donde estamos todos nosotros hablando del paciente y nos dan su punto de vista. Así que está bueno. Antes no venían, o sea no estaban ellas en el equipo.
17MRP	Valeria	Emmmm... nada como funciona, en realidad acá funciona bastante bien. Vas, se habla con la persona que está realizando las interconsultas, se dividen por salas, no sé cómo hacen... hablar, comentarle el paciente y tendría que venir según sus tiempos, ponerle criterio también, a veces en el mismo día, a veces... programarle un turno en forma ambulatoria... pero

		nada, que haya comunicación entre los dos servicios, no dejarle una hoja escrita y que después venga a ver el paciente sino más bien hablado y ver cuando lo evalúa charlar con la persona que lo evaluó así aprendemos nosotros también de ellos y se hace todo un poco más... en conjunto, en equipo.
18MRP	Damián	Que sea un poco más automático, o sea digital que uno la escribe en una computadora acá y les sale a ellos automáticamente allá, o que se lleve con una secretaria, cosa de liberar a los médicos a no tener que andar por ahí 40 minutos buscando a quien dejar la interconsulta y estar trabajando acá en la sala, viendo a los pacientes, entrando a operar, haciendo un montón de cosas que por ahí, cuando sos residente 10 minutos es dos tres horas de trabajo, que te podes llegar a atrasar o podes llegar a hacer.
19MCP	Facundo	Mucho de lo que mandamos a psiquiatría tal vez podría ir a psicología, pero tal vez sería bueno alguna reunión... pero desde el servicio de clínica se maneja más este concepto de la interconsulta a psicología que es algo que no se usa mucho, como te digo. Yo creo eso, falta más comunicación y acercamiento entre los servicios.
20MRR	Cecilia	Y no, no trabajamos en conjunto con salud mental, tanto no... Es como que ellos vienen, hacen la interconsulta, ponele con los psiquiatras te dicen bueno, le bajé la medicación, le subí la medicación, hacemos esto, hacemos lo otro y eso... y nada más.
21MPR	Gimena	Creo que sería lo mejor para el paciente porque, por un lado van las psicólogas, le hacen el tratamiento... en la cama y después por ahí ni se comunican con nosotros... escriben, viste, primera sesión... en la historia, y nosotros no sabemos ni los avances, ni qué está pasando... Más o menos como hacen ustedes en su servicio pero haciendo participar al médico que la trata todos los días, desde el punto de vista médico. Me parece que más que una interconsulta por ahí... o sea la interconsulta es importante pero también que haya como reuniones...que los psicólogos nos digan los avances de las pacientes...

9. Interdisciplina se suplanta con especialidades

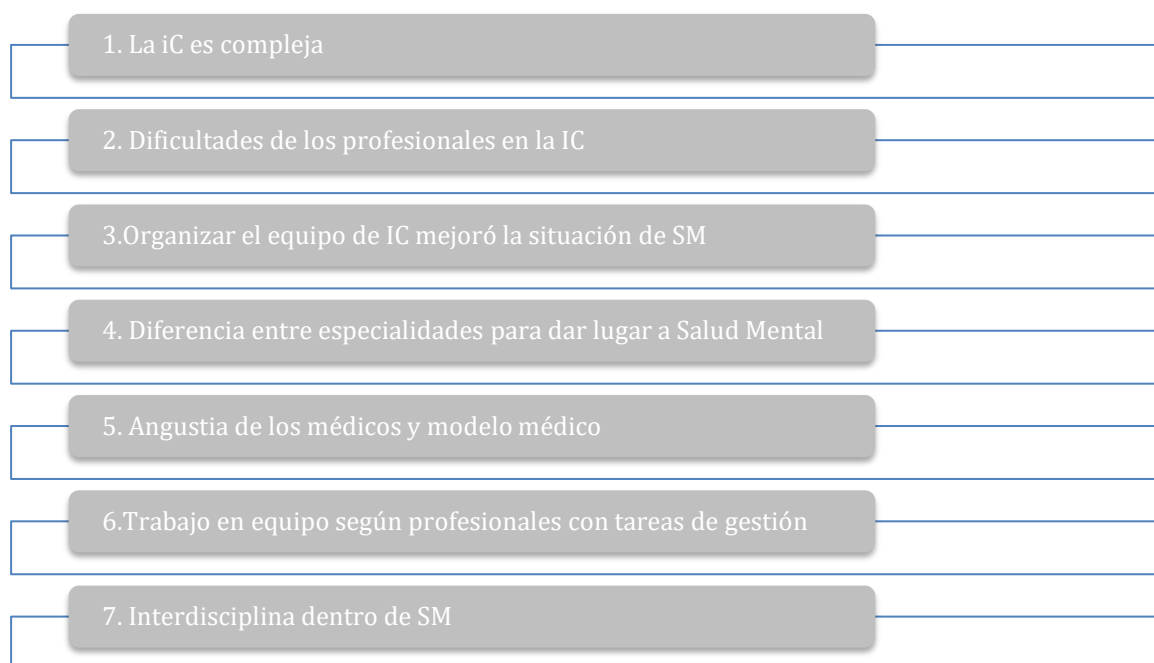
La palabra interdisciplina casi no aparece en las entrevistas con los médicos, a diferencia de lo que ocurre con los psicólogos que la tienen muy presente. Una sola médica habla específicamente de equipo interdisciplinario, y un médico se refiere a la medicina como multidisciplinaria, sosteniendo la idea de un abordaje integral del paciente.

A pesar de esto, no está ausente la idea de necesitar trabajar con otros para encarar la complejidad de la clínica con la que trabajan. Sin embargo, esta inquietud, en muchas ocasiones, parece estar resuelta a partir de la idea de complementariedad de especialidades médicas, por lo que tienen poca relación con otros trabajadores del campo de la salud. En el caso de Agustina, pediatra del hospital Durand, si bien no se refiere a la interdisciplina de

manera explícita subraya a lo largo de la entrevista la idea de que el trabajo conjunto, a partir de la inclusión de psicólogas en el pase de sala, permite pensar lo que ocurre con los pacientes de otro modo. Describe un trabajo de construcción e intercambio en los encuentros, en el que aparecen visiones diversas, que subraya como fundamental para los médicos de su sala. Santiago refiere haberse sorprendido frente a un modo de trabajo conjunto, en una situación de urgencia, de psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales que diferencia del abordaje habitual desde su perspectiva. El resto de los médicos no hizo referencia a situaciones que puedan involucrar diversas disciplinas.

Código	Sujeto	Referencia
15MRD	Santiago	Entrevistadora:- ¿Podemos compartir una experiencia que por algún motivo haya sido significativa? Santiago:- Si... que yo haya pedido interconsulta... Una paciente agresiva, que no hacía caso a nadie, se peleaba con los enfermeros, les gritaba a los médicos, discriminaba, yo estaba de guardia, le pedí la interconsulta a la gente de salud mental. Salud mental sube y la verdad me sorprendieron, en esa guardia había psiquiatras, psicólogos, suben los asistentes sociales, todo, eran como 5 o 6 personas paradas, hablando con una persona que decía incoherencias y que insultaba y todo, y tratando de calmarla y escucharla y todo eso, como que llamaba la atención porque nosotros somos más de ir y actuar y bueno... eso llama la atención.
16MRD	Agustina	Ahora que estamos trabajando con Soledad, con Micaela, con Marta, que ellas tres son las que están como más presentes y vienen a nuestros pases, para mí está muy bien articulado. La experiencia es buena. Porque quizás si nosotros hiciéramos solo la interconsulta y ellas no vienen a contarnos qué pasó, no habría intercambio. Antes no venían y era muy corta la devolución que teníamos, y nadie participaba de lo que nosotros pensábamos del paciente... quizás a veces se te ocurren preguntas o interrogantes que no los tenés en otro momento y si ellas están en ese momento es mucho más fácil.
19MCP	Facundo	No, la interconsulta es fundamental sobre todo en esta especialidad que es clínica, que resuelve dentro del abanico de patologías la gran mayoría, pero fundamentalmente es una medicina muy multidisciplinaria, o sea se trabaja con todas las disciplinas, dentro de ellas el área de salud mental.
21MPR	Gimena	En realidad... más que una interconsulta yo creo que tendría que haber como un... como un grupo, que estuviera, que se juntara una vez a la semana en los hospitales, y que se presentaran los casos más significativos, y si es posible hacer la entrevista psicológica con el paciente y con todo el equipo, digamos. Es como si fuera un equipo interdisciplinario.

11.4 Representaciones de la interconsulta psicológica: profesionales con tareas de gestión



1. La interconsulta es compleja

El tema de la complejidad sobresale entre las consideraciones que presentan Susana, Blanca y Daniel acerca de la interconsulta. Lo despliegan de distintos modos pero todos apuntan a la idea de que la interconsulta implica una clínica con diversos actores en juego y con varios factores interviniendo en la misma situación. La cuestión de lo social se menciona en los tres discursos como un eje que complejiza el abordaje, pero Blanca agrega que eso genera un rechazo de parte de los médicos que debe ser objeto de la intervención de salud mental.

Código	Sujeto	Referencia
22GA	Susana	Son muy complejos ahora porque en general es muy difícil que no se encuentre la cuestión clínica, obviamente una enfermedad orgánica, la cuestión de angustia o depresión o una enfermedad psiquiátrica, más lo social. En situación de calle... con cuestiones de sin contención familiar... las tres cosas ahora es lo que más se ve... judiciales... cuestiones judiciales.

23GD	Blanca	Un ejemplo... fue un trabajo de interconsulta y de intervención con los profesionales, con un pibe adicto con una fractura, porque no lo querían atender. Trabajamos con el paciente, con la familia, con la madre, con servicio social, no... fue tremendo, la cantidad de cosas que hicimos ahí. Trabajo larguísimo. Y una interconsulta te puede llevar cinco minutos o te puede llevar toda la mañana! Eso es lo que tiene interconsulta, nunca sabés, nunca sabés!
24GP	Daniel	Una típica es el síndrome confusional, por ejemplo. Donde vienen las grandes... vamos a ponerle otra palabra, donde hay que trabajar digamos conjuntamente con clínica médica, el síndrome confusional es un síndrome donde hay que descartar por lo tanto, un montón de patologías. Otras son, cada vez más en aumento los pacientes con cuadro border y consumo de sustancias, eso ha aumentado mucho. Y otra, una tercera así como paradigmática pueden ser las interconsultas en pediatría por violencia. Chicos o madres que sufren violencia, ya sea de los progenitores o de la pareja, y que son, sobre todo la segunda y la tercera, de mucha complejidad. Ahí tienen que actuar varios profesionales, trabajar con toda la familia, con el contexto, con las enfermeras.

2. Dificultades de los profesionales en la interconsulta

Se sitúan diversas dificultades en el ámbito de la interconsulta que atañen a los profesionales. Los cuatro sujetos entrevistados enfocan la idea de distinta manera pero coinciden en que existen obstáculos en este nivel. Una de las dificultades que señalan es la poca afinidad de los psicólogos con el dispositivo, por tener una formación más orientada a otro tipo de atención. La escasa disposición no es únicamente de los psicólogos, incluye a los médicos psiquiatras también. Otra dificultad señalada es el trabajo conjunto entre psiquiatras y psicólogos. Por último, se subraya una dificultad del lado de los médicos que solicitan las interconsultas, en cómo hacen los pedidos o el destiempo en que los hacen.

Código	Sujeto	Referencia
22GA	Susana	Los pedidos de interconsulta, no es lo mismo neonatología, que pediatría, que clínica, son particularidades diferentes... con lo cual ya con eso es un montón. Y al principio les cuesta, cuando se está acostumbrado al consultorio externo, esto no tiene... interconsulta no tiene absolutamente nada que ver. Los médicos están más acostumbrados a la cuestión del hospital, pero los psicólogos, están como... sobre todo la formación de la facultad, en general, sobre todo acá la mayoría son la de UBA, es una formación, es más de consultorio.

23GD	Blanca	Después de ir viendo lo que pasaba, las disputas, que no quiero ir a hacer la interconsulta... siempre lo mismo, no yo ya hice, viste esas cosas que parecen de chicos pero pasan entre adultos! Y con el equipo ya está, nadie se ocupa, se ocupa segundo año de la residencia y aparte en la residencia la interconsulta es importante, es todo un año.
24GP	Daniel	Es uno de los grandes temas porque bueno, la teoría, la bibliografía, los cursos, los relatos, los discursos, esta bárbaro pero después vos ves lo difícil que es para que trabajen un psiquiatra y un psicólogo con el mismo paciente. Lo que no se dice, ¿no? y la cuestión esta narcisista de que cada uno quiere posicionarse con su porción de poder, siendo que somos colegas y estamos juntos y nos vemos todos los días, pero igual es muy difícil. Entonces por ahí , yo siempre digo, que el psiquiatra tiene la lapicera fácil, porque receta muy rápido, y el psicólogo es lento en la derivación, por la cuestión esta de que yo tengo que sacarlo, acá no se tiene que meter un psiquiatra. Entonces ese es el punto de desencuentro.
25GR	Alberto	Los médicos en general no entienden lo que es la interconsulta con salud mental y a veces piden cosas que no tienen sentido como por ejemplo, nos llaman para decirle una mala noticia al paciente, cuando en realidad no estamos para eso. O... este... piden la interconsulta el día que el paciente se está yendo de alta y no sirve para nada, ni al paciente ni a nosotros.

3. Organizar el equipo de IC mejoró la situación de Salud Mental

Los profesionales con tareas de gestión abordan la temática de las relaciones con otros servicios. La idea que predomina es que el armado del equipo, la constancia y la organización tienen como efecto un aumento en los pedidos de interconsulta y un reconocimiento de la tarea de salud mental. En el caso de Blanca, el énfasis está en cómo el servicio de salud mental se acerca a los médicos. Daniel habla del trabajo desde el servicio de salud mental pero agrega la idea de que influye un factor epidemiológico, mayor presencia de trastornos psiquiátricos.

Código	Sujeto	Referencia
22GA	Susana	No estaba como armado... a ver... Se le dió... Primero porque había una persona con muchas dificultades de relación, con lo cual era complicado. Al no estar esa persona y yo propuse un coordinador, obviamente se pensó de otra manera. Antes eran como cuestiones sueltas, sin poder pensar la lógica de la interconsulta, en ese sentido obviamente crecieron... en realidad se armó un equipo y obviamente creció.

23GD	Blanca	Hoy por ejemplo había un caso problemático, de una mamá que estaba psicótica, que va a parir y no puede... vino la doctora directamente a hablar con nosotros. Eso lo logramos después de muchos años de hacer el equipo, de ir y presentarnos... viene el equipo de salud mental, viene el equipo, llamá al equipo de salud mental. Bueno, todo eso estuvo muy bueno, nos llevo la construcción de eso un par de años. La estabilidad. Y nosotros estamos contentos porque era muy mal vista salud mental. Era como una cosa... antes había... como una línea terapéutica que era muy agresiva, hacía interpretaciones así muy salvajes y los médicos que son... somos hiper sensibles o muy susceptibles, te imaginás, ¿no?
24GP	Daniel	Yo creo que por las dos cuestiones. Una por la modificación en la organización y la dinámica de trabajo del servicio. Y otra por la cuestión epidemiológica. Porque la epidemiología ha cambiado. Entonces ya los motivos o causas psiquiátricas o psicológicas han aumentado tanto que se impactan sobre el paciente en general, digamos sobre la salud en general. Entonces es casi que están obligados a recurrir a salud mental.

4. Diferencia entre especialidades para dar lugar a Salud Mental

Los profesionales con tareas de gestión ubican diferencias en las especialidades con las que se trabaja. Resaltan la afinidad con Clínica Médica, desde distintas ideas. Una de ellas es que en Clínica se presentan más comorbilidades, término médico con el que se hace referencia a que además de la enfermedad clínica, hay otros trastornos, en este caso psiquiátricos. También la idea de que hay un número mayor de camas en ese servicio. Otra cuestión, ya desde otra perspectiva, es la idea de la apertura y la mirada más general que tienen de los clínicos, a diferencia de los cirujanos que es con quienes menos se trabaja. En la concepción de Susana, se trata de que los cirujanos prestan poca atención a la angustia. En la de Alberto, habría mas trabajo con Cirugía si desde Salud Mental organizaran un equipo de psicoprofilaxis quirúrgica.

Código	Sujeto	Referencia
22GA	Susana	Clínica médica pide bastante por el tipo de pacientes, una de las cuestiones que está pasando es el tiempo de internación de los pacientes, es un tiempo prolongado, entonces bueno obviamente esto crea cuestiones de ansiedad... Otra es la cuestión de la comorbilidad, o sea enfermedad psiquiátrica/enfermedad orgánica, que esto ha aumentado. Cirugía es un servicio complicado... con las interconsultas. Los cirujanos prestan poca atención a todas estas cuestiones, la cuestión de la angustia, el

		clínico en ese sentido esta un poco más abierto y más predispuesto a poder escuchar ciertas cosas. Neurocirugía es una diferencia... este.... pide mucho interconsulta, pero porque también vienen, bueno, el jefe que estaba antes ya dió la impronta de una amplitud de poder pensar a los pacientes, con lo cual entonces eso se transmite a los médicos.
23GD	Blanca	Ahora aumentamos la demanda en todos lados, pero los que más piden son clínica médica, que con ellos trabajamos bárbaro, tenemos una articulación... ellos y trabajo social estamos como muy accitados. Y clínica tiene una mirada así como... más general del paciente. Muy general. Y el servicio de acá, la gente de ahí de planta tiene como... trabajan todos con los familiares... todo. Cirugía y Traumatismo siempre piden lo mismo, excitaciones psicomotrices, o cuadros contusionales, siempre piden lo mismo. Obstetricia pide mucho también.
24GP	Daniel	Clínica médica es el servicio que más interconsultas pide. Porque hay tres salas de clínica médica y tiene residentes generalmente... bueno casi todas tienen, pero digamos los más ávidos, por el tema de las comorbilidades, siempre son los clínicos.
25GR	Alberto	Clínica médica y neuro son los que más piden. Porque están más acostumbrados. Y cirugía tendría que pedir más por ejemplo y no pide. Tampoco tenemos alguien que haga psicoprofilaxis en este momento, que tuvimos. Al no tener psicoprofilaxis no hay tanto acercamiento con cirugía.

5. Angustia de los médicos y modelo médico

Dos de las entrevistadas ubican la pregnancia del modelo médico afectando tanto a los médicos como a los pacientes. En un caso se señala la dificultad que surge respecto de poder reflexionar acerca de la relación médico-paciente, como efecto del avance de un discurso que queda adherido a las conquistas técnicas del campo. Desde otro ángulo, lo que se señala es que la inclusión de pensar la muerte se torna imposible bajo las premisas de este discurso, impactando en las prácticas y actos de los médicos. Por último, se señala que lo que se excluye desde ese modelo es también la salud mental.

Código	Sujeto	Referencia
22GA	Susana	Otra de las cuestiones es, muchas veces, es la... dificultad en la relación médico-paciente, ¿no? A partir de... hay una cuestión en relación a tanto avance técnico científico en la medicina que se ha dejado de lado la cuestión de poder pensar la relación médico paciente. Entonces esto obviamente influye. Muchas veces la interconsultas tienen que ver con eso. Cómo pensar los avances de la medicina en relación a un sujeto, en particular, como poder pensar esa relación. Esto es lo que me parece que crea gran dificultad.

23GD	Blanca	Miedo, rechazo... empezás a trabajar y te vas dando cuenta de esas cosas que por ahí son las más sutiles. Porque todo lo demás, lo que es muy evidente... O el miedo... cuando un médico está muy angustiado y no... no lo dice... algunos lo dicen, ahora, ahora es tanto lo que trabajamos, ya nos conocen y directamente nos llaman, y dicen “ché me siento mal”, cosa que antes no pasaba eso, o “me cuesta mucho atenderlo”, o “no me lo banco”, antes no lo decían, ahora sí. Pero... el rechazo... sí. El miedo a la muerte. Y sobre todo los médicos más todavía, porque el médico, viste, está muy formado a curar, entonces la muerte es como un fracaso y no es así. Entonces la aceptación... es increíble. Yo ya soy vieja, cada vez más vieja pero igual, digo no... es como que no se incorpora eso, otras cosas sí pero eso no.
24GP	Daniel	Se sabe ¿no? el famoso tema este, de que salud mental, psiquiatría, psicopatología, psicoanálisis, no tiene nada que ver con el resto del sistema de salud. Y nosotros hemos trabajado mucho para revertir eso. Por nuestra ideología. Que la salud mental integra la salud general, porque el paciente es uno solo.
25GR	Alberto	El problema no viene de nosotros, viene de los otros servicios, que no entienden cómo es la función de salud mental. Cosa que nos cuesta.

6. Trabajo en equipo según profesionales con tareas de gestión

La idea acerca del equipo de interconsulta que tienen los profesionales con tareas de gestión varía entre los cuatro sujetos entrevistados, pero puede trazarse un sentido en el que confluyen: la estructura del equipo varía según las circunstancias. En el caso del hospital Argerich, la variación responde a la presencia de una patología específica como la adicción, o situaciones muy complejas, en las que intervienen profesionales del servicio de Salud Mental que no pertenecen al equipo de interconsulta. En el hospital Pirovano hay un “equipo específico”, conformado por dos psicólogas de planta y el “equipo” a secas, conformado por todos los que hacen interconsulta. Esta última denominación es descriptiva en términos de extensión del conjunto, incluye a psicólogos y psiquiatras de planta más los residentes, pero se trata de un grupo que no comparte actividades ni reuniones. En el hospital Durand, el equipo adquirió estabilidad a partir de la inclusión de la residencia que es la que se hace cargo de las interconsultas de adultos. Aquí, la variabilidad es intrínseca al equipo ya que los residentes rotan por ese dispositivos durante 12 meses y además rotan de manera simultánea por otros equipos. En este hospital funciona también un equipo de interconsulta de niños pero

dentro del discurso de Blanca el equipo de interconsulta es el equipo de adultos, que trabaja con todas las salas del hospital menos Pediatría. Esta división se acompaña de una separación concreta espacial: el sector infanto-juvenil se encuentra separado del resto del servicio. El Ramos Mejía tiene un equipo compuesto por profesionales psicólogos y psiquiatras de planta, residentes y concurrentes, al que se sumó por un tiempo a los asistentes sociales. Actualmente la flexibilidad está dada por la demanda: en caso de necesitarlo se suman profesionales que no pertenecen al equipo.

La particularidad de todos estos recortes es que en ningún caso se incluye dentro de la representación de equipo de interconsulta a los médicos de las salas con las que se trabaja.

Código	Sujeto	Referencia
22GA	Susana	Conforman un equipo, salvo... por ejemplo si son cuestiones muy puntuales, por ejemplo en el tema adicciones, el coordinador del equipo de adicciones, sobre todo adicciones... o sea pacientes adictos muy complicados, entonces interviene él. O en cuestiones... yo digo, que sea como muy complejo, pero si no, es un equipo.
23GD	Blanca	De los médicos de planta ya no hacen más, lo hace segundo año de la residencia. Es como una rotación obligatoria, vienen de afuera también a cursar acá, vienen de otros hospitales, de los monovalentes viene acá, claro los monovalentes viene a hacer interconsulta acá y eso les toca en segundo año de la residencia, así que la interconsulta la hace mayormente la residencia, no mayormente, la hace la residencia, coordinado por una psicóloga y una médica de planta. Interconsulta siempre fue un lugar de mucha desorganización, hasta que se instaló esto de que lo hace segundo año de la residencia, hace ... no sé 7 u 8 años, que sé yo. Se estabilizo. Y al armar el equipo, fue mucho mejor para el hospital, porque nosotros pudimos tener continuidad. Porque antes era... antes iba un día cada... suponete, el martes iba una doctora con una psicóloga, el miércoles iba otra, no se podía tener continuidad, nosotros ahora tenemos seguimiento de los casos, nos viene a ver.
24GP	Daniel	Bueno tenemos un equipo de interconsulta, creo que vos ya las viste, son Moira y Natalia. Ellas se dedican específicamente al tema de interconsulta, pero además hacen interconsulta los residentes, ¿sí? y... y ahora tenemos un problema muy especial, específico, complicado y complejo, que son los pacientes que ingresan por la guardia, que tienen criterio de internación psiquiátrica, y que pasan a sala porque no se consigue cama en los hospitales con internación. Entonces es un seguimiento muy difícil porque están en sala general. O en cirugía o en traumatología. Entonces también hacen seguimiento y tratamiento de esos pacientes algunos psiquiatras y psicólogos de planta, además de Moira y Natalia. De todos esos que yo te nombré, de acuerdo al tipo de paciente y

		al motivo de consulta, ahí van. O van las del equipo específico, o van cualquiera de los otros. Depende del motivo de la consulta.
25GR	Alberto	Preferimos que sean parte del equipo, ahora cuando no podemos...cuando no damos abasto se pide ayuda. Todos los lunes temprano hay reunión de equipo. A partir de que la coordinadora anterior se jubila y yo y Mara nos hacemos cargo de interconsulta, ahí como había salido la Ley de salud mental incluimos dentro de las reuniones a la gente de servicio social. Pero hace más o menos año y medio...hubo un conflicto... en un Servicio que ...de rebote...tocó las cosas que no...algunos conflictos mínimos que había con servicio social cuando estaban dentro del equipo y servicio social decidió que no hubiera más gente dedicada a tal cosa, entonces no vinieron más.

7. Interdisciplina dentro de Salud mental o incluyendo médicos

El trabajo interdisciplinario es ubicado en distintas dimensiones por los profesionales con tareas de gestión. Daniel y Alberto lo plantean en la relación entre psiquiatras y psicólogos, mientras que Blanca lo hace en el trabajo con los médicos. El enfoque de Blanca tiene que ver con la idea de que cada campo discursivo tiene su límite, que es el lugar donde se aloja la participación de un discurso alternativo.

Código	Sujeto	Referencia
23GD	Blanca	La formación médica no tiene, buen obvio, no tiene todo el abordaje psicológico, y no tienen por qué saber. Y hay muchas cosas que pasan y por ahí no se dan cuenta y que nosotros podemos detectar, por eso digo que es importante. Cuando ellos se dan cuenta que la ayuda nuestra es este... que están buenas esas intervenciones, o la palabra o la contención... se alivian muchísimo, se alivian un montón. Porque al principio genera mucho rechazo, oh psicólogo, psiquiatra, que van a saber, estos no curan nada, no hacen nada, viste, no deciden nada, los únicos que curamos somos nosotros, los cirujanos... pero cuando hay una cosa, o están muy brotados y uno dice una palabra y el otro se calma, eh... bueno, yo creo que fue todo este trabajo... que hizo que se aumentara la demanda por eso, se vio que podemos trabajar interdisciplinariamente, que es difícil, pero que se puede.
24GP	Daniel	La interdisciplina se construye. Es uno de los grandes temas porque bueno, la teoría, la bibliografía, los cursos, los relatos, los discursos, esta bárbaro pero después vos ves lo difícil que es para que trabajen un psiquiatra y un psicólogo con el mismo paciente. Igual nos beneficia muchísimo, muchísimo el hecho de que todos los profesionales nuevos que se han incorporado al servicio vienen de hacer la residencia entonces ya vienen acostumbrados a trabajar en equipo. Si hay que ver un paciente van dos, más la asistente social. Tenemos una asistente social porque además hay servicio de internación, que también viene de la residencia de acá. Entonces van todos juntos a ver al paciente, las tres disciplinas.

25GR	Alberto	Lo toma el equipo, van dos siempre, generalmente tratamos que sea un psicólogo y un psiquiatra, a veces van dos psicólogos, dos psiquiatras y recién después interviene el otro profesional. Al paciente lo tienen que ver los dos siempre, un psicólogo y un psiquiatra... Para que haya dos escuchas. Y tratamos de que además sea interdisciplinario.
------	---------	--

Capítulo 12

Transferencias de trabajo en la Interconsulta

La definición de transferencia de trabajo en este estudio apunta a situar modos en que los profesionales que forman parte de los dispositivos de interconsulta se comprometen con su trabajo, con los colegas con quienes comparten su actividad y con los espacios de trabajo conjunto que les permiten incluir la complejidad. Esta posibilidad no es ajena a los discursos que circulan en torno a la práctica de la interconsulta ni a los modos en que se aborda institucionalmente. A su vez, el establecimiento de transferencias de trabajo supone posicionamientos subjetivos que permiten tener en cuenta lo múltiple, lo complejo y las imposibilidades de la clínica. Son vías de transmisión de saberes complejos y del deseo de poder abordarlos, lo que genera la posibilidad de producir nuevos saberes y el establecimiento de lazos de colaboración con otros profesionales, por lo que se planteó que constituyen el aspecto subjetivo y grupal de las prácticas interdisciplinarias.

Siguiendo con la metodología con la que se rastrearon las representaciones sobre la interconsulta, se relevaron las descripciones que hicieron los sujetos entrevistados acerca de las transferencias de trabajo que establecen. Es decir que a partir de los discursos y la codificación inicial de todas las entrevistas, se recortaron aquellas citas que aludían a los modos de relacionarse con pares, a aquello que funcionaba como sostén de la práctica, lo que les posibilitaba sortear obstáculos y producir alguna respuesta novedosa o creativa.

El paso siguiente fue, al igual que con las representaciones, capturar los aspectos más relevantes de la información buscando el patrón de significaciones (Braun & Clarke, 2006) y así obtener la organización de temas que se presenta a continuación.

12.1 Psicólogos y transferencias de trabajo

En el caso de los psicólogos, las transferencias de trabajo se ordenan en torno a dos temas fundamentales: la posibilidad de pensar creativamente en diálogo con otros y la elaboración de los afectos que despierta la práctica de la interconsulta. Estas dos dimensiones

sostienen lazos de colaboración con colegas psicólogos, psiquiatras y médicos de otras especialidades, motorizando el deseo en torno a la clínica de la IC y el abordaje de sus complejidades.

a. Trabajo en diálogo con otros

La primer dimensión a subrayar respecto de la transferencia de trabajo es que aparece discursivamente como una posibilidad de pensar con otros, de encontrar nuevos modos de intervención y de generar recursos para afrontar la práctica. Se parte de la idea de que se trata de situaciones complejas y de la confrontación con los límites, propios y del saber en sí. Los discursos apuntan a los encuentros con colegas, psicólogos, psiquiatras y médicos de otras especialidades en los que se produce este tipo de diálogo en torno a la clínica, tanto en encuentros informales como en espacios formales. María lo define como una “supervisión horizontal”, apuntando al carácter de construcción. Laura lo ubica como un modo de trabajar en equipo que excede los casos puntuales, y continua como elaboración constante. Sofía subraya el acompañamiento del otro al hablar, que va mas allá de una cuestión de conocimientos ya que lo separa de lo que implica leer, recurrir a la teoría. Jesica apunta a la riqueza de las otras visiones en diálogo, la de los trabajadores sociales y los médicos y la necesidad de repensar cada caso. Moira, Leticia y Paola, de modos diferentes, ubican el diálogo con otros como forma de abordaje de situaciones complejas.

Código	Sujeto	Referencia
2PRA	Laura	Me parece que más que nada intentando como... hacer un trabajo en equipo, poder pensar... esto de las situaciones más complejas poder pensarlas juntos. Algo que planteamos varias veces, mis compañeras y yo, es como... por más que sea un paciente para psicología o un paciente para psiquiatría intentar mantener un diálogo como para ir pensando cosas más allá de quién vaya a ver al paciente, y no quedarnos solos con esas situaciones.
3PCA	Sofía	Entonces creo que el apoyo es poder hablar con otros, el uno tener en claro que si uno no puede más ahí, esto lo puede conversar y no es que está obligado a seguir una actividad que angustie tanto, habrá quien está más preparado que otro, pero

		tener esto presente a mí me permite continuar. Y hablarlo mucho, leer también tranquiliza, pero me parece que es más una cuestión del acompañamiento que uno pueda tener.
4PRD	María	Me sostengo en el debate con los compañeros, en una suerte de supervisión horizontal, me parece que eso no tiene precio. Sí. Yo creo que resaltaría la práctica y lo horizontal, lo que se arma en laburar en equipo y al tener reuniones con tus mismos compañeros. Sin duda cuando a uno se le va de las manos plantearle a colegas de su mismo año, también de más arriba o de más abajo por que a veces a otro se le pueden ocurrir otras alternativas.
5PPD	Jesica	Apoyar, me apoyo en la teoría. Si. Este... en esto de repensar cada situación, porque es... Y en la experiencia que te va dando.... Y también de otras visiones, esto del compartir, no solamente desde la teoría del psicoanálisis sino también poder, esto, la experiencia y la riqueza que te da como lo ven los trabajadores sociales, esa situación, ¿no? Los médicos... porque no es solo con la teoría, porque la verdad es que cada caso presenta como situaciones distintas todo el tiempo, entonces es necesario poder repensar qué hacer en cada caso.
7PPP	Moirá	Yo atendí pacientes de Cromañón y atendí pacientes del famoso tren de once. Con esos pacientes había tanta presión de afuera que los médicos te necesitaban mucho y yo también a los médicos, obvio, porque yo tenía que hacer pronóstico, ¿no? entonces trabajábamos muy en conjunto, y ahí sí había informes, los leían los médicos... es como que hay necesidad de eso, viste...
8PRP	Leticia	El equipo de la residencia. Y los profesionales de planta... también, parte del equipo del servicio pero... sí específicamente, el office de residencia, ir y contar lo que pasa. Ya con planta es más supervisión, y con el supervisor es ya un caso armado. Pero creo que eso es como un marco protector que, bueno, uno sabe que tiene un resguardo ante lo complejo, la complejidad de cosas que se encuentra, un montón de aristas cada caso y... montón de estategias que abordar en muy poco tiempo.
11PCR	Paola	Al principio cuando empecé a ver que era un caso que me resultaba complejo, complicado, lo primero, bueno, a Mara que es la que coordina el espacio de interconsulta. Le pedí de juntarme con ella, de conversar, de ver digamos... de ordenar un poco la situación y ver qué línea, digamos, se podía ir tomando. Más que nada de poder pensar con otro, eso ¿no? y que eso mismo se da, me parece en estos espacios de intercambio, donde uno por ahí plantea que lectura está haciendo de la situación y otro puede dar una lectura distinta, algo que aporte, entonces, digamos al menos para mí eso es fundamental. Importante.

b. Necesidad de un sostén emocional

La otra dimensión que se despliega sosteniendo el despliegue de transferencias de trabajo es la dimensión afectiva, vinculada a poder tramitar la angustia. Los psicólogos recortan la importancia de la presencia de los compañeros para hablar de la clínica y en ese diálogo, elaborar algo del malestar que genera la interconsulta. Aquí el vínculo con los otros

aparece como un sostén para que la angustia se enmarque o se transforme en motor de nuevas ideas. Se subraya la confianza que se genera al compartir estas situaciones.

Código	Sujeto	Referencia
1PPA	Omar	Yo me acuerdo un caso de... trabaje en varios pedidos de interconsulta de cirugía cardiovascular, hasta que... con un mismo médico, hasta que un día viene y me dice: mirá, tengo ganas de hablar con vos. Bueno dale. Pero no es por ningún paciente, quería hablarte por mí, porque hace... estuve participando de un trasplante, hace 14 horas que estoy metido en el quirófano, y realmente estoy muy mal, porque no quiero quedar quemado como la gente de planta, y me angustia mucho esto, porque empiezan a consumir drogas y después... todo una entrevista larguísima, que derivó en “bueno, bueno muchas gracias”, y se fue. Si esto formara parte de un equipo, si uno estuviera presente más tiempo quizás este tipo de cosas serían mucho más habituales.
2PRA	Laura	Mismo también las situaciones angustiantes, como que uno se encuentra muchas veces con situaciones... no sé, que vas a ver al paciente y ya se murió y nadie te avisó... o que el paciente está muy grave y nadie se lo dice y vos contás con información que el paciente no, bueno también cómo hacer circular un poco eso entre nosotros y ... ir pensando las situaciones, sobre todo para no quedar tan tomados por eso y poder seguir laburando igual.
3PCA	Sofía	Lo que tiene que ver con el trabajo de interconsulta en sí me parece que funciona muy bien. Digo, es un laburo re difícil, hay pacientes que angustia mucho su padecimiento, que toca al cuerpo mal, cuando hay amputaciones, cuando hay operaciones complejas, pacientes para los que ya se tiene un pronóstico que es terrible, es difícil trabajar con eso. Pero al menos acá hay un equipo que acompaña y mucho. Entonces, se puede.
4PRD	María	Emocionalmente también en los colegas. Si me piden una interconsulta de una chica de mi edad con un cancer terminal no iría sola. Porque sé que hay algo que se me va a jugar, una angustia de algo muy especular que se me va a jugar y que prefiero que seamos dos escuchando eso. No porque nadie va a tener la palabra mágica para decir en esos casos pero sí para cuidarse un poco. Porque uno muchas veces se va... el viernes, cuando uno se va al fin de semana, uno se queda con eso.
6PCD	Soledad	Y el trabajo con otros psicólogos, porque eso también es importante, nosotros la interconsulta, tanto como la clínica individual para mí tiene que estar sostenida en la supervisiones permanentemente. Y en el propio análisis, porque si no a veces es muy angustiante las situaciones con las que uno se encuentra en la interconsulta porque se encuentra mucho con lo real del cuerpo, que es algo para lo que nosotros no estamos preparados en la facultad y si uno no tiene un propio espacio donde trabajar eso y una supervisión con colegas donde trabajar eso, eso angustiante hace que a veces uno no lo tolere y no pueda trabajar
8PRP	Leticia	Y el hecho de formar parte del equipo también, no sé, angustiarte yendo a una sala y poder volver acá y contarlo es como algo que me parece fundamental. Contar con la residencia y con los referentes de planta también.
9PRR	Andrés	Uno es en el equipo, ¿sí? nosotros trabajamos juntos, incluso cuando uno va solo cuenta con otros con los cuales puede conversar acerca de una situación que puede ser muy angustiante... o... chocante o que puede provocar mucho enojo,

		como pasa a veces que el paciente no es atendido como debería serlo, o no hay los recursos para, entonces se empieza a deteriorar algo que no debería pasar. Bueno, tramitar esas cosas... el equipo ayuda...
10PPR	Elena	Me parece que este trabajo con otros facilita esto. El sentir que uno está acompañado, en el agobio que implica poner el cuerpo, estar ahí y que hay otro con el que uno pueda compartir, discutir una situación. Y además esto, limitar el poder de cada disciplina.
11PCR	Paola	Esto de que haya una reunión de pase, a su vez hay después de eso reunión de psicólogos, donde es más un poco quizás más libre en esto de poder decir qué uno siente, qué le está pasando con determinada ... con determinado caso, eso como necesario. Eso me parece fundamental, digamos, el intercambio entre profesionales, entre nosotros, dentro del equipo, dentro del servicio.

12.2 Médicos y transferencias de trabajo

En los discursos de los médicos entrevistados las transferencias de trabajo con psicólogos se arman en torno a dos dimensiones: la necesidad de diálogo y de elaboración de situaciones que generan angustia. Son modos en los que tematizan el entusiasmo que les genera el trabajo conjunto, piensan que es beneficioso para profesionales y pacientes, ubican posibilidades de enfrentar dificultades o señalan un modo de abordaje sostenido en el intercambio.

a. Necesidad de diálogo con el psicólogo

Varios de los médicos entrevistados subrayan de distinto modo la necesidad de contar con espacios de diálogo con los psicólogos. Se sostienen en experiencias que fueron positivas o en la suposición de que sería algo favorecedor. A excepción de Agustina que dice contar con un espacio en el que se trabaja de manera conjunta con las psicólogas que asisten al pase, los médicos resaltan que no es algo constante y que sería favorable que hubiera espacios más sistemáticos de articulación del trabajo entre servicios.

Código	Sujeto	Referencia
14MPD	Irene	En algunos pacientes puntuales, por ejemplo con Sharon hemos trabajado bastante en contacto y la verdad es que ha sido muy

		bueno, con esta otra paciente que yo te decía también, siempre es enriquecedor. No con todos tenemos una devolución así que estaría piola...
15MRD	Santiago	Con los chicos que van a hacer las interconsultas que son residentes como yo siempre fue genial, muy bien. Se preocupan mucho por el paciente, hablan, vienen, nos preguntan, tratamos de hacer cosas conjuntas. Muchas veces también cuando son pacientes sociales ellos tienen que intervenir para hacer informes y demás cosas, estamos siempre en contacto. Esa parte buenísima.
16MRD	Agustina	Desde que participan de los pases está muy bien articulado, tanto para ellas que les sirve ver qué pensamos nosotros, y nosotros el punto de vista de ellos, obviamente. Porque más allá de que cada vez que ellas vienen, vienen y nos cuentan lo que vieron con el paciente, después ellas participan donde estamos todos nosotros hablando del paciente y ellas nos dan su punto de vista. Así que está bueno.
19MCP	Facundo	Yo creo eso, falta más comunicación y acercamiento entre los servicios.
21MPR	Gimena	En realidad... más que una interconsulta yo creo que tendría que haber como un... como un grupo, que estuviera, que se juntara una vez a la semana en los hospitales, y que se presentaran los casos más significativos, y si es posible hacer la entrevista psicológica con el paciente y con todo el equipo, digamos... más o menos como hacen ustedes en su servicio pero haciendo participar al médico que la trata todos los días, desde el punto de vista médico. Me parece que más que una interconsulta por ahí ... o sea la interconsulta es importante pero también que haya como reuniones...

b. Elaboración de situaciones que angustian

Irene ubica una vertiente del pedido de IC con psicología que tiene que ver con la necesidad del médico de hablar con el psicólogo. Lo liga a la angustia que se genera a partir de algunas de las situaciones con las que tienen que lidiar, que son objeto de su intervención, relativos a la gravedad de las enfermedades, sus diagnósticos y pronósticos.

Código	Sujeto	Referencia
14MPD	Irene	Algunas veces, o sea la interconsulta con psicología desde el punto de vista del médico clínico tiene dos vertientes, una es de la necesidad real del paciente y otras veces tiene que ver con la necesidad del médico. Creo que esto es importante. Algunas veces la necesidad del médico viene encarada porque te da mucha.. te angustia mucho el diagnóstico en un paciente determinado y eso muchas veces los motiva a pedir una interconsulta y... porque bueno, por la situación del paciente, por esta cosa que te decía que quizás es gente muy joven con enfermedades con pronóstico muy malo o que va a cambiar su calidad de vida de forma drástica.

12.3 Profesionales con tareas de gestión y transferencias de trabajo

En el caso de los profesionales con tareas de gestión que se han entrevistado, se ubicó una dimensión que alude al trabajo de salud mental en el hospital público.

a. El encuentro entre profesionales

A diferencia de la práctica en hospitales monovalentes, Blanca describe la labor de salud mental en IC como aquello que mayor entusiasmo le genera, ubicando las posibilidades de intercambio que se abren en un hospital general. Subraya el encuentro con otros médicos.

Código	Sujeto	Referencia
23GD	Blanca	Para mí personalmente es lo que más me gusta dentro de la salud mental, y es esto, yo amo lo que hago, amo la asistencia y el hospital público, entonces hacer salud mental en un hospital de agudos es como... para mí es... Cuando vas, evaluaste al paciente, hablaste con la familia, hablaste con enfermería, te sentás con el equipo médico a hablar. Porque la interconsulta tiene eso, vos por ahí vas a ver un paciente o por ahí vas a hacer otro tipo de intervenciones, es lo más interesante de la interconsulta. Puede ser que vayás a ver un paciente, pero en general, viste, a veces vas a ayudar al médico, al equipo, a veces decís cosas y destrabás algo.

Capítulo 13

Prácticas de la Interconsulta

La perspectiva adoptada en este trabajo respecto de las prácticas apunta a su estatuto indisociable de las estructuras simbólicas, imaginarias, ideológicas y políticas en las que se inscriben. En este sentido, la descripción de las prácticas que ejercen los psicólogos, médicos y profesionales con tareas de gestión entrevistados no pueden pensarse por fuera del marco de representaciones que construyen como grupo, con sus identificaciones profesionales de referencia, los discursos disciplinares que los han constituido como actores sociales y las determinaciones institucionales que los atraviesan como colectivo de trabajadores del sector público de salud de la ciudad de Buenos Aires. Asimismo, las subjetividades dan cuerpo a esas prácticas reconstruyendo el medio social. Son todas estas dimensiones las que se ponen en juego, se construyen y reconstruyen en las acciones cotidianas y en los modos de trabajo en salud.

Las prácticas de la interconsulta que se rastrearon en este estudio son variadas, dependiendo del contexto hospitalario, el tipo de servicio de salud mental y los modos subjetivos de cada uno de los actores. En esa heterogeneidad se detectan, sin embargo, algunos ejes en la descripción de las prácticas, que se detallan a continuación. Para la determinación de dichos ejes o temas, se recurrió a la metodología mencionada para las representaciones y transferencias de trabajo: luego de la codificación inicial, la búsqueda de algún nivel de respuesta estructurada que implicaba un patrón de significación (Braun & Clarke, 2006).

13.1 Prácticas de la interconsulta: Psicólogos

En la descripción de las prácticas que hacen los psicólogos entrevistados, se pueden ubicar cinco ejes principales:

- a. Ir de a dos
- b. Hablar con el médico
- c. Actividades dentro del Servicio de Salud Mental

a. Ir de a dos

Como se señaló en la descripción del contexto, los equipos de interconsulta se encontraban sostenidos principalmente por profesionales en formación cuya rotación por el dispositivo duraba entre 6 y 12 meses. Se trataba de profesionales que estaban haciendo su residencia o concurrencia y se encontraban motivados por las posibilidades de formación que brinda el hospital. Los profesionales de planta dedicados a IC eran pocos y en su mayoría cumplían tareas de coordinación. Las prácticas se ordenaban teniendo en cuenta esta situación y se organizaban las respuestas a las interconsultas yendo dos psicólogos juntos o un psicólogo y un psiquiatra, dependiendo el hospital.

En el Argerich las duplas se formaban por afinidad, por ser rotantes provenientes del mismo hospital y conocerse previamente, o por ser parte de un sistema de “referencias” en el que un psicólogo más experimentado realizaba la interconsulta acompañado de otro que recién comienza. Es decir que el ir de a dos respondía a una necesidad propia de los psicólogos, que referían sentirse acompañados de este modo, además de ser necesario como formación.

Código	Sujeto	Referencia
1PPA	Omar	Pero normalmente se forman parejas de psicólogos, de psicólogas que vienen del mismo lugar entonces van juntas, en general... pero también... se va despejando a medida que va avanzando la rotación. En principio, como impronta es la idea de ir acompañado para transmitir conocimiento, transmitir modalidades y que sé yo. Y en segunda instancia, si los recursos lo permiten, es decir cuando tenemos muchos rotantes, la idea es que vayan de a dos, en forma interdisciplinaria, cosa que el psicólogo se enriquezca con el hacer del psiquiatra y viceversa.

En el hospital Durand el equipo de adultos y el de infanto-juvenil también respondía a las interconsultas de a dos, con la diferencia de que las duplas del equipo de adultos las conformaban un psicólogo y un psiquiatra mientras que en las del equipo de infanto-juvenil eran de dos psicólogas. Este último no contaba con psiquiatra por lo que recurría a uno solo

en caso de considerarlo necesario. En el caso del equipo de adultos, se pensaba como modo de respuesta para sentirse acompañados frente a una clínica que puede ser angustiante, como modo de abordar la incertidumbre y como recurso interdisciplinario. En el caso del equipo de infante la idea era tener la posibilidad de desdoblarse en entrevistas a padres y con el niño.

Código	Sujeto	Referencia
4PRD	María	No es siempre el mismo equipo, para cierto caso el médico y el psicólogo pueden ser XY y para otro LM, pero son siempre duplas. Tratamos de no ir de a uno. Hay casos que cuando lees la interconsulta, decís una excitación psicomotriz de alguien porque tiene una infección urinaria es obvio que es más para médico pero igual tratamos de ir porque la verdad es que nunca sabes con qué te vas a encontrar. Y a veces está bueno tener otra mirada.
5PPD	Jesica	Cuando se puede vamos dos y uno entrevista al niño y otro a la madre, o a otro familiar que está cuidándolo, una cuidadora, y después hablamos los dos con el médico. Me parece que esta como... a veces cuando entrevistas al nene y después a la mamá, se les arma que podés contar algo... Y esto de poder compartir lo que a cada una le pasa, la riqueza de poder compartir esas situaciones. A veces hemos entrevistado dos, las dos juntas a una mamá, vamos viéndolo.
6PCD	Soledad	Creo que es un dispositivo en el que es necesario trabajar en equipo, porque a veces hay que hacer un seguimiento muy intenso de algunos pacientes, un seguimiento de todos los días, un seguimiento en diferentes horarios y a veces hay que poder delegar el trabajo con los padres por ejemplo en otro profesional, para poder trabajar con el paciente por un lado y con los padres por el otro.

La modalidad de realizar las IC de a dos se repitió en el hospital Pirovano con los psicólogos y psiquiatras en formación, mientras que las psicólogas de planta con más experiencia lo hacían solas.

Código	Sujeto	Referencia
7PPP	Moirá	De a uno, sí. Es que nosotras no queremos ir con gente, por este tema. A ver. Hay psiquiatras que van juntas dos. Que yo creo que es para bancarse un poco, mejor... no sé el tema, todo bien. Pero nosotros hacemos una escucha que es del orden de lo singular, no tiene sentido ir con un médico.

Algo similar ocurría en el hospital Ramos Mejía, donde los residentes y concurrentes funcionaban de un modo y los profesionales de planta de otro.

Código	Sujeto	Referencia
--------	--------	------------

9PRR	Andrés	yo me siento muy tranquilo, a veces, cuando voy con algún médico, con el que tengo buena confianza, ya nos conocemos como trabajamos, entonces a veces ayuda escuchar, digamos, en otro registro, no siempre en el registro de nuestro propio discurso sino escuchar de otro registro ayuda a ubicar las cosas desde una perspectiva diferente.
10PPR	Elena	Entonces bueno, allí fuimos, bueno ahora digo fuimos porque en muchas ocasiones ahora vamos de a dos, pero en ese momento fui yo sola ...

Es decir que esta práctica tenía relación con los modos de formación de los profesionales y también con un modo de acercamiento a la interconsulta, a la que se considera como una práctica que angustia y que implica un alto grado de incertidumbre. Se agrega a esto la concepción de que si se acude de a dos, es decir un psicólogo y un psiquiatra, se estaría realizando una práctica interdisciplinaria.

b. Hablar con el médico

Con respecto al intercambio con los médicos, desde la perspectiva de los psicólogos era fundamental, la primera acción que se tomaba al encarar una interconsulta era hablar con el médico que la solicitó. Consistía en intentar que los médicos expliquen los motivos por los habían dado intervención a salud mental, que den su punto de vista, escuchar su versión. Esto se sostiene desde representaciones diversas, ya sea la idea de que los médicos se desresponsabilizan de los pacientes por los que pedían interconsulta y se intentaba involucrarlos, o que podía tratarse de la angustia del médico o de un obstáculo que se le presentaba en su práctica, lo cual conducía a que se trate del primer momento de la interconsulta.

En algunos casos se pensaba que en un primer tiempo la IC apunta a definir si el obstáculo proviene del médico o del paciente. Como la primer entrevista siempre es con el médico, si la dificultad tenía que ver con él la IC concluía luego de este primer tiempo.

Código	Sujeto	Referencia
1PPA	Omar	Entonces en la medida en que el médico te dice “esto no es mío” le decís “no mirá, flaco, es tuyo porque algo de lo que vos estás haciendo está produciendo algo que vos estás viendo y que estás interpretando como esto. Entonces introducime a mí para que juntos podamos desanudar esto que te está complejizando a vos la intervención.” Entonces tratamos de hacer este trabajo.
2PRA	Laura	Y como... la verdad que el coordinador insiste bastante en esto, es algo que intentamos hacer siempre, de bueno, involucrar al médico, sostener que se labura en equipo, aunque por ahí en la realidad no suceda, pero tender a eso. Pero bueno, sí, es una dificultad que me parece se da en cada interconsulta.
3PCA	Sofía	llega una interconsulta, se pide algo, uno conversa con quien lo solicitó, se determina ahí si uno da lugar o no, porque a veces por ahí el médico consulta por algo que le genera el trabajar con ese paciente. En función de detectar eso se trabaja o no con el paciente, o sea o con el paciente o con el médico, se hace el recorrido que sea necesario para ese paciente en particular y se termina la interconsulta.
9PRR	Andrés	el primer trabajo que hacemos siempre que vamos a una sala a responder a una interconsulta es hablar con el médico, a ver qué es lo que motivó hacer el pedido, cuáles son las circunstancias en las que está determinado paciente y a veces se resuelve... muy pocas veces se resuelve en la comunicación con el médico. A veces es un problema que tiene ese médico en particular para poder llevar adelante lo que se llama el acto médico, ya sea hacer un tratamiento que ... que tiene que hacer.
11PCR	Paola	uno se acerca al servicio, por ahí a ver de qué se trata, porque es como un pedido que a mí me resulta a veces como amplio... puede ser por diferentes motivos, donde a veces implica trabajar más con el médico que con el paciente... y en otros casos sí, con el paciente.

En otros casos, se acudía a ver al paciente luego de hablar con el médico como práctica regular. Otro modo de plantearlo fue en términos de pasos necesarios, al estilo de un circuito que comenzaba con la conversación con el médico, luego la entrevista con el paciente y la familia, para luego hacer una devolución al médico.

Código	Sujeto	Referencia
7PPP	Moirá	Por eso nosotros la escucha la hacemos desde este lugar, escuchar también al médico, que pasó. O sea, por ejemplo, la hoja, esta es una hoja de interconsulta. Así es el pedido. Viene acá, entonces ponen el nombre, de qué sala se está pidiendo, en qué cama esta el paciente y por qué lo pide. Por ejemplo esta... viene y dice paciente amputado. Entonces vos a esa sala, donde en realidad, hay... no se... ¿hay 20 camas? Hay 20 pacientes amputados. Entonces vos le decís al médico, ¿por qué la pediste? siempre vamos a hablar con el médico.
4PRD	María	Nos dejan abajo en un corcho en el servicio, ahí están la interconsultas pinchadas, nosotros las recibimos, las debatimos en la reunión de equipo, vamos al servicio, pedimos hablar con el médico que firmó la interconsulta, nos explica un poco de que se

		trata, porque a veces entre lo que te pidieron en el papel y la realidad hay una brecha enorme, entonces vemos de que se trata, hablamos con el paciente si es posible con el familiar y volvemos a hablar con el médico, les devolvemos un poco lo que vimos y bueno, según ese intercambio escribimos en la historia clínica, venimos y lo traemos a la reunión siguiente.
--	--	--

Por último, algunos profesionales entrevistados hicieron hincapié en el trabajo conjunto con el médico. Los profesionales que relataron ejercer este tipo de práctica son los que trabajaban con salas de pediatría, por lo que podría pensarse que el hecho de abordar a sujetos en la infancia o adolescencia influye en el modo de abordaje de la clínica de la interconsulta, tanto Elena, como Jesica y Soledad hablan de esto. En particular el equipo de infanto-juvenil del hospital Durand se diferenció en sus prácticas del resto de los equipos relevados ya habían implementado su asistencia dos veces por semana al pase de sala de Pediatría. De este modo, las psicólogas pasaron a formar parte del equipo junto a los pediatras, participando de la discusión acerca de cada paciente y generando un vínculo de mayor confianza con ellos. Los pedidos de interconsulta surgían de estas reuniones, donde se decidía conjuntamente qué pacientes tendrían un seguimiento psicológico.

Código	Sujeto	Referencia
5PPD	Jesica	Se implemento hace relativamente poco esto de que van Marta y una concurrente, y a partir de que ellos se incorporaron al pase disminuyeron un montón los pedidos de interconsulta. Porque los toman ahí. Bueno ahí se habla, en que situación están, y si ellas consideran hablándolo con los médicos ahí van a hacer la interconsulta. Es como que disminuyo muchísimo los papelitos digamos.
6PCD	Soledad	Yo creo que esta forma de trabajo donde uno no solo concurre cuando hay una demanda explícita de parte de la sala, sino el trabajo más diario donde en los pases se pueden discutir los casos y uno puede incluso pesquisar cosas que a los médicos se les pasan, de alguna manera también va entrenando la vista de los médicos, sobre todo en los pediatras que hay un montón de cosas que tienen que ver con violencia y con maltrato, con negligencia de parte de los padres que a veces quedan muy solapadas por las cuestiones más médicas, yo creo que esta es la mejor forma en la que se puede trabajar. Teniendo contacto directo con lo médicos por sala, pudiendo ubicarlos cuando uno los necesita, pudiendo hacer devoluciones de cualquier interconsulta que uno hace
	Elena	Mucho trabajo con los médicos. Obviamente, sí, porque además en el hospital general, quienes se acercan a nosotros son los residentes, que comienzan con su práctica y muchas veces son confrontados a situaciones absolutamente nuevas, complejas y

		bueno en algunas ocasiones tienen referente, en otras ocasiones quedan ahí como librados... a esto, tener que vérselas con la enfermedad y la muerte, con algo que quien estudia medicina no está del todo listo y preparado, ¿no? se supone que el discurso médico convoca y conduce a otro lugar y eso es la experiencia. Entonces es a trabajar y la interconsulta permite trabajar eso.
--	--	---

c. Actividades dentro del Servicio de Salud Mental

Las actividades que tenían los equipos de interconsulta eran reuniones semanales con los coordinadores de planta, ateneos en el servicio de Salud Mental en los que se discutía algún caso en particular entre psicólogos y psiquiatras del servicio y cursos teóricos de distintas temáticas. Además los residentes contaban con espacios de supervisión fuera del hospital. Es decir, espacios formativos que no se diferenciaban de las actividades que suelen tener los equipos de consultorios externos de los Servicios de Salud Mental. Se podría plantear como llamativo que no haya habido actividades de formación compartida con los médicos, por lo que la transmisión acerca de la interconsulta con psicología quedaba circunscripta al encuentro con el médico a partir de su pedido de interconsulta, no en espacios de formación o reflexión planteados para tal propósito.

Código	Sujeto	Referencia
2PRA	Laura	Tenemos supervisiones los residentes. De este hospital, como organizadas por la residencia. Una vez al mes. Externa, ¿no? De alguien de afuera, vamos nosotros a lo del supervisor.
3PCA	Sofía	Del equipo se hace una reunión semanal, donde a veces hacemos un pase, qué pacientes tiene cada uno, si hay alguna situación en particular se habla. Últimamente se están haciendo como unas especies de ateneos, digamos, presentando algún caso para pensar alguna situación puntual. Y también se hace en esos mismos espacios, clases, como de cosas que se supone son típicas de interconsulta, que sé yo... una clase de síndrome confusional, como cosas así que se suelen repetir en las interconsultas, como para darle un marco a la rotación.
4PRD	María	Nosotros tenemos una supervisión por mes con médico psiquiatra y una por mes con una psicoanalista, en donde llevamos casos de interconsulta. La supervisión es eminentemente de interconsulta, exclusivamente de interconsulta.
7PPP	Moirá	Cuando empiezan a venir residentes armamos el seminario como instancia de formación. Entonces armamos un seminario, armamos un grupo de estudio y armamos supervisiones. El seminario, por estas cuestiones que te cuento, dejó de ser. Nos cansó y dejamos. Nosotras no supervisamos, en realidad a veces

		nos supervisamos mutuamente, algún caso, alguna cosa que tenemos medio entreverada, sí...
8PRP	Leticia	De formación, hay un pase, hay pases de interconsulta que participamos, bueno es entre residentes solamente, por ahí se podría ampliar un poco más, tenemos supervisiones también, por ahí ampliarlo con otros hospitales estaría bueno para escuchar otras estrategias, lo intentamos pero no pudimos coincidir demasiado en los horarios
11PCR	Paola	La reunión de pase, digamos, donde se... generalmente es los lunes, en donde se... cuentan situaciones que hubo en la semana en lo que es interconsultas, situaciones que uno considere que quizás amerita comentarlas con el resto del equipo o que por algún motivo uno sintió una dificultad o como va llevando determinada interconsulta que lleva un tiempo y digamos, poner en común que se está haciendo con esa interconsulta.

13.2 Prácticas de la Interconsulta: Médicos

Dentro de las prácticas que describieron los médicos se destacan los siguientes ejes:

- Pedir IC cuando se deja de atender al paciente
- Acotamiento de la relación médico-paciente
- Pedir la IC pero contar con poco tiempo para hablar con los psicólogos
- Trabajar en conjunto con psicología
- Recurrir a la IC tardíamente
- No dar intervención al psicólogo

a. Pedir IC cuando se deja de atender al paciente

Una de las prácticas que los médicos describieron en torno a la IC con Salud Mental era solicitarla cuando se dejaba de atender a un paciente que permanecía internado. Los profesionales de Salud Mental eran quienes se suponía quedaban a cargo de pacientes con problemáticas sociales o psiquiátricas, ya que estas representaban un límite a la asistencia médica.

Código	Sujeto	Referencia
12MPA	Tomás	Como casi no tienen seguimiento... (los paciente sociales) poray las quinesiólogas van, los mueven un poco... pero están casi

		abandonados dentro del hospital, en el sentido de... o sea se los ve, todo, pero como no tienen cosas activas y demás, solamente están porque no tienen a donde irse...
20MRR	Cecilia	sé que están con una medicación psiquiátrica, vigilamos que no se exciten, que nada más pero, digamos, no hago un examen mucho más allá si no tienen nada clínico, digamos. Entonces uno está: cuando se deriva, cuándo se deriva, cuándo se deriva. Eso sí, lo reconozco, como algo...una autocrítica, si querés.

b. Acotamiento de la relación médico-paciente

La práctica de la IC tiene estrecha relación con otras prácticas médicas, como por ejemplo, el acotamiento de las relaciones médico-paciente, del tiempo de atención y del espacio dado a la palabra. A partir de estas circunstancias, el pedido de IC aparecía como un modo de suplir esa falencia, acercarle al paciente alguien que lo escuchara ya que el médico no podía hacerlo. Aun así, Irene por ejemplo puso de manifiesto sus dudas respecto de la posibilidad de poder hablar en ese ámbito médico.

Código	Sujeto	Referencia
14MPD	Irene	No sé si es el mejor ámbito para que trabajen tampoco ustedes, porque bueno, las habitaciones son de a dos, quizás vamos diez a revisar al paciente de al lado. O sea interrupciones... los alumnos... es un lugar de mucho transito que no se si se presta bien y será el ámbito para tener una entrevista adecuada con el paciente.
19MCP	Facundo	Nosotros, en general, seria lo ideal si contáramos con mucho más tiempo para atender al paciente, escuchar realmente sus problemas, tal vez lo ayudaríamos más, pero la verdad que no... el sistema esta hecho de una forma que no te da el tiempo, tenés poquito tiempo para estar con ellos, ves lo urgente, lo médico y después interconsulta es interconsulta. Entonces sabemos que generalmente los psicólogos, que se dedican a esa área, tienen mas tiempo, le van a prestar mas atención capaz, así que...
18MRP	Damián	...poray uno cuando los cura, o va para verlos para revisarlos charla un poquito... o a veces uno los ve llorando directamente, y en otros casos te lo piden ellos solos (hablar con un psicólogo), y en otros casos te lo pide el familiar.

c. Pedir la IC pero contar con poco tiempo para hablar con los psicólogos

Siguiendo el modelo de la consulta entre médicos, la modalidad del pedido de interconsultas a Salud Mental que describieron se basaba en hacerlo de forma escrita y luego llevarlo al servicio para su evaluación. La relación con los profesionales de Salud Mental era

escasa, se daba en los contactos que estos generaban luego de recibir el pedido y en las devoluciones que les hacían al concluir las interconsultas.

Código	Sujeto	Referencia
15MRD	Santiago	Santiago:- Claro, nosotros hacemos una nota escrita, con los datos del paciente, la cama, la sintomatología dentro de lo que nosotros podemos contar como médicos generales Dejamos la interconsulta en el lugar donde se la tiene que dejar y los chicos, generalmente los residentes, la contestan y van a ver al paciente. Entrevistadora:- Van a ver al paciente directamente? Santiago:- Muchas veces quieren hablar con nosotros primero.

Los médicos más interesados en las cuestiones psicológicas de los pacientes expresaron su deseo de trabajar en equipo, pero no dejaron de ser iniciativas personales y prácticas aisladas.

Código	Sujeto	Referencia
14MPD	Irene	Algunos pacientes puntuales, que quizás son los que tienen... quizás con esos si no tuvimos una devolución los vamos a buscar como para tenerla, es como que la buscamos. Y buscamos la respuesta. Quizás lo hacen más con el residente, ojo, porque por una cuestión de tiempos, los chicos están hasta las cuatro de la tarde con lo cual algunas veces la devolución se la hace el residente de psicología al residente de clínica. Y no transmiten a veces los chicos, eso es lo que nos pasa.
17MRP	Valeria	Cuando no están no te queda otra que dejar el papel, porque ellos también están haciendo consultorio, no tienen todo el tiempo libre, se trata de hablar con el psicólogo con el que se interconsulta y una vez que lo valora, se trata de hablar con el que lo vió.
21MPR	Gimena	por un lado van las psicólogas, le hacen el tratamiento... en la cama y después poray ni se comunican con nosotros... escriben, viste, primera sesión... en la historia, y nosotros no sabemos ni los avances, ni qué está pasando...

En otros casos, la idea era contraria, es decir evitar el contacto con el interconsultor, considerando que el tiempo sería mejor utilizado si se dedicara a otras tareas, lo cual impactaba necesariamente en las prácticas, que se circunscribían a intercambios entre médicos.

Código	Sujeto	Referencia
18MRP	Damián	Yo llevo la interconsulta a psiquiatría y ellos deciden. O a veces me suelen preguntar, más o menos rápido, porque viste que la

		interconsulta vas la dejas porque tenés miles de cosas para hacer, te dicen: ¿che, qué es? Y pum pum, tal cosa, es un paciente así o así.
--	--	---

d. Trabajo conjunto con psicología

La posibilidad de contar con tiempo para que se instale un espacio de diálogo entre médicos y psicólogos se encontró en el hospital Durand en el dispositivo formal de asistencia de las psicólogas al pase de sala de pediatría. Con excepción éste, no se encontraron espacios formales de trabajo conjunto entre médicos y profesionales de Salud Mental.

Código	Sujeto	Referencia
16MRD	Agustina	vienen a nuestros pases, para mí está muy bien articulado. La experiencia es buena. Porque quizás si nosotros hiciéramos solo la interconsulta y ellas no vienen a contarnos qué pasó, no habría intercambio.

e. Recurrir a la interconsulta tardíamente

Otros ejemplos de prácticas médicas en relación a la IC apuntan a que los pedidos se realizan en forma tardía, por ejemplo frente a la descompensación de una paciente en quirófano, luego de haber programado una intervención quirúrgica, haber movilizado todos los recursos que requería y haber tenido que suspender dicha intervención.

Código	Sujeto	Referencia
21MPR	Gimena	una paciente que estaba internada por una ligadura tubaria y bueno se internó, todo bien, se quedó en ayunas, subió a quirófano y en quirófano hizo como una crisis de disnea, como una crisis de pánico, “me siento mal, no me puedo operar!” y obviamente ahí, bueno bajó de quirófano y ahí pedimos una interconsulta.

f. No dar intervención al psicólogo

En otros casos, en situaciones en las que se detectó alguna situación que ameritaba solicitar la participación de psicología no se hizo o se dejó a criterio del paciente, aún frente a la detección de una situación de violencia.

Código	Sujeto	Referencia

13MRA	Pía	Muchas veces les preguntamos a las pacientes directamente, vemos una situación, por ejemplo un marido golpeador, lo que sea, o una madre que está angustiada, a veces quieren a veces no.
-------	-----	---

O se dejó como optativo mientras se decidió la administración de un fármaco para aliviar la angustia. Prácticas que se ordenaron en torno a la herramienta farmacológica. Allí podrían pensarse prácticas alternativa, como haberle indicado hablar con alguien en vez de indicarle un fármaco, o indicar ambas cosas.

Código	Sujeto	Referencia
13MRA	Pía	Hace poco paso con una mamá, un bebito mal formado, y lloró durante horas y le dimos medio clonazepam, Después le ofrecimos 'pero querés hablar con alguien?' para que venga la psicóloga y dijo que no, entonces no llamamos.
19MCP	Facundo	En general la mayoría de las interconsultas van hacia psiquiatría. Porque la mayoría, como te digo, de esta patología que se da en clínica requiere más de medicación

13.3 Prácticas de la interconsulta: Profesionales con tareas de gestión

Desde la gestión, en dos de los hospitales relevados, se reconstruye que se le ha dado importancia a la organización interna del equipo de interconsulta. En el caso del Argerich fue a partir del nombramiento de un coordinador y en el caso del Durand dejando las interconsultas a cargo de la residencia. En ambos casos, la intervención fue a nivel de la organización y coordinación de profesionales en formación.

Código	Sujeto	Referencia
22GA	Susana	No estaba como armado... a ver... Se le dió... Primero porque había una persona con muchas dificultades de relación, con lo cual era complicado. Al no estar esa persona y yo propuse un coordinador, obviamente se pensó de otra manera. Antes eran como cuestiones sueltas, sin poder pensar la lógica de la interconsulta, en ese sentido obviamente crecieron... en realidad se armó un equipo y obviamente creció. Es así, obviamente otros hospitales también tienen, ¿no? pero la gran cantidad de rotantes que hay de hospitales monovalentes haciendo acá interconsulta.
23GD	Blanca	Interconsulta siempre fue un lugar de mucha desorganización, hasta que se instaló esto de que lo hace segundo año de la residencia, que esta coordinado por Andrea y por mí hace, no se,

		7 u 8 años, que se yo. Se estabilizo. Y al armar el equipo, fue mucho mejor para el hospital, porque nosotros pudimos tener continuidad.
--	--	--

Las gestión de las actividades asociadas al equipo de interconsulta que señalan quienes tienen tareas de gestión son, como se señaló, las mismas que se gestionan para los otros equipos: reuniones de equipo de salud mental, ateneos en el servicio de salud mental (sin participación de los médicos), cursos y supervisiones. Únicamente Alberto, del hospital Ramos Mejía, nombra reuniones con otros profesionales involucrados en el tratamiento de algún paciente como caso excepcional, por la aparición de algún conflicto, no como práctica sistemática.

Código	Sujeto	Referencia
22GA	Susana	Eso no se si te lo dijo Omar... los lunes hay reunión y también hay un curso. Y ateneos, obviamente.
23GD	Blanca	Y nos juntamos dos veces por semana y hacemos... casi hablamos de todo lo más que se pueda, los casos más difíciles, lo que sea que hay que supervisar, preguntar algo o si me tiene que contar algo, ese día se cuenta, jueves y viernes, porque es el día de mayor concurrencia.
24GP	Daniel	La reunión de servicio que es el primer miércoles de cada mes. Ahí se hace... bué, se ven todos los temas del servicio entre los cuales está interconsulta. Y después hacemos otra reunión con el área de interconsulta, específica, que son Moira y Natalia, más los otros que también hacen interconsulta.
25GR	Alberto	Los lunes hay...reunión de todo el equipo y ...periódicamente, cuando hay algún conflicto se pueden reunir con otras personas. Generalmente no todo el equipo sino los que tienen ese paciente. Generalmente hacíamos supervisiones una vez por mes pero ahora me parece que no están haciendo tan frecuente. Y cursos... no sé si este año lo hicieron, hay un curso que siempre se dio, que primero era solamente de interconsulta y después le agregamos interconsulta y guardia.

Capítulo 14

Discusión y conclusiones

14.1 La IC Psicológica en contexto

La interconsulta, como praxis específica del hospital general, se inscribe en un entramado complejo de discursos y prácticas que conforman el campo de la salud. Su conceptualización es objeto de múltiples debates teóricos y epistemológicos, dentro de los cuales se destacan los planteos del movimiento de Salud Colectiva que sitúan los procesos de promoción-salud-enfermedad-cuidado en relación con los contextos sociales e históricos en los que se inscriben, cuestionando los modelos reduccionistas. Como alternativa al paradigma positivista, surge el pensamiento complejo que interroga las interpretaciones unicasales, lineales o dicotómicas como los dualismos de salud-enfermedad, biológico-mental o individual-social. Acompañando desarrollos de la ciencia contemporánea, se proponen lógicas de lectura de los fenómenos en salud que contemplen su complejidad, como la teoría del caos, la fractalidad, la borrosidad y la topología (Almeida-Filho, 2006).

La salud mental tiene en la actualidad un lugar de suma importancia en el campo de la salud pública por su alta incidencia en la carga global de morbilidad, sin embargo no es priorizada en términos de políticas o niveles de inversión, quedando relegada respecto de otras áreas (Vigo, Thornicroft, & Atun, 2016). Una de las consecuencias de esta situación es que la brecha de tratamiento es muy amplia, por lo que grandes sectores de la población no reciben los cuidados necesarios (J. J. Rodríguez, 2009). Las recomendaciones de los organismos internacionales que abordan el tema apuntan a una mayor accesibilidad y mejora de los servicios de salud mental en los dispositivos generales de salud dentro de los cuales tiene un lugar de importancia el hospital general (OPS/OMS, 2014).

En Argentina, en el contexto de un sistema de salud marcado por una fuerte fragmentación, la dispersión de los centros de decisión y un modelo biomédico, la salud mental no cuenta con una red de efectores articulados que permitan poner en práctica los lineamientos establecidos en su legislación. A pesar de destacarse por contar a partir de 2010

con una ley totalmente dedicada a la salud mental que se enmarca dentro del modelo comunitario (OPS, 2013), a nivel nacional la asignación de recursos se distribuye según las antiguas concepciones de atención en hospitales monovalentes (OPS, 2013). En la Ciudad de Buenos Aires, que también cuenta con una legislación en materia de Salud Mental en varios aspectos precursora de la ley nacional, la red de salud mental tampoco ha recibido la atención ni los recursos suficientes para la implementación de políticas que tiendan a mejorar la situación (Ministerio Público Tutelar de CABA, 2014). Los hospitales generales que forman parte de una enorme capacidad instalada del subsector público de salud en la ciudad, son un escenario privilegiado para el desarrollo de programas y equipos que apunten al trabajo interdisciplinario y a la integración de la salud mental dentro los sistemas generales de salud. Además, la Argentina y en particular la Ciudad de Buenos Aires, cuentan con una alta proporción de psicólogos por habitante que supera la proporción del resto de los países de la región (OPS, 2013). En este espacio de potencialidades se ubica la IC, que implica el encuentro de diversos discursos en torno a la salud, su relación con la salud mental y los posibles abordajes de las complejidades que se despliegan. Sin embargo, los equipos de IC no encuentran un lugar de relevancia dentro del hospital general, en la mayoría de los hospitales no se constituyen equipos de IC propiamente dichos y no se establecen tareas de enlace con otros servicios como práctica habitual (Fabrissin, 2011; Fabrissin, Foks, González Moreno, & Zurita, 2011; Sala, 2002).

De la literatura internacional que aborda la temática de las dificultades en el funcionamiento de los dispositivos de IC surge la necesidad de explorar factores locales (Gala et al., 1999; Wilkins, 1992) y emprender estudios cualitativos que permitan comprender el fenómeno desde la mirada de los actores involucrados (Fava et al., 2010; Huyse, 2009; G. C. Smith, 2009). En el presente estudio se ha adoptado el enfoque de las representaciones sociales de los profesionales involucrados en la práctica de la IC desde tres perspectivas: los

médicos que la solicitan, los psicólogos que responden a los pedidos y quienes ejercen tareas de gestión de los equipos de IC, en el contexto de cuatro hospitales generales del subsector estatal de la Ciudad de Buenos Aires.

Los cuatro hospitales generales de CABA que participaron del estudio contaban con servicios de las principales especialidades médicas y quirúrgicas, recibían un caudal importante de pacientes y eran hospitales de cabecera de áreas programáticas en la articulación entre éstas y las regiones sanitarias. Todos ellos tenían servicios de salud mental que daban respuesta a la demanda de atención ambulatoria por Consultorios Externos y a la demanda interna a través de los equipos de IC, siendo el Hospital Pirovano el único que contaba con sala de internación de Salud Mental, aún no inaugurada. Sería el cuarto de un total de quince hospitales generales de la CABA en ofrecer camas de internación por salud mental.

Uno de los elementos que sobresalieron en la contextualización de las prácticas de IC fue la distribución de los profesionales en los distintos equipos de atención dentro de los servicios de salud mental, considerando que es indicativa del lugar que tiene la IC. La mayoría de los profesionales se desempeñaban en consultorios externos, sólo el 20,17% en promedio en los cuatro hospitales realizaba alguna tarea de IC, en muchos casos no de forma exclusiva. Este porcentaje incluye a los psiquiatras de planta nombrados para la sala de internación del Pirovano que, por no estar en funcionamiento en aquel momento, trabajaban en IC. La diferencia entre profesionales dedicados a IC versus consultorios externos se vio acentuada en el caso de los psicólogos, de los cuales solo el 15,16% en promedio en los cuatro hospitales se dedicaba a hacer IC, mientras que el porcentaje mayor lo hacía en otros equipos. Con respecto a la experiencia de los profesionales que tienen a cargo prácticas de IC, cabe destacar los profesionales de planta dedicados a IC constituían el 4,2% del total de psicólogos en promedio de los cuatro hospitales. Los equipos de IC se encontraban sostenidos

principalmente por profesionales en formación, es decir residentes y concurrentes que permanecían realizando esta tarea entre 6 y 12 meses. Esto coincide con los datos de la bibliografía acerca de la situación global de la IC, que indican que se trata de una práctica realizada mayormente por profesionales con poca experiencia y con alta rotación (Huyse et al., 2001).

Un estudio que relevó equipos de IC en hospitales generales del interior de la Argentina presenta datos que también coinciden con esta tendencia (Fabrissin et al., 2011). La dedicación de los recursos de salud mental a otros dispositivos de atención en los hospitales generales de CABA puede relacionarse con el dato de que en 2014 sólo el 10,43% del total de consultas de seguimiento de pacientes (n:46.253) fueron interconsultas (Departamento de estadísticas de Salud MSGC, 2014). Es decir que, desde la organización y gestión de los Servicios de Salud Mental, la IC no es una práctica a la que se le da un lugar de importancia desde la perspectiva de la asignación de recursos. Esto puede estar relacionado con la falta de investigación local sobre el tema, incluyendo estadísticas, análisis de derivaciones y resultados, que se plantean como centrales a la hora de abogar a nivel institucional por contar con más cantidad de psicólogos en los equipos de IC (Piazza-Waggoner et al., 2013). Asimismo, puede establecerse una conexión con las respuestas que propone el modelo biomédico a las preguntas por temas bio-psico-sociales, únicamente en el plano orgánico (Menéndez, 2003).

Desde los otros servicios tampoco se observó que fuera una práctica muy requerida, siguiendo con una tendencia que se observó en los principales estudios sobre el tema realizados en hospitales generales en otros países (Bourgeois et al., 2005; Christodoulou et al., 2008; De Jonge et al., 2001; Huyse et al., 2000). En esta investigación, a pesar de tratarse de cuatro hospitales con un número elevado de camas ocupadas, que por formar parte del sector estatal asiste a la población de mayor vulnerabilidad en términos de situación social, laboral y

de vivienda que requeriría un abordaje interdisciplinario en salud, los porcentajes de pacientes internados atendidos en IC por Salud Mental eran escasos (ver tabla 17).

Tabla 17

Porcentajes de pacientes atendidos en IC sobre promedio pacientes día. Años 2014-2015.

	Año	Promedio pacientes día	Porcentaje de pacientes atendidos en IC por SM
Htal. Argerich	2014	292,62	2,99%
Htal.Durand	2014	195,47	5,36%
Htal.Pirovano	2014	223,25	3,38%
Htal.Ramos Mejía	2015	280,55	1,78%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Departamento de estadísticas de Salud MSGC y datos provenientes de esta investigación.

Esto representa un desafío para las áreas de la salud interesadas en generar condiciones para la atención integral de pacientes internados, que considere las complejidades y las múltiples dimensiones de los procesos de salud-enfermedad-cuidado. Las representaciones y prácticas de los actores involucrados juegan un papel de importancia como lo demuestran los estudios cualitativos que se encararon en otros países acerca de estos aspectos (Liggins & Hatcher, 2005; Solar, 2002).

14.2 Representaciones sociales, Transferencias de trabajo y Prácticas de la Interconsulta Psicológica

Partiendo de la base de que las representaciones sociales son una elaboración colectiva “de un objeto social por parte de la comunidad con el propósito de comportarse y comunicarse” (Moscovici, 1963, p. 251) y que “en los campos profesionales, expresa la manera en que los actores se sitúan con relación a su actividad y a sus compañeros, así como frente a las normas y roles vigentes en el espacio de trabajo” (Jodelet, 2011, p. 134), se tomó como punto de partida del análisis la idea de que las representaciones se encuentran entramadas con los modos de establecer lazos sociales y con las prácticas que se ejercen. Se

ubicó como eje a las representaciones que se extrajeron de los discursos de los tres grupos de profesionales entrevistados, para luego articular a éstas las transferencias de trabajo y las prácticas que describieron. Los diversos temas que emergieron de los discursos permitieron ordenar esas representaciones según su articulación a las concepciones acerca de la salud en general, la salud mental y la interconsulta (ver Figura 18).

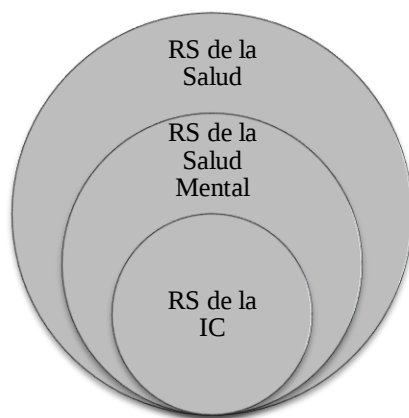


Figura 18. Organización de las representaciones en tres esferas de pertenencia.

Fuente: Elaboración propia

Se estima, a partir de la lectura de datos, que las representaciones más consolidadas serían sobre salud al tratarse de un tema de sentido común más naturalizado, siguiendo una coherencia paradigmática estarían las representaciones sobre salud mental y, como tema más específico pero conservando cierta lógica del paradigma, las representaciones sobre la interconsulta. Este ordenamiento se propone a partir de la idea de que las representaciones sociales presentan diversos grados de fuerza simbólica, aceptación y legitimidad dentro de los diversos grupos que conforman las sociedades (Rodríguez Salazar, 2007).

Las concepciones sobre la salud podrían considerarse contenidos hegemónicos que poseen mayor poder simbólico y tienden a ser asumidos como naturales dado que su carácter de construcción social permanece invisible. En este sentido, pueden relacionarse con las ideologías, que conforman el trasfondo de las RS (Castorina & Barreiro, 2006), así como con la noción de paradigma que constituye una visión del mundo a partir de la cual se extrae un conjunto de generalizaciones simbólicas (Almeida-Filho & Silva Paim, 1999). Las

concepciones sobre salud mental pueden considerarse contenidos grupales, también denominados emancipados o normativos, cuya fuerza simbólica quedaría más acotada dado que su aceptación está sujeta a las condiciones de pertenencia de los actores a grupos sociales y a las fuentes de autoridad que identifican. Por último, se podría considerar a las representaciones sobre la interconsulta como contenidos polémicos, es decir aquellos que se discuten más abiertamente, se relativizan, generan dudas o particularización de significados. Son asimismo aquellos aspectos de las representaciones privilegiados para introducir cambios, entendiendo a las representaciones sociales como redes, con dinamismos que responden a configuraciones sociales, grupales y comunicacionales (Moscovici, 1988). Los contenidos polémicos, en este caso acerca de la IC, “tienden a socavar la facultad o validez universal construida por los contenidos hegemónicos, así como los contenidos normativos contruidos dentro del grupo social, para hacer valer nuevos contenidos o excepciones de significación o práctica” (Rodríguez Salazar, 2007, p. 179)

14.2.1 Representaciones sobre Salud

Las representaciones acerca de la salud que se rastrearon en este estudio se pueden vincular con el paradigma dominante en el campo de la salud, que se fundamenta según Almeida-Filho y Silva Paim (1999) en una serie de presupuestos comprendidos en la denominación de positivismo, que considera que la realidad determina el conocimiento, siendo posible un abordaje inmediato del mundo, las cosas y los hombres. En los discursos de los médicos entrevistados, las concepciones en salud la ubicaban en el terreno de un abordaje del cuerpo enfermo como objeto real, no mediatizado por construcciones sociales, culturales o económicas (ver Figura 19). De acuerdo con esto, sus prácticas médicas quedaban delimitadas excluyendo o subordinando las dimensiones no biológicas. Uno de los temas principales que emergió de las entrevistas relativo a esta representación es la idea de que el médico se ocupa únicamente de lo orgánico, junto a la primacía de la curación en términos de intervención

sobre el cuerpo y de efectividad asociada a esas acciones. Estas concepciones daban soporte a la invisibilización de lo institucional y a la exclusión de lo social, que no se consideraba que formara parte del proceso salud-enfermedad-atención. La situación socioeconómica, de vivienda, la falta de una red de contención familiar o la patología psiquiátrica quedaban al margen del quehacer del médico no psiquiatra. Menéndez (2003) afirma:

La biomedicina sigue depositando sus expectativas en el desarrollo de una investigación biomédica que da lugar al surgimiento de explicaciones biológicas de los principales padecimientos y de soluciones basadas en la producción de fármacos específicos, así como incide en la constante biologización de las representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención. (p.193)

Desde esta perspectiva, el enfoque biomédico reduce un campo de mayor amplitud y complejidad a un único eje, el biologismo como fundamento de diagnósticos y prácticas, núcleo de la formación médica. El escaso lugar que se le da a otros discursos, entre ellos el de la salud mental, se puede relacionar con el resultado de amplios estudios, como lo demuestra la revisión de Bourgeois y cols. (2005) de 19 artículos abarcando a más de 20.000 pacientes, que establecen que las derivaciones a IC con salud mental se producen a partir de diagnósticos psiquiátricos muy evidentes, sugiriendo que los bajos índices de derivación se conectan con la dificultad de los médicos para reconocer el padecimiento mental o emocional de los pacientes internados, o no considerarlo lo suficientemente relevante. También se han estudiado las actitudes estigmatizantes hacia la patología mental y los psiquiatras (Creed, 1991; Graber et al., 2000; Lawrie et al., 1998; Liggins & Hatcher, 2005; Mukherjee, Fialho, Wijetunge, Checinski, & Surgenor, 2002; Solar, 2002). En relación a la actitud, que se dirige a un objeto, Moscovici y Marková (1998) afirman que se refiere a la representación que se tiene de ese objeto, por lo tanto la actitud es un aspecto de la representación. Desde la perspectiva que aporta el psicoanálisis para el análisis de las transferencias, se podría decir

que en tanto las transferencias de los médicos se dirigen exclusivamente al discurso biomédico, la relación a los otros discursos se ve obstaculizada.

En suma, se podría situar al biologismo como uno de los elementos preponderantes de la representación de salud de los médicos, que opera a niveles no necesariamente conscientes y que tiene relación con las prácticas ordenadas principalmente en torno a las intervenciones sobre el cuerpo. En ese sentido se puede comprender que la idea de interdisciplina haya aparecido en muy pocas entrevistas y que haya quedado suplantada por la de complementariedad de especialidades médicas. A su vez, también podría pensarse que esa concepción hegemónica es la que entra en crisis al toparse con situaciones que desbordan las explicaciones lineales, unicasales y reduccionistas.



Figura 19. RS de la salud: médicos.

Fuente: Elaboración propia

Las representaciones acerca del campo de la salud que se pudieron ubicar en los discursos de los psicólogos también se encontraban atravesadas por el discurso de la biomedicina, principalmente en torno al tema de la presencia del cuerpo y de la medicina, en

la práctica de la IC psicológica (ver Figura 20). En relación a esta idea aparecía la de estar poco formados para trabajar en hospitales y para lidiar con la presencia de la enfermedad corporal, ubicando como propio el encuadre de la entrevista en consultorio externo y como ajeno el de la sala de internación. Esto puede relacionarse con una representación de los procesos de salud-enfermedad-cuidado bajo la égida del cuerpo, el saber médico y la eficacia curativa de sus tecnologías.

La idea de eficacia se hacía presente en la exigencia por parte de los médicos, según la percepción de los psicólogos, de que su práctica sea eficaz en los mismos términos propuestos para la medicina. Jullien (1999) ubica la noción de eficacia en relación con la tradición de pensamiento europeo, que parte de un modelo ideal y a partir de allí diseña los medios que conduzcan de la manera más directa y rápida a los fines trazados como objetivos por el modelo ideal. Como contraposición, propone pensar el término eficiencia que no se rige con la lógica de medios y fines sino que apunta a los procesos, a hacer crecer progresivamente el efecto a través de un desarrollo. En este sentido, la eficacia biomédica bajo la lógica de medios y fines, era sentida por los psicólogos como el ideal que opacaba cualquier intervención alternativa ante la mirada de sus colegas. Se podría pensar que estas percepciones tienen relación con las contradicciones propias del campo psicológico, abiertas a partir de las premisas naturalistas y positivista sobre las que se erigió inicialmente (Foucault, 1994). Sin embargo, estas concepciones convivían con otras ideas que permitían cuestionar su pregnancia y sus efectos. Los psicólogos contaban con posibilidades de interrogar los ideales de curación de la medicina y ayudar a los médicos a reflexionar, por ejemplo cuando algo del tratamiento o las decisiones de los pacientes los ponían en cuestión. Estas posibilidades pueden tener relación con la formación dentro de las ciencias sociales, a diferencia de la formación médica, muy orientada hacia la biología (Menéndez, 2003). También con las tradiciones filosóficas en las que se funda la psicología, que enmarcan la interrogación acerca

de los procesos psicológicos en concepciones acerca del ser y la razón, intentando dar soporte a la ética y la epistemología (Vezzetti, 1998). Estas tradiciones fundantes han sido retomadas por los discursos dentro del campo que apuntan a la subjetividad, alejándose de las psicologías que se proponen como pura tecnología, simplificando las complejidades (Canguilhem, 1958).

Una de las ideas que aparecía en el discurso de los psicólogos era que los médicos solicitaban IC a partir de ciertos prejuicios, que en verdad traducían dificultades para hacer lugar a algo diverso o discordante con los modelos ideales. Se podría plantear que estos modelos respondían a concepciones de salud equivalentes a la “normalidad” en términos positivistas, con su deslizamiento hacia lo esperable y lo “sano”, así como a conducta socialmente adaptada en términos de salud mental (Stolkiner, 1988). En cuanto a las prácticas en salud que se ordenaron históricamente en torno a estas concepciones, se pueden subrayar los componentes morales, educativos o de control de las conductas dirigidos privilegiadamente a los sectores más empobrecidos de la sociedad, basados en representaciones individualistas y utilitaristas (Comes, 2006).

La dimensión de lo social también ocupaba un lugar de importancia en el discurso de los psicólogos que la ubicaban como uno de los temas que interrogaba al médico en su función, generando pedidos de IC. A su vez, constituía un problema para los psicólogos que se resolvía en términos de posturas personales más que grupales o consensuadas, por lo cual se estima que las representaciones sobre salud en juego no integraban lo social como inherente al campo. En un trabajo de exploración cualitativa acerca de las dificultades en la implementación de programas de salud en el ámbito de la provincia de Buenos Aires, se ubica una paradoja en la que el discurso social se encuentra:

El saber médico adjudica a lo social una parte del problema, pero no le reconoce incumbencia en la práctica de atención; en tanto el discurso social enfrenta

paradójicamente esa exclusión: concuerda con la lógica médica en la asistencia pero al mismo tiempo resiste dicha negación. (Fränkel, 2002, p. 65)

Otra investigación llevada a cabo en hospitales de la ciudad de Buenos Aires, explorando discursos de psicólogos y psiquiatras en torno a la incidencia de las cuestiones sociales en los padecimientos de los pacientes, encontró que estas desafían los marcos teóricos de los profesionales así como las posibilidades de intervención y resolución. Entre las conclusiones que se extraen se destaca el hecho de que si bien los psicólogos y psiquiatras reconocen la presencia de distintas dimensiones en juego a la hora de reflexionar sobre la salud, la interrelación e integración de las mismas se desconoce al momento de definir las intervenciones, en las que las problemáticas sociales que hacen al sufrimiento de los pacientes quedan fuera del campo que consideran propio a su acción profesional (Bialakowsky, Rosendo, Costa, Dimarco, & García, 2003).

Con respecto a la dimensión institucional, también es posible ubicar su lugar de exclusión en la reflexión médica según los psicólogos, junto a las dificultades de su propio discurso para poder incluirlas. La idea que planteaban era que se trataba de algo que no era posible modificar, ante lo cual aparecían sentimientos de impotencia. Esta posición apareció en otros estudios cualitativos acerca de la relación de los profesionales de la salud con las instituciones en las que trabajan (Fränkel, 2002; Zaldúa et al., 2010; Zaldúa, Bottinelli, Lodieu, Gaillard, & Nabergoi, 2003).

Es decir que con respecto a la representación de salud, convivían elementos provenientes de diversos cuerpos conceptuales, en los que la perspectiva positivista y biomédica tenía un peso importante, generando paradojas al convivir con concepciones subalternas provenientes de otros discursos.



Figura 20. RS de la salud: psicólogos.

Fuente: Elaboración propia

Los profesionales con tareas de gestión, también expresaron su idea acerca de la pregnancia del modelo biomédico en el hospital, las dificultades que acarrea en las prácticas y en la inclusión de Salud Mental dentro de la salud en general. Dos de las entrevistadas ubicaron la pregnancia del modelo médico afectando tanto a los médicos como a los pacientes, señalando la dificultad que surge respecto de poder reflexionar acerca de la relación médico-paciente, como efecto del avance de un discurso que queda adherido a las conquistas técnicas del campo, así como la imposibilidad de incluir la idea de muerte bajo las premisas de este discurso. La dificultad de los médicos respecto de la muerte fue analizada en varios estudios en los que se plantea una deficiencia en la formación para abordar la temática, la importancia de las ansiedades asociadas a la representación de la muerte y el rechazo como actitud prevalente a partir del avance de la medicina en el siglo XIX (Boceta Osuna, Galán González-Sema, Gamboa Antiñolo, & Muniain Ezcurra, 2017; Gómez Sancho, 2006; Hernández Cabrera, González García, Fernández Machí, & Infante Pereira, 2002; Hernández Cabrera et al., 2002; Mercado García et al., 2016). Sin embargo, siendo la IC una práctica privilegiada para generar posibilidades de integración y de interlocución, las representaciones

acerca del equipo de IC de los profesionales con tareas de gestión sólo en un caso incluían a los médicos no psiquiatras como parte del equipo (ver Figura 21). Estas ideas coinciden con aquellas que se formulan en las principales Guías Clínicas sobre interconsulta psiquiátrica, en las que se recomienda la conformación de equipos de IC integrados por psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, mientras que el trabajo con otros servicios se encuadra en las actividades de enlace, basadas principalmente en actividades de docencia (Bronheim et al., 1998; A. Leentjens et al., 2009). Es decir que en relación a la conformación de los equipos se mantenían las separaciones entre saberes disciplinares y la forma de transmisión implicaba lugares de saber y otros de recepción del conocimiento. Se podría plantear que en pos de lograr mayor integración entre profesionales es necesario introducir cambios a nivel de los dispositivos de atención que faciliten los abordajes conjuntos. Una de las posibilidades estudiadas es la implementación de consultas interdisciplinarias en las que participan médicos y psicólogos; en un estudio realizado en el Hospital de Clínicas de la ciudad de Buenos Aires, se concluyó que se trata de una herramienta valiosa para poder abordar situaciones complejas, de alto impacto emocional para las pacientes, familiares y equipo tratante (Sorgen & Calzetta, 2014). Sin embargo, en otro estudio en el que se comparó las preferencias de médicos clínicos entre dispositivos interdisciplinarios y consultas en las que se encontraban solos con el paciente, se vio que a pesar de reconocer la utilidad del dispositivo conjunto preferían el encuadre tradicional (Bellardita, Donegani, Spatuzzi, & Valdagni, 2011). En dicho estudio se recomienda abordar los obstáculos a nivel de la organización y del trabajo en equipo para fomentar la implementación de enfoques interdisciplinarios.

Es decir que si bien en términos teóricos aparecía la idea de mayor integración, la concepción de salud en juego conservaba la mirada positivista del abordaje disciplinar. Se puede plantear que para llevar adelante prácticas que apunten a abordajes integrales, a nivel de la gestión se requeriría una visión de salud pública participativa en la cual las acciones en

salud tiendan a pensarse en términos de construcción colectiva, lo que podría habilitar el planteo de otras configuraciones para los equipos de IC. En ese sentido, Stolkiner (2005) plantea que “en el espacio hospitalario y de atención de mayor complejidad lo esperable sería pasar de la ‘interconsulta’ a la integración de acciones de salud mental en los servicios” (p.7). La idea de salud sería la de proceso, que implica el reconocimiento de las formas instituidas de respuesta social como fuerzas también productoras del mismo, tanto en el nivel concreto como en el nivel simbólico (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012).

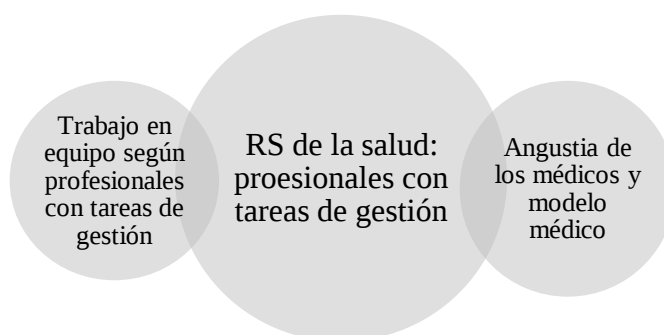


Figura 21. RS de la salud: profesionales con tareas de gestión

Fuente: Elaboración propia

14.2.2 Representaciones sobre Salud Mental

Las concepciones acerca de la salud mental guardaban relación con las ideas acerca de la salud en general, pero a diferencia de lo que se sostiene a nivel hegemónico, estas podrían situarse a nivel de las representaciones grupales o emancipadas, es decir aquellas que dan cuenta de sentidos compartidos por grupos específicos. Se trata de significados que legitiman la aceptación de ciertos contenidos culturales, pero a su vez son capaces de limitar su impacto (Rodríguez Salazar, 2007). Así, se captaron divergencias en las ideas acerca de la salud mental sostenidas por médicos, psicólogos y profesionales con tareas de gestión.

En los discursos de los médicos, la salud mental aparecía como un saber que debería complementar al de la medicina, aportando respuestas para aquello que excede el marco del tratamiento del cuerpo (ver Figura 22). Los médicos separaban aquello que según su perspectiva se enmarcaba en el campo médico, los trastornos psiquiátricos, y lo que podría corresponder al terreno de la psicología, principalmente la angustia de los pacientes. La psicología quedaba, según esta representación, relegada al lugar de una contención simple y directa, que no requeriría de ningún saber particular más allá de disponer del tiempo para hablar. Desde esta perspectiva, se consideraba que las “soluciones” no provenían de los psicólogos sino de los médicos psiquiatras que contaban con el recurso a la medicación. Según Restrepo y Jaramillo (2012), la concepción biomédica de la salud mental reduce lo “mental” a un proceso biológico por lo que lo patológico en este campo sería la manifestación de desarreglos en diferentes procesos cerebrales, que mediarían en el funcionamiento psicológico, por lo que la personalidad, el comportamiento, los afectos, las emociones y los pensamientos se suponen determinados por causas físicas. Por consiguiente su abordaje se centra en la atención profesional por parte de especialistas cuyo enfoque terapéutico se basa en la farmacoterapia fundamentalmente.

Sin embargo, junto a estas ideas aparecía otra vertiente en la que se esperaba que la psicología pudiera resolver o lidiar con las situaciones de mayor complejidad para los médicos. Gamsie (2009) señala, respecto de las demandas que se dirigen a la IC con psicología:

¿qué se espera de nosotros -qué se espera más anónimamente del psicoanálisis, de la psicología o de la psicopatología-, más allá de los prejuicios que dentro de las instituciones hospitalarias pueden tener los médicos en relación a aquellos de sus colegas que se ocupan de lo que no funciona en el campo de la locura? (...) con

claridad la ilusión fantasmática de un saber total, respecto del cual se pretende deberíamos estar a la altura de desempeñarnos. (p.13)

Las temáticas en los discursos que recorren ese borde de imposibilidad, donde la medicina no dispone de elementos para resolver o aliviar, tocaban puntos de angustia para los médicos, como los diagnósticos a pacientes jóvenes, situaciones de abandono o carencia de recursos, lo que obstaculizaba el acto médico o se presentaba por fuera de lo esperable. En ese borde, la psicología aparecía como un recurso a veces valorado y a veces tildado de ser poco eficaz. Se puede relacionar con los desarrollos freudianos acerca de la transferencia, dado que sitúan su emergencia en conexión con elementos traumáticos, es decir aquellos que exceden las posibilidades simbólicas de tramitación. Una hipótesis en este sentido sería que frente a la incompletud del saber biomédico, la transferencia se dirige hacia la psicología en donde se deposita la esperanza de sostener instancias de garantía y protección, para volver al discurso médico ante la falta de respuesta. Estas dos vertientes estaban presentes en los planteos que realizaban los médicos acerca la idea de mayor trabajo en equipo con los psicólogos.



Figura 22. RS de la salud mental: médicos.
Fuente: Elaboración propia.

Los psicólogos por su parte tenían una representación de salud mental sostenida en la idea de subjetividad y el establecimiento de lazos (ver Figura 23). La cuestión de la subjetividad orientaba sus intervenciones, tanto con los pacientes a quienes creían dar una oportunidad para el advenimiento de esa dimensión, como con los médicos a quienes se trataba de introducir en una reflexión que los incluyera como sujetos. La propia subjetividad también estaba en juego en los temas que involucraban aquello que los angustiaba y los recursos para trabajar sobre esas cuestiones. El tema de la angustia fue permanente referencia en los discursos, relacionada con el encuentro con los cuerpos padecientes, la inminencia de la muerte y las fallas institucionales, situaciones en las que el profesional puede identificarse con el enfermo, carecer de los recursos para abordar el sufrimiento del paciente o verse afectado por el encuentro cercano con el fin de la vida de una persona. Es decir que estaría relacionada con puntos de vulnerabilidad extrema de los pacientes que le muestran a los profesionales su propia indefensión. En relación a esto, en un estudio en el que se investigó la relación entre empatía y actitudes hacia la muerte en el campo de la salud, se encontró que a mayor habilidad para “ponerse en los zapatos del paciente” existe una mayor actitud de evitación y miedo a la muerte (Mercado García et al., 2016). Otros estudios que exploran la capacidad empática de los médicos, señalan que disminuye a lo largo de la formación médica (Batt-Rawden, Chisolm, Anton, & Flickinger, 2013) y que suele estar más presente en aquellos médicos cuya especialidad implica un vínculo con el paciente, a diferencia de especialidades que trabajan con tecnologías (Saucedo-Chinchay et al., 2012). Los estudios acerca del síndrome de burn-out refrendan que las profesiones que implican relaciones con otros, cuyo eje es la ayuda y el apoyo ante los problemas del otro, están expuestas a altos niveles de stress que requieren estrategias de afrontamiento, que en algunos casos pueden consistir en ideologías defensivas que construyen los colectivos, sistemas de apoyo o construcción de redes (Zaldúa et al., 2010). Desde la perspectiva del psicoanálisis, el desvalimiento puede ser

ubicado en términos del mayor trauma para el ser humano, es decir cuando se confronta con la incerteza y lo imposible bajo diversas modalidades y no dispone de elementos simbólicos para su tramitación. Este mismo punto es el que motiva el establecimiento de lazos con otros, en quienes apoyarse (Freud, 1930).

La impronta de la idea de subjetividad en la representación de salud mental puede establecerse en cuanto que marcó la configuración misma del campo de la psicología (Canguilhem, 1958), que se orientó hacia una reflexión sobre las contradicciones del hombre consigo mismo (Foucault, 1994), en el marco del advenimiento de la era moderna en occidente y el impacto fundante de las revoluciones filosófica, científica, política y económica. La subjetividad es uno de los ejes a través de los cuales se retoma aquello que excede al marco de la ciencia moderna en tanto ciencia positiva y que, en los discursos acerca de la salud mental, puede abrir el debate hacia un paradigma complejo o ser uno de los puntos a partir de los cuales se cuestiona a la psicología por cierta inconsistencia teórica y falta de científicismo, que se acompaña de una autopercepción de estar en crisis (Vezzetti, 2007). Estas cuestiones aparecieron en las representaciones de salud mental de los psicólogos que la ubicaban como relegada en el hospital general y, en muchas ocasiones, pensada bajo la lógica de las especialidades médicas.

La idea que predominaba acerca de las posibilidades de desplegar recursos para la inclusión de la subjetividad y para poder sortear los obstáculos en la relación con los médicos era la necesidad de establecer lazos de trabajo entre profesionales. Aparecía con fuerza en los discursos de los psicólogos la consideración de que tenía efectos positivos sobre las prácticas. Es decir que ponían de relieve que el trabajo conjunto mejoraba la comunicación y el entendimiento, facilitando la tarea, a pesar de suponer que el peso de la formación médica era importante en cuanto al lugar que los médicos le daban a la psicología. También se relativizaba el peso de la formación de grado propia, ya que planteaban que la adquisición de

las herramientas para trabajar en el hospital se las brindaba la práctica y el vínculo con otros profesionales con más experiencia.

Desde distintas perspectivas teóricas es posible ubicar que el trabajo con otros genera amplias posibilidades de cambio en las representaciones que se tienen respecto de los objetos y en las prácticas o actos en torno a ellos. Una de esas vertientes es la idea misma de la psicoterapia que en base a un lazo o vínculo social, produce efectos a nivel de los pensamientos, creencias, acciones, etc. Otra se relaciona con las intervenciones institucionales o a nivel comunitario que abriendo posibilidades de reflexión y trabajo grupal permiten la construcción de saberes sociales en sus diversos niveles (Cruz, Freitas, & Amoretti, 2008). El saber social es entendido como construcción que involucra varias dimensiones: la dimensión simbólica que determina y mediatiza todos los procesos sociales, la dimensión de lo comunitario y la dimensión cultural que contempla las tradiciones, los comportamientos, las reglas, los modos de vivir y hacer las cosas que dan identidad a un grupo humano (Cruz et al., 2008).

Cabe destacar que la construcción de lazos entre profesionales se les planteaba como difícil de realizar debido a las permanentes rotaciones y la falta de comunicación entre servicios, lo cual los conducía a un abordaje individual. Coincidiendo con esto, se ha reportado que una de las percepciones de trabajadores de la salud del subsector público de nuestro país consiste en considerar que los problemas que afectan su desempeño se encuentran lejos de su campo de acción (Zaldúa, Bottinelli, Lodieu, Gaillard, & Nabergoi, 2003). En el mismo estudio se propone que los dispositivos de investigación-acción grupales y participativos ofrecen un espacio para la transformación y la generación de significaciones instituyentes (Zaldúa et al., 2003).

En suma, las ideas acerca de la salud mental en juego para los psicólogos se apoyaban en la concepción de subjetividad como efecto de las determinaciones sociales, culturales y

familiares, por lo que no se partía de supuestos psicopatológicos de normalidad y enfermedad mental individuales. Se podría pensar que estas representaciones portaban elementos de lo que Restrepo y Jaramillo (2012) denominan el enfoque socioeconómico de la salud mental, que plantea una crítica a la normalización, a la medicalización, al individualismo y a la centralidad de las intervenciones focalizadas en la noción de estilo de vida. Sin embargo, al no encontrar espacios sostenidos de intercambio y diálogo con los médicos y otros profesionales, que quedaban en el plano de una utopía, otras representaciones cobraban fuerza, ligadas a un abordaje de lo mental con mayor peso de lo individual.



Figura 23. RS de la salud mental: psicólogos.

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a los profesionales con tareas de gestión, la representación de salud mental apuntaba a la conflictividad interna y externa que presentaba (ver Figura 24). La idea que aparecía en los discursos era que el ámbito de la salud mental se encontraba atravesado por disputas entre profesionales, que a su vez tenían una formación universitaria orientada hacia un ejercicio de la profesión limitado al encuadre de atención individual ambulatoria. Asimismo, aparecía la concepción de que la salud mental quedaba excluida parcialmente en el

hospital general dado que no se llegaba a comprender su función, cuestión que quedaba sujeta a las particularidades de los médicos y a su formación según especialidades. Con respecto a esta situación, los profesionales con tareas de gestión relataron distintos modos en los que la organización interna de los equipos de salud mental había producido cambios positivos en las prácticas y en las relaciones con los médicos de otros servicios. Sin embargo, también referían que las dificultades parecían no haberse zanjado.

Podría pensarse que la solución disciplinar, es decir aquella que se planteó sostenida desde salud mental, que implicó movimientos y reorganizaciones dentro de su mismo campo sin intervenir ni avanzar sobre otras disciplinas, no fue suficiente. La concepción de interdisciplina que pudo recortarse en los discursos no apuntaba al desborde de los campos disciplinares sino que se pensaba dentro de los límites de Salud Mental, es decir entre psicólogos y psiquiatras. Solo una entrevistada incluyó a los médicos de otros servicios en la idea de interdisciplina.

Distintos autores de relevancia han destacado la importancia y la necesidad de ir más allá de las disciplinas. Morin (1998) señala que el progreso de las ciencias se produce rompiendo el aislamiento disciplinar y generando concepciones organizativas que permiten articular los dominios disciplinarios en un sistema teórico común. En la misma línea, para operacionalizar la idea de complejidad en salud y que una comunicación interdisciplinaria efectiva se establezca, Almeida-Filho (2006) sostiene que será imprescindible compartir lenguajes y estructuras lógicas y simbólicas, lo cual no es privilegio exclusivo de los campos de la ciencia sino que serán los resultantes de las prácticas sociales. En relación a la práctica en los equipos de salud, Stolkiner (2005) ubica que lo interdisciplinario se manifiesta cuando la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión.

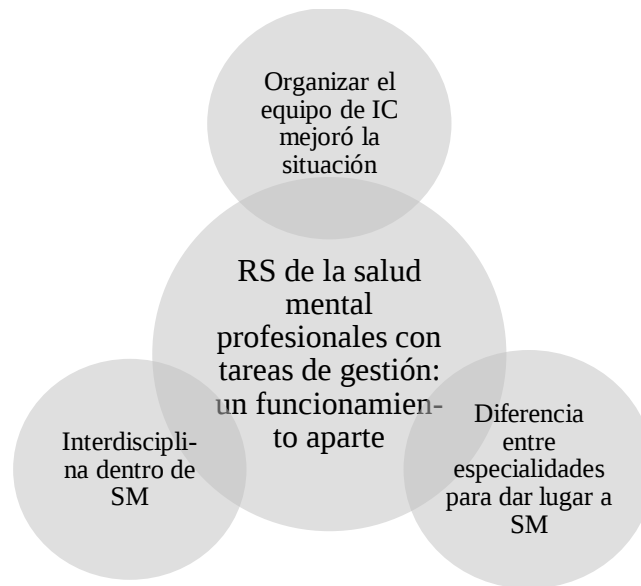


Figura 24. RS de la salud mental: profesionales con tareas de gestión.

Fuente: Elaboración propia

14.2.3 Representaciones de la Interconsulta Psicológica

Siguiendo con la idea del ordenamiento de las representaciones o sus contenidos según su potencia simbólica y su nivel de aceptación, las representaciones de la IC podrían situarse a nivel de las representaciones polémicas que implican cierto grado de discusión abierta y se asumen con cierto grado de relativismo (Rodríguez Salazar, 2007). Las representaciones de la IC que se pudieron recortar en los discursos de los sujetos apuntaban a dos ideas diversas acerca de esta práctica: por un lado la IC con psicología aparecía enmarcada en la idea de consulta entre especialidades médicas, es decir dentro del modelo médico y por otro lado, como un espacio de integración de saberes y de apertura (ver Figuras 25 y 26). Ambas concepciones se entrelazaban con modos diversos de entender la salud mental y la salud en general.

En la línea de la salud pensada dentro del modelo positivista (Almeida-Filho & Silva Paim, 1999), y de la salud mental dentro de las concepciones biomédicas o comportamentales (Restrepo & Jaramillo, 2012), la representación de la IC con psicología respondía a un intento por encuadrarla dentro de las prácticas de la medicina, excluyendo otras dimensiones

presentes en los procesos de salud-enfermedad-cuidado (ver Figura 25). El tema que ordenaba principalmente esta idea era que se trataba de una práctica que quedaba desdibujada y subsumida a la interconsulta con el psiquiatra, es decir siguiendo el modelo de consulta entre especialidades médicas. Según esta concepción, que aparecía principalmente en los discursos de los médicos, la labor del psicólogo era considerada secundaria al abordaje de otras variables. Así, la intervención por parte de psicología era descrita como una charla breve con los pacientes, sin ninguna rigurosidad o técnica, en la que se le daba al paciente la oportunidad de hablar debido a que se disponía del tiempo para hacerlo. En el mejor de los casos, era considerada como una contención para el paciente angustiado.

Esto se ligaba a la percepción de la propia práctica médica, en la que poder hablar con los pacientes era excepcional. La reducción de los espacios de palabra del paciente y del médico se relacionan con los procesos de avance de la tecnología en el campo de la medicina, las presiones institucionales que recaen sobre los profesionales que reducen su función a lo estrictamente curativo y los dispositivos de rotación permanente puestos en funcionamiento para protegerse del dolor que puede implicar el encuentro con la enfermedad y la muerte (Gamsie, 2009). En relación con este punto, una serie de investigaciones motivadas por los datos epidemiológicos de morbilidad encontrados en el personal sanitario, indagó las problemáticas de los trabajadores de la salud comprobando la existencia de un malestar creciente (Zaldúa et al., 2010). Uno de los ejes para situar dicho malestar es la consideración de las particularidades del objeto de trabajo: la enfermedad, la muerte, la angustia y la incertidumbre, factores que conducen a una sobrecarga emocional (Maslach & Jackson, 1982). A su vez, la caída del valor social de la profesión, la proletarización progresiva del profesional médico, asociado a la privatización y mercantilización del sector salud, la industria de los juicios por mala praxis y a las condiciones sanitarias de la población asistida, afecta las condiciones de producción de los actos de salud (Zaldúa et al., 2010). A esto se

suma la tendencia en la formación médica a la pérdida de la perspectiva humanista, orientándose hacia un saber-hacer de orden tecnológico (Gamsie, 2009).

Es preciso situar que los actos en salud están constituidos simultáneamente por una dimensión de cuidados y otra centrada en los saberes disciplinarios, por lo que el acto médico debería ser un proceso de escucha y la prescripción del tratamiento debería acontecer en el marco de ese vínculo, como parte de una estrategia integral de abordaje del problema (Stolkiner, 2017). El tema del cuidado, pensado desde una mirada multidimensional, no solo como símbolo de bienestar sino como práctica política, filosófica y ética, es una práctica discursiva ligada a la subjetividad y a la palabra, y fundamentalmente a la relación con el otro (Arcidiácono, Arfuch, Natenzon, & Raffin, 2015). Implica al acto de decir, en el que el sujeto se constituye a sí mismo y es constituido por los otros, lo cual requiere de alguien que escuche e incite a hablar. Testa (2002) liga la reducción de los espacios de diálogo en general, y en particular en el ámbito de la salud, con las condiciones de época y las nuevas formas globalizadas que adquieren los órdenes socio-políticos, en los que los objetos de consumo suplantando los espacios y tiempos en los que puede generarse un intercambio con otros. Esto es particularmente importante ya que el diálogo es lo que permite crear condiciones para la construcción del actor social como sujeto (M. Testa, 2002). Por lo cual, la reducción cada vez más pronunciada de los tiempos de consulta, la tendencia a protocolizar y tecnificar el acto en salud, disuelve la dimensión de cuidado y con ella, la dimensión que aloja la subjetividad (Stolkiner, 2017), tanto del paciente como de los otros actores involucrados.

Los psicólogos también sostenían aspectos de la representación de la IC ligada al modelo biomédico, particularmente los temas que giraban en torno a la idea de que la cuestión fundamental en la IC es el acto médico, aquello que daría su especificidad y la diferenciaría de la consulta ambulatoria. Se trataba de un tema polémico, ya que no había acuerdo respecto de la especificidad del rol del psicólogo en la IC. En la vertiente de la IC pensada desde la

complementariedad de especialidades, se apuntaba a ubicar dicho rol a partir del encuadre impuesto por la sala de internación, reduciendo la intervención a una colaboración con el médico. La simplificación de las complejidades en pos de una inclusión dentro de campos institucionales ya establecidos fue uno de los recursos históricos de la psicología en su búsqueda de aceptación (Vezzetti, 1998). Los significados en torno a esta temática se entrelazaban con las ideas acerca de la falta de preparación para lidiar con la presencia del cuerpo y la enfermedad, que remiten a las concepciones acerca de los procesos de salud-enfermedad-cuidado desde una perspectiva restringida. Estas ideas podrían ser algunas de las que inclinaban las preferencias de muchos profesionales psicólogos hacia otros dispositivos. Asimismo, se puede establecer algún orden de relación con que la IC constituya una práctica relegada.

Si bien las carreras de Psicología han sido creadas hace relativamente poco tiempo, el campo de la psicología a variado en muchos aspectos, como el número de profesionales, las leyes regulatorias del ejercicio profesional y los planes académicos, que han sido fuertemente determinados por los avatares políticos del país (Sigal, 2002). Los procesos económico-políticos que llevaron a una retirada de los estados de bienestar y a profundos cambios en el sistema de Salud Pública (Comes, 2006) impactaron en los modos de inserción profesional de los psicólogos y en las representaciones sociales de su quehacer profesional. En este sentido, se ha planteado que la prevalencia y valoración de lo privado e individual guarda relación con las políticas neoliberales, que afectaron el imaginario social y profesional de los psicólogos quienes, en su amplia mayoría, registran estar más capacitados para la atención en consultorio privado (Perez, 2012). Esto puede relacionarse también con lo que Gamsie (2009) denomina encuentros con la dimensión expuesta del dolor, que constituyen un obstáculo para los psicólogos preparados para operar con las formas de malestar que se juegan a nivel discursivo y que lleva a refugiarse en la supuesta asepsia de los consultorios externos.

En un sentido más amplio, las concepciones acerca de la salud como un proceso de carácter netamente individual, que desligándolo de la cultura y los modos de producción es remitido únicamente a variables biológicas, acompaña las diversas formas en las que el mercado avanza sobre aspectos de la vida de las poblaciones (Laurell, 2010). Puede ubicarse en la producción teórica en salud y en salud mental, bajo el modo de un resurgimiento del neobiologicismo que apropiándose de los desarrollos de las neurociencias y de la genética retorna a una explicación monocausal e individual (Stolkiner, 2003). Si bien los psicólogos entrevistados no asumían estas ideas, ubicándose en una posición contraria, se puede plantear que su eficacia simbólica se encuentra presente en la esfera pública, los medios de comunicación, las instituciones y los discursos sobre salud, considerando que en sus aspectos hegemónicos las representaciones sociales son coercitivas y fundamentalmente implícitas (Marková, 1996). Por otro lado, las tradiciones de la psicología que desembocaron en discursos que privilegian puramente la vía del sentido, desconociendo o relegando otros factores como los biológicos, pueden funcionar como obstáculos a la hora de abordar la interconsulta al no aportar elementos teóricos que favorezcan la integración de los diversos registros o dimensiones en juego.

Los profesionales con tareas de gestión, al desplegar sus ideas acerca de la IC, focalizaron en las diversas dificultades de los profesionales psicólogos, psiquiatras y médicos de otras especialidades. Si bien lo hicieron desde distintas perspectivas, coincidían en que existían varios obstáculos en este nivel. Una de las dificultades que señalaron es la poca afinidad de los psicólogos con el dispositivo, por tener una formación más orientada a otro tipo de atención, aunque la escasa disposición no era atribuida únicamente a los psicólogos sino también a los médicos psiquiatras. Asimismo situaron obstáculos para que psicólogos y psiquiatras trabajen en conjunto, mientras que del lado de los médicos de otras especialidades señalaron que solicitaban IC bajo criterios erróneos o en forma tardía.

Todas estas situaciones se pensaban dentro del ámbito de lo individual de los profesionales o en términos de la formación, tanto de grado como la que aporta la especialidad. Ubicaban diferencias entre especialidades clínicas y quirúrgicas siendo estas últimas señaladas como las más reticentes a solicitar IC con salud mental. Esta situación ha sido descripta habitualmente en los trabajos sobre IC en los que se plantea que pueden influir factores como la mayor sensibilidad hacia la detección de la patología psíquica en los servicios médicos, ingresos más dirigidos al estudio y diagnóstico de problemáticas de los pacientes versus intervenciones más específicas y predefinidas, así como el menor tiempo de contacto y comunicación médico-paciente en los servicios quirúrgicos (Martínez Sande, 2002). Lo que no aparecía en estas reflexiones acerca de los condicionamientos de los profesionales era la incidencia del contexto económico y social que afecta no solo a los pacientes sino a los profesionales de la salud, que se encuentran en un interjuego negativo entre el deterioro de los servicios de salud, las condiciones laborales inadecuadas y la problemática compleja de los usuarios de los servicios de salud (Zaldúa et al., 2010). Tampoco se incluía la dimensión organizacional que implica el hospital como lugar de trabajo, en el que se construyen y reconstruyen los actos en salud. Los procesos intersubjetivos que tienen lugar en las instituciones devienen fundamentales en los modos en los que los actores sociales incorporan, negocian y modifican las representaciones sociales acerca de sus prácticas. Varios autores subrayan este nivel de elaboración de las RS, Jodelet (2008) lo ubica en términos de la esfera intersubjetiva, Loyd y Duveen (1992) se refieren al proceso microgenético, Jovchelovitch (2007) considera que el sistema representacional expresa mundos intersubjetivos y Marková (2003) apunta al fundamento dialógico de las RS. Por lo tanto:

la dinámica grupal en los equipos de salud, influencia los procesos de objetivación y anclaje de la representación social tanto a nivel individual como interindividual.

Asimismo, promueve la exposición, la aceptación y el uso de ciertas representaciones sociales, y excluye otras. (Zaldúa et al., 2003, p. 2)

La perspectiva del saber disciplinario restringe la mirada sobre estos modos de producción de saber, por lo cual la concepción de la IC pensada como práctica disciplinaria limita la puesta en marcha de los recursos grupales, organizativos o institucionales que ayuden al profesional a sostener o redefinir sus tareas.



Figura 25. IC dentro del modelo médico: RS de psicólogos, médicos y profesionales con tareas de gestión.
Fuente: Elaboración propia

Estas perspectivas acerca de la IC convivían con otra idea, divergente, que ubica a la IC como un espacio de encuentro de discursos y saberes. Esta otra versión de la IC aparecía en relación a las ideas de complejidad e integración y aludía a la necesidad de trabajar interdisciplinariamente en los tres grupos de profesionales entrevistados (ver Figura 26).

En los discursos de los médicos esta concepción de la IC se sostenía en la idea de poder brindar atención integral a los pacientes, lo cual constituía una fuerte motivación para solicitarla. Otra de las cuestiones que los médicos destacaron en relación a la IC fue la creencia de que es una ayuda y una oportunidad de aprendizaje para los profesionales. Tanto

la idea de atención integral como la de ayuda para el médico y el aprendizaje que puede aportar, suponen una posibilidad de apertura a otros discursos y un margen de intercambio, acercándola a concepciones en salud y salud mental menos reduccionistas. En la misma línea de apertura, los médicos entrevistados manifestaban que la IC con psicología mejoraba la salud de los pacientes.

Los intentos por generar alternativas al modelo biomédico dentro de la misma medicina, abogan por incorporar modalidades de abordaje menos fragmentarias, añadiendo una concepción holística del paciente que tome en cuenta las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la enfermedad (Engel, 1980; Fava et al., 2010; Huyse, 2009; J. C. Smith, 2009). La mayoría de los médicos reconoce la relevancia de los factores psicosociales y su influencia en las patologías clínicas de los pacientes internados (Gonzalez et al., 2006). Asimismo, son conscientes de la importancia de la relación médico-paciente para el diagnóstico y tratamiento, por consiguiente de la necesidad de hacerla más simétrica y de dar más tiempo a la palabra del paciente (Menéndez, 2003). Sin embargo, las propuestas que se vienen formulando desde la década de 1950 a partir de diversas corrientes, como la de los médicos con formación antropológica con influencia en las escuelas de medicina de Harvard y Berkeley o la antropología médica crítica, han permanecido en el plano de las experiencias universitarias y de la reflexión teórica (Menéndez, 2003). Según Huyse (2009) el núcleo de la medicina es el pensamiento integrativo y debe ser recuperado en el campo de la IC, donde puede producirse una transformación de los modelos de atención, desarrollando sistemas de abordaje integral de los pacientes complejos.

Desde la perspectiva de los psicólogos, varios de los temas planteados ubicaban a la IC como una práctica que implicaba un desafío para su propia formación profesional y como una apertura a la diversidad de discursos. Con respecto a su propia formación, la idea de que era un desafío aparecía ligada a tener que construir herramientas teóricas que les permitieran

abordar la clínica de la IC, que consideraban compleja por la multiplicidad de dimensiones en juego en la situación de internación. También hacían referencia al encuentro con otros saberes y discursos, que se hacían presentes en las prácticas de la IC y que requerían una apertura de los propios parámetros disciplinarios para dar lugar a concepciones diferentes. En relación a los pacientes que atendían, consideraban que la IC constituía una oportunidad para dar lugar a la subjetividad, muchas veces dejada de lado por la pregnancia del padecimiento físico, la internación y los discursos de la medicina. En ambos sentido, apostaban a la posibilidad de trabajar con los médicos en equipo interdisciplinariamente.

Con respecto a la idea del trabajo interdisciplinario, en equipo con los médicos, aquellos psicólogos que no participaban de un dispositivo de intercambio ya armado por lo cual el contacto con los médicos se producía a partir de cada pedido de IC, referían que el trabajo en conjunto era más difícil. Planteaban que se trataba de una orientación del trabajo, más que una práctica efectiva. En un contrapunto con esto, los psicólogos que propusieron y pusieron en marcha un dispositivo semanal de intercambio con médicos, pensaban que realmente realizaban un trabajo en equipo. Esto permite situar el interjuego que existe entre praxis y discurso, a partir del cual se puede plantear que construían conjuntamente una representación acerca del trabajo colectivo en el marco de la IC. González Rey (2008) afirma que:

Las representaciones sociales no se pueden ver como un a priori que antecede los campos de relaciones entre las personas; éstas son un a priori en tanto formas dominantes de un espacio de subjetividad social institucionalizado, pero, a su vez, se modifican en el curso de las relaciones que ocurren en esos espacios. (p.239)

Es decir que las representaciones operan como recursos para el entendimiento y la acción cotidiana, pero a su vez son temas reflexivos susceptibles de discusión y de modificación a partir de las prácticas.

Los profesionales con tareas de gestión compartían la idea de que la IC con psicología suponía un espacio de integración de saberes al plantear que se trataba de una clínica de la complejidad. La referencia a la complejidad, que implica la mirada multidimensional de las unidades complejas, apuntando a la unión entre unidad y multiplicidad (Morin, 2009), constituye una de las temáticas que promueven el abordaje de la IC desde perspectivas interdisciplinarias.



Figura 26. IC como espacio de integración de saberes: RS de psicólogos, médicos y profesionales de gestión.

Fuente: Elaboración propia

14.3 Representaciones y Transferencias de Trabajo: reorientando las prácticas

En el presente estudio las transferencias de trabajo se han definido en concordancia con el nivel subjetivo y grupal que da cuerpo a las prácticas interdisciplinarias (Stolkiner, 1999). Este nivel, tiene a su vez relación con las representaciones sociales que constituyen el soporte simbólico de esos vínculos.

En el campo de las representaciones, tanto médicos como psicólogos, consideraban que la IC favorece la formación profesional y es un aporte al tratamiento de pacientes internados. Estas temáticas formaban parte de la representación de IC como espacio de integración de saberes, acompañando ideas acerca de que sería deseable que fuera una práctica interdisciplinaria, con mayor trabajo en equipo entre profesionales de distintos ámbitos y servicios. A su vez, los obstáculos que se representaban como inherentes a la práctica eran principalmente el encuentro con la enfermedad y la muerte, así como con las imposibilidades institucionales y las dificultades en la comunicación.

Las transferencias de trabajo, articuladas a los motores y obstáculos de la práctica, se ordenaron en torno a dos dimensiones: la necesidad de diálogo con otros profesionales y el sostén emocional que implica el trabajo conjunto. La posibilidad de intercambio con otros profesionales, que se relaciona con las oportunidades de formación pero también con producir nuevas estrategias para resolver situaciones clínicas, entusiasmaba a los profesionales respecto de la IC. Por otro lado, aquello que se presentaba como angustiante de la práctica, sobre todo para los psicólogos, encontraba un modo de elaboración en el encuentro con pares, compartir experiencias y ser escuchado.

Los componentes subjetivos y emocionales que se ponen en juego en el trabajo interdisciplinario son reconocidos como uno de sus aspectos de importancia (Stolkiner, 1999), sin embargo las teorías que se disponen acerca de las colaboraciones interdisciplinarias tienden a enfocarse en los aspectos cognitivos o institucionales de dichos intercambios (Mansilla et al., 2012). En un importante estudio empírico que abarcó nueve redes de investigación relacionadas con tres instituciones diferentes en Estados Unidos y Canadá, se analizaron las condiciones que habilitaban o impedían la conducción de trabajos interdisciplinarios de investigación, concluyendo que el trabajo interdisciplinario constituye una realidad multidimensional centrada no solo en el logro intelectual, sino también en las

dimensiones emocionales e interaccionales (Mansilla et al., 2012). Estas dimensiones se articulan y se constituyen en interacción recíproca, conformando lo que los autores denominan una *plataforma socio-emocional-cognitiva compartida*. Como ocurrió con los sujetos entrevistados para esta tesis, en el estudio citado también emergieron temas como la importancia de aprender de los pares con quienes se trabaja, articulada a emociones positivas como el entusiasmo, o negativas como la frustración experimentada cuando la comunicación fracasa, enmarcadas en la valoración de las relaciones que aportan sentido a la tarea y brindan soporte emocional.

Como concepto, la transferencia de trabajo brinda un bagaje teórico que permite comprender la conformación de lazos entre profesionales en los que se ponen en juego componentes afectivos y representacionales, en una estructura grupal no jerárquica, cuyo eje es el trabajo en torno a una pregunta, un vacío de saber. Desde la teoría psicoanalítica, si ese vacío no se obtura, motoriza el trabajo como deseo de saber. Desde la perspectiva de la teoría de la complejidad, esto se articula con la afirmación de Morin (1998) acerca de la necesidad de aprender a navegar en un océano de incertidumbres a través de archipiélagos de certeza. Es decir que la falta, la incompletud de los sistemas simbólicos, en la IC articulada al encuentro con la enfermedad, la muerte, las imposibilidades institucionales o las diversidades subjetivas que no se dejan uniformar ante los protocolos de la medicina, confrontan a los profesionales con desafíos a nivel clínico y también personal que encuentran una vía de elaboración en el trabajo con pares. Ese trabajo debería ser interdisciplinario dado que constituye un potente modo de cuestionar los saberes instituidos dando lugar a lo instituyente.

Las prácticas de la IC psicológica relevadas en la presente tesis adoptan un carácter de mayor claridad a la luz de las representaciones descriptas, ya que es posible ubicarlas en tensión entre las ideas de la consulta entre especialidades médicas y aquellas que apuntan a un espacio de integración de saberes, sin contar con espacios formales interdisciplinarios

organizados desde los servicios. A partir de los resultados de esta investigación se podría plantear que las dimensiones subjetivas y grupales, que brindaban a los profesionales entrevistados un sostén para trabajar en equipo, encontrar respuestas novedosas o creativas a las situaciones clínicas y, a su vez, elaborar colectivamente las dificultades inherentes a la práctica, pueden ser la base para generar espacios interdisciplinarios relativos a la IC. Como se ha señalado, las actividades interdisciplinarias de los equipos asistenciales requieren una programación de las formas y condiciones en las que podrían implementarse, a los fines de que se realicen con regularidad, que sean sostenidas por los profesionales pudiendo comprometerse subjetivamente con las prácticas y con los colegas, habilitando la definición de marcos de representaciones comunes en torno a los problemas que se proponen abordar. En contraste con vínculos organizados en torno a identificaciones, por ejemplo disciplinarias, que generan a su vez la segregación de lo diferente, las transferencias de trabajo pueden propiciar el armado de grupos motivados a partir de las divergencias, que trabajen en pos de la construcción de nuevos saberes.

Desde una perspectiva que se apoya en las vivencias de los actores sociales y tiene en cuenta sus representaciones y los modos en que se subjetivan las condiciones sociales, profesionales e institucionales, producir cambios en las prácticas implica un trabajo de negociación de sentidos, resignificación de experiencias y concientización crítica de las ideologías subyacentes (Jodelet, 2013). Asimismo, desde una mirada salugénica de los colectivos de trabajo, se plantea la importancia de propiciar espacios de reflexión e intercambio acerca de las condiciones de fragmentación a las que están expuestos los profesionales de la salud, apuntando a generar nuevas formas de relación intra e inter equipo y con los usuarios de salud (Zaldúa et al., 2010). Es decir, que desde un paradigma complejo de los procesos de salud-enfermedad-atención, es necesario favorecer los dispositivos grupales, que generen lazos sociales que aporten posibilidades de reflexión, elaboración y generación

de significaciones instituyentes, a partir de prácticas interdisciplinarias y participativas, basadas en transferencias de trabajo, que expresan las vertientes emocionales y sociales necesarias para sostener dichos intercambios (ver Figura 27).

Al decir de Jodelet (2008), el enfoque de las representaciones sociales puede proporcionar, en vista de un cambio social, la mejor contribución porque los modos en que los sujetos ven piensan, conocen, sienten e interpretan su mundo de vida, desempeñan un papel indiscutible en la orientación y la reorientación de las prácticas. Es a su vez la perspectiva que implica mayor dificultad, porque las representaciones sociales son fenómenos complejos que ponen en juego numerosas dimensiones que deben ser integradas, sobre las cuales se tiene que intervenir conjuntamente, por lo que propone “un marco de análisis que permite situar el estudio de la representación social en el juego de la subjetividad” (Jodelet, 2008, p. 52).

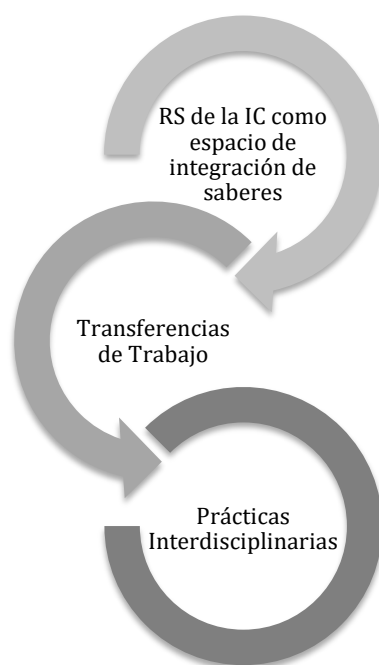


Figura 27. Articulación entre RS de la IC, transferencias de trabajo y prácticas interdisciplinarias
Fuente: Elaboración propia

14.4 Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

Por tratarse de un estudio exploratorio-descriptivo de índole cualitativa, los resultados no pretenden ser generalizables a otros equipos de IC, en otros contextos institucionales. Se trata más bien de un primer acercamiento a la temática en el ámbito local, poco explorado, que apuntó a generar hipótesis de trabajo acerca de las problemáticas que se plantean en esta práctica.

La modalidad de abordaje respondió a los lineamientos que trazan los expertos para el avance del conocimiento en el campo de la IC en Salud Mental, que impulsan una renovación de los paradigmas de investigación empírica, apuntando al pensamiento innovador e integrativo, que incluya la investigación cualitativa (Fava et al., 2010; Huyse, 2009; G. C. Smith, 2009). En esta línea de pensamiento se resalta la necesidad de constituir marcos conceptuales interdisciplinarios y amplios para la valoración de los factores psicológicos que afectan la vulnerabilidad individual, curso y resultado de cualquier tipo de enfermedad, la consideración holística del cuidado de los pacientes y la integración de las terapias psicológicas en el tratamiento, prevención y rehabilitación de las enfermedades médicas (Fava et al., 2010). La IC psicológica forma parte de este campo de investigación dado que los equipos de IC están ventajosamente situados para liderar este cambio (G. C. Smith, 2009).

En estudios más amplios sería importante utilizar metodologías participativas, como grupos focales y talleres, a fin de desarrollar los resultados cualitativos en diversos hospitales generales. Asimismo, en futuras investigaciones constituiría un aporte valioso el abordar las prácticas a partir de la observación participante, ya que en esta tesis el acercamiento fue a partir de las descripciones de los profesionales.

Dentro de los temas de interés relativos al área de investigación no explorados en el presente estudio, se encuentran los factores de poder en juego dentro y entre grupos de

profesionales, las identidades profesionales y las diversas instituciones que ejercen influencias decisivas en la formación de los profesionales.

Para avanzar en la comprensión del campo de la IC, una posibilidad para encarar investigaciones futuras a partir de los temas que emergieron en este estudio sería construir instrumentos para llevar adelante investigaciones cuantitativas complementarias.

14.5 Conclusiones

La IC en los hospitales generales constituye uno de los ámbitos privilegiados para el abordaje de pacientes complejos y es, fundamentalmente, un espacio de posibilidades para la integración de la salud mental a los dispositivos de salud. Los marcos institucionales, las representaciones de los actores sociales que facilitan o no la puesta en marcha de prácticas interdisciplinarias y los componentes grupales y subjetivos que dan cuerpo a las mismas, son aspectos de relevancia para que estos desarrollos sean posibles. Los cuatro hospitales generales estudiados, cabecera de sus respectivas áreas programáticas, que forman parte del subsector público de la CABA asisten a población de gran vulnerabilidad en términos de situación social, laboral y de vivienda que requeriría un abordaje interdisciplinario en salud. Sin embargo presentaron, según esta investigación, porcentajes escasos de pacientes internados atendidos en IC por Salud Mental.

Los servicios de Salud Mental contaban con profesionales dedicados en su mayoría de a la atención por consultorios externos, siendo un porcentaje pequeño el que se dedicaba a tareas de IC, en muchos casos no en forma exclusiva. Asimismo, es de destacar que los equipos de IC se encontraban sostenidos principalmente por profesionales en formación y con una alta rotación. Muy pocos psicólogos de planta, o sea profesionales con más experiencia, realizaban tareas de IC. Es decir que desde la gestión de los Servicios de Salud Mental, la IC no era una práctica a la que se le daba un lugar de importancia en términos de la asignación de recursos. A su vez, la derivación por parte de los servicios médicos a IC era reducida

comparada con la cantidad de pacientes que se encontraban internados, teniendo en cuenta la incidencia de problemáticas de salud mental en los contextos de internación. Esta situación, a la luz de los resultados de esta tesis, puede ponerse en relación con las representaciones y prácticas de la IC.

De la exploración de las representaciones acerca de la IC psicológica se obtuvieron tres niveles de análisis según su potencia simbólica y su grado de aceptación o posibilidad de discusión. Una de las cuestiones que se consideró de importancia por su incidencia sobre las prácticas de la IC es la presencia en el nivel hegemónico de representaciones acerca de la salud dentro del modelo biomédico, es decir como un objeto desligado de sus condiciones de producción históricas, sociales, culturales, políticas y económicas. Los médicos describieron sus prácticas en términos de abordajes de los procesos de salud-enfermedad-cuidados únicamente en relación a la dimensión orgánica, de lo cual se desprendía la dificultad para incluir otras dimensiones del padecimiento dentro de sus marcos referenciales. En esta línea, no se hacía referencia a la interdisciplina sino a la complementariedad de especialidades médicas. Se relacionaron estas representaciones con los procesos de medicalización y mercantilización del campo de la salud.

Estas representaciones hegemónicas tenían incidencia igualmente en las representaciones de salud de los psicólogos, que también daban preeminencia al cuerpo, al saber médico y a su eficacia curativa, quedando sus propias prácticas en IC en un segundo plano respecto de estas variables. En ese sentido, se consideraba que los saberes adquiridos en la formación como psicólogos eran insuficientes para dicha práctica, siendo más aptos para el encuadre individual ambulatorio. Sin embargo también sostenían concepciones que les permitían interrogar estos paradigmas, desplegando sus propias contradicciones en relación a la integración de las diversas dimensiones en juego en la concepción de salud, sobre todo en relación a lo social.

Los profesionales con tareas de gestión también ubicaron la pregnancia del modelo médico hegemónico, sin embargo, en relación a la gestión de los dispositivos de IC, privilegiados para el desarrollo de actividades y prácticas que favorezcan la integración de la salud mental en los servicios médicos, no se representaban equipos en los que participaran profesionales de salud mental junto con los médicos y otros trabajadores de la salud, ni se planificaban a nivel metodológico abordajes interdisciplinarios.

Las representaciones acerca de la salud mental presentaban mayor grado de diferencia entre grupos de profesionales, por lo que se ubicaron en el nivel grupal o normativo. En el discurso de los médicos aparecía como un saber complementario al que recurrir ante lo que obstaculizaba su acto médico, en principio no considerando que aportaba verdaderas soluciones a los problemas de salud, a menos que la respuesta sea farmacológica es decir psiquiátrica. Con respecto a la psicología, quedaba relegada a ser una mera contención del paciente angustiado, supliendo la falta de tiempo que los médicos dedicaban a sus pacientes. Sin embargo, junto a la idea de que se trataba de un saber poco eficaz, se demandaba mayor trabajo en equipo, lo cual puede relacionarse con expectativas positivas respecto de la psicología, o con la demanda de solución de situaciones complejas, como garantía o aval de sus decisiones. El entendimiento de las transferencias de los médicos hacia el discurso biomédico y hacia la psicología deviene fundamental para poder encausar un trabajo de construcción conjunta que permita salir de estas aparentes encrucijadas.

Las representaciones de la salud mental de los psicólogos se basaban en la idea de subjetividad y la necesidad de su inclusión en el dispositivo de IC. Las prácticas de los psicólogos apuntaban a abrir estas dimensiones, que implican las particularidades de los pacientes, de los médicos y las propias a la hora de enfrentar situaciones de enfermedad, malestar o muerte. Asimismo, se incluía la necesidad de establecer lazos sociales para mejorar la comunicación, destrabar obstáculos y formarse en la práctica clínica. Se demandaba mayor

trabajo en equipo pero desde la perspectiva de que se abrieran espacios de reflexión, aunque esto aparecía en la mayoría de los casos como algo utópico.

Los profesionales con tareas de gestión ubicaban a la salud mental como un funcionamiento al margen del resto del hospital, cuya integración dependía de las particularidades de las especialidades médicas que en algunos casos le daban lugar y en otros no. El problema se presentaba como no resuelto, a pesar de haber mejorado la situación a partir de una mejor organización de los equipos de IC. Desde esta perspectiva no se tenía en cuenta la posibilidad de trabajo en torno a las representaciones, que constituyen fenómenos dinámicos dado que se construyen y reconstruyen en las prácticas.

Tanto las ideas acerca de la salud como aquellas referidas a la salud mental se entrelazaban con las representaciones acerca de la IC. Sin embargo estas últimas, por no tener una gran fuerza de coerción, presentaban fisuras y diferencias que permitían el debate y la interrogación de ideas. Fue posible ubicar dos concepciones acerca de la IC psicológica, que compartían en diversos grados tanto médicos, como psicólogos y profesionales con tareas de gestión: la IC psicológica dentro del modelo médico y la IC como un espacio de integración de saberes. En la primera vertiente, la práctica quedaba relegada y subordinada a abordajes de las dimensiones biológicas de los padecimientos. La particularidad de la intervención del psicólogo permanecía desdibujada. Desde la mirada de los psicólogos, no se contaba con la formación necesaria ya que se estaba preparado para un abordaje ambulatorio e individual y desde la gestión se planteaba la dificultad a nivel de los profesionales o las especialidades médicas. En una representación diversa de la IC psicológica, como espacio de integración de saberes, aparecían concepciones acerca de las posibilidades que brindaba, tanto para dar lugar a la subjetividad de los pacientes, como para brindar oportunidades de formación para los profesionales. Se consideraba la complejidad de la clínica, por lo que aparecía la idea de que sería deseable abordarla interdisciplinariamente. Desde la mirada médica surgían ideas acerca

de atención integral y la consideración holística de la persona, cuestionándose en este punto las representaciones hegemónicas acerca de la salud.

El concepto de transferencia de trabajo resultó productivo para examinar el componente subjetivo y grupal que da cuerpo a la prácticas interdisciplinarias. Se recortaron dos dimensiones en las que se desplegaban las transferencias de trabajo entre profesionales, una de ellas era la necesidad de diálogo con otros profesionales y la otra, el sostén emocional que implicaba el trabajo conjunto. Ambas se encontraban en estrecha relación con las representaciones acerca de la IC como una oportunidad de formación y aporte valioso al tratamiento de los pacientes internados, pero también con la idea de complejidad y del encuentro con las imposibilidades. Las transferencias de trabajo orientaban la conformación de grupos no jerárquicos, en los que el motor del trabajo lo constituía el deseo de avanzar en relación a los obstáculos y las posibilidades de elaboración emocional que brindaba. En los hospitales en los que se realizó el trabajo para esta tesis, la mayoría de estos espacios de reflexión se daban espontáneamente y no se sostenían en el tiempo. Sin embargo se considera que su potencialidad se dirige a la posibilidad de implementación de grupos de trabajo interdisciplinarios, que permitan pasar de la interconsulta a la integración de acciones de salud mental en los servicios.

Las prácticas de la IC psicológica relevadas en esta tesis se encuentran en tensión entre las diversas representaciones que tienen los diferentes actores sociales que participan de ella, sin contar con espacios formales interdisciplinarios organizados desde los servicios, que permitan generar espacios de reflexión, elaboración e integración de las numerosas dimensiones en juego. Este trabajo colectivo, participativo e interdisciplinario se considera necesario a la hora redefinir marcos conceptuales y generar significaciones instituyentes.

Referencias bibliográficas

- Abric, J. C. (1995). *Prácticas Sociales y Representaciones*. Mexico: Coayacan. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/53162802/Jean-Claude-Abric-Practicas-Sociales-y-Representaciones>
- Agamben, G. (2010). ¿Qué es un dispositivo? Conferencia del 12 de octubre de 2005 en la Universidad Nacional de la Plata. Recuperado de <http://biopoliticayestadosdeexcepcion.blogspot.com.ar/2010/11/que-es-un-dispositivo-giorgio-agamben.html?q=Agamben>
- Almeida-Filho, N. (1992). *A Clínica e a Epidemiologia*. Rio: APCE-ABRASCO.
- Almeida-Filho, N. (2000). *La ciencia tímida: ensayos de construcción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Almeida-Filho, N. (2006). Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. *Salud colectiva*, 2(2), 123–146.
- Almeida-Filho, N., & Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médico-sociales*, 75, 5–30.
- Alonso, N. G., & Nasimbera, A. H. (2016). Hospital Ramos Mejía: Un recorrido histórico. Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/hospital-ramos-mejia-un-recorrido-historico>
- Andreoli, P., & de Mari, J. (2002). Avaliação do programa assistencial de um serviço de interconsulta psiquiátrica e psicológica. *Rev Saúde Pública*, 36(2).
- Arce, H. E. (1993). *El territorio de las decisiones sanitarias*. Buenos Aires: E. Macchi Editores.
- Arce, H. E. (2012). Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, 72(5), 414–418.
- Arcidiácono, P., Arfuch, L., Natenzon, C. E., & Raffin, M. (2015). El cuidado como práctica política y socio-cultural. *Argumentos*, 17, 1–40.
- Ardila Gómez, S., & Stolkiner, A. (2009). Estrategias de evaluación de programas y servicios de

- atención comunitaria en Salud Mental: consideraciones metodológicas. En *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología MERCOSUR*. (pp. 254–257). Buenos Aires: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-020/210.pdf>
- Ash, M. G., & Woodward, W. R. (Eds.). (1987). *Psychology in the Twentieth-Century Thought and Society*. New York: Cambridge University Press.
- Aztibia, C., Brunke, I., Foks, S., Montuori, E., Tenconi, J. C., Zac, D. E., & Zurita, M. (2015). Interconsulta y ansiedad. *Anuario Anxia*, 21, 58–61.
- Baker, M., & Menken, M. (2001). Time to abandon the term mental illness. *BMJ: British Medical Journal*, 322(7291), 937–937.
- Balint, M. (1979). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Barembit, V., Criscaut, J. J., Damigella, L., Davidovich, O., Fefer, M., Károl, S., ... Ulloa, F. (1966). Integración de la Asistencia Psiquiátrica en los Servicios de un Hospital General: La función Consulta (inédito). En *X Conferencia de Salud Mental - FAP*. Mar del Plata.
- Batt-Rawden, S. A., Chisolm, M. S., Anton, B., & Flickinger, T. E. (2013). Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. *Acad Med*, 88(8), 1171–1177.
- Belaga, G. A. (2015). Final de análisis y pase. Recuperado 30 de septiembre de 2016, de <http://www.wapol.org/es/articulos/Template.asp>
- Bellardita, L., Donegani, S., Spatuzzi, A. L., & Valdagni, R. (2011). Multidisciplinary Versus One-on-One Setting: A Qualitative Study of Clinicians' Perceptions of Their Relationship With Patients With Prostate Cancer. *Journal of Oncology Practice*, 7(1), e1–e5.
<https://doi.org/10.1200/JOP.2010.000020>
- Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Ben David, J., Yanco, D., Ferraro, M., & Reboiras, F. (2003). Programa docente de la concurrencia de Salud Mental: Psiquiatría y Psicología. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 6(2), 113–116.
- Bialakowsky, A., Rosendo, E., Costa, M. I., Dimarco, S., & García, M. (2003). Padecimientos sociales e intervenciones en la salud mental actual. Un análisis del discurso de los profesionales de la salud mental. Presentado en V Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población: “¿Salud para todos o salud para pocos? Aportes hacia la ampliación de la inclusión social” , Instituto Gino Germani, Área Salud y Población, FCS, UBA;
- Bird, C. M. (2005). How I stopped dreading and learned to love transcription. *Qualitative Inquiry*, 11(2), 226–248.
- Boceta Osuna, J., Galán González-Sema, J. M., Gamboa Antiñolo, F. M., & Muniain Ezcurra, M. A. (2017). Factores sociodemográficos que influyen en la ansiedad ante la muerte en estudiantes de medicina. *Educación Médica*, 18(3), 179–187.
- Bonazzola, P. F. (2010). Ciudad de Buenos Aires: sistema de salud y territorio. Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/bonazzola.pdf>
- Boschan, P. (1981). Aspectos contratransferenciales de la interconsulta psiquiátrica. *Psicoanálisis Revista de APdeBA*, III(1), 253–265.
- Bourdieu, P. (2002). *Campo de poder, campo intelectual*. Buenos Aires: Monttressor.
- Bourgeois, J., Wegelin, J., Servis, M., & Hales, R. (2005). Psychiatric diagnoses of 901 inpatients seen by Consultation-Liaison psychiatrists at an academic medical center in a managed care environment. *Psychosomatics*, 46, 47–57.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*. SAGE.

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Breilh, J. (2009). *Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud* (Estado constitucional de derechos? Informe sobre derechos humanos Ecuador 2009) (pp. 263–283). Ecuador.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13–27.
- Bronheim, H., Fulop, G., Kunkel, E., Muskin, P., Schindler, B., Yates, W., ... Stoudemire, A. (1998). The Academy of Psychosomatic Medicine Practice Guidelines for Psychiatric Consultation in the General Medical Setting. *Psychosomatics*, 39, S8–S30.
- Canguilhem, G. (1958). Qu'est-ce que la psychologie? *Revue de Métaphysique et de Morale*, 1(63), 12–25.
- Caparrós, A. (1991). Crisis de la psicología: singular o plural? Aproximación a algo más que un concepto historiográfico. *Anuario de Psicología*, 51, 5–20.
- Carrillo Esper, R., & Gómez Hernández, K. (2011). La importancia de la psicología de enlace en la unidad de terapia intensiva. *Rev Investig Med Sur Mex*, 18(3), 118–127.
- Castorina, J. A., & Barreiro, A. (2006). Las representaciones sociales y su horizonte ideológico: Una relación problemática. *Boletín de Psicología*, 86(Marzo 2006), 7–25.
- Castorina, J. A., Barreiro, A., & Toscano, A. G. (2007). Dos versiones del sentido común: las teorías implícitas y las representaciones sociales. En *Construcción conceptual y representaciones sociales: el conocimiento de la sociedad* (pp. 205–238).
- Chevnik, M. (1991). La interconsulta médico-psicológica. Entre la medicina y el psicoanálisis, una mediación posible". En M. Becker (Ed.), *Lecturas de lo psicosomático* (pp. 169–183). Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Christodoulou, C., Fineti, K., Douzenis, A., Moussas, G., & Michopoulos, I. (2008). Transfers to psychiatry through the consultation-liaison psychiatry service: 11 years of experience. *Ann Gen Psychiatry*, 14, 7–10.
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ley Orgánica de Comunas, Pub. L. No. 1777/05 (2005). Recuperado de http://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica/sin/normapop09.php?id=77544&qu
- Comes, Y. (2006). El Sector Salud en Argentina Historia, configuración y situación actual. Cátedra Salud Pública UBA.
- Constitución de la Ciudad de Buenos Aires. (1996). Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/procuracion-general/constitucion-de-la-ciudad-de-buenos-aires>
- Cosentino, J. C. (1999). Defensa, resistencia, síntoma, transferencis. En *Construcción de los conceptos freudianos I: Defensa, sueño, aparato psíquico*. Buenos Aires: Manantial.
- Costa-Requena, G., Rodríguez Urrutia, A., Calvo, E., & Parramón, G. (2015). Interconsulta y psiquiatría de enlace: estudio descriptivo de las interconsultas a psicología clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 115, 11–15.
- Creed, F. (1991). Liaison psychiatry for the 21st century: a review. *J R Soc Med*, 84, 414–417.
- Creswell, J. W. (2012). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. SAGE.
- Criscaut, J. J. (2000). Una guía básica para la interconsulta. *Clepios*, VI(4), 189–192.
- Cruz, L., Freitas, M., & Amoretti, J. (2008). Psicología social comunitaria. En E. Saforcada & J. Castella Sarrieta (Eds.), *Enfoques conceptuales y técnicos en psicología comunitaria*. (pp. 91–110). Buenos Aires: Paidós.
- Dassen, F. (1997). ¿Por qué la escuela? En *Enseñanzas del pase*. Buenos Aires: Eol. Recuperado de http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=el_pase&SubSec=testimonios&File=testimonios/das

sen_porque.html

- De Giorgio, G., Quartesan, R., Sciarma, T., Giulietti, M., Piazzoli, A., Scarponi, L., ... Piselli, M. (2015). Consultation-Liaison Psychiatry—from theory to clinical practice: an observational study in a general hospital. *BMC Research Notes*, 8(1), 475. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1375-6>
- De Jonge, P., Huyse, F. J., Stiefel, F. C., Slaets, J. P., & Gans, R. O. (2001). INTERMED—A Clinical Instrument for Biopsychosocial Assessment. *Psychosomatics*, 42, 106–109.
- Delgado, J. M., & Gutierrez, J. (Eds.). (2007). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (4ta ed.). Madrid: Editorial Síntesis.
- Departamento de Epidemiología. (2008a). Regiones Sanitarias de la Ciudad de Buenos Aires: Herramientas para la actualización de la Vigilancia y el Análisis de Situación de Salud. (Ministerio de Salud GCBA, Ed.).
- Departamento de Epidemiología. (2008b). *Regiones Sanitarias de la Ciudad de Buenos Aires: Herramientas para la actualización de la vigilancia y el Análisis de Situación en Salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud GCBA. Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/analisis-de-situacion-de-salud>
- Departamento de Epidemiología, & Departamento de estadísticas de Salud MSGC. (2015). Análisis de Situación de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (Ministerio de Salud GCBA, Ed.).
- Departamento de estadísticas de Salud MSGC. (2014). *Salud Mental Prestaciones ulteriores de salud mental por hospital - Año 2014*. Ministerio de Salud GCBA. Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/movimiento-hospitalario-ano-2014>
- Departamento de estadísticas de Salud MSGC. (2015a). *Anuario Estadístico 2015 / Ciudad de Buenos Aires* (p. 198). Ministerio de Salud GCBA. Recuperado de <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp->

content/uploads/2016/10/anuario_estadistico_2015.pdf

Departamento de estadísticas de Salud MSGC. (2015b). *Movimiento Hospitalario - Año 2015*

(Movimiento Hospitalario). Buenos Aires. Recuperado de

http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/movimientohospitalario2015dataloid_1.pdf

Departamento de estadísticas de Salud MSGC. (2016). *Movimiento Hospitalario - Año 2016*

(Movimiento Hospitalario). Buenos Aires.

de Rosa, A. S. (2013). Research fields in social representations: snapshot views from a meta-

theoretical analysis. En *Social Representations in the “Social Arena”* (pp. 89–124). USA:

Routledge.

Diamant, A. (2010). Mauricio Goldemberg, un camino hacia la psiquiatría humanizada. Marcas para

la inserción de la psicología universitaria. *Anuario de investigaciones - Facultad de*

Psicología - UBA, XVII, 383–392.

Diefenbacher, A., & Strain, J. J. (2002). Consultation-liaison psychiatry: stability and change over a

10-year-period. *Gen Hosp Psychiatry*, 24. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(02\)00182-2](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(02)00182-2)

Dirección General de Estadísticas y Censos. (2010). *Resultados Censo 2010/2001*. Buenos Aires:

Ministerio de Hacienda. Recuperado de [http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-](http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/07/censo_principales_resultados.pdf)

[content/uploads/2015/07/censo_principales_resultados.pdf](http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/07/censo_principales_resultados.pdf)

Dirección General de Salud Mental. (2014). *Guía de recursos y derivación de Salud Mental*

2014/2015. Buenos Aires: Ministerio de Salud.

Duveen, G. (1996). The Development of Social Representations of Gender. *Japanese Journal of*

Experimental Social Psychology, 35, 256–262.

Duveen, G., & Lloyd, B. (1986). The Significance of Social Identities. *British Journal of Social*

Psychology, 25, 219–230.

Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137, 535–

544.

- Fabrissin, J. H. (2011). La interconsulta y las actividades de enlace en el Hospital General: estrategias para su especificidad. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, XXII(99), 356–367.
- Fabrissin, J. H., Foks, S., González Moreno, C., & Zurita, M. (2011). *Entre los intersticios del Hospital General: la interconsulta y psiquiatría de enlace en Argentina*. Presentado en Congreso Mundial de Psiquiatría WPA, Buenos Aires.
- Facciuto, A. (2005). *La sociedad de beneficencia Argentina, lo oculto tras la bondad de una época*. Buenos Aires: Paidós.
- Fava, G. A., Belaise, C., & Sonino, N. (2010). Psychosomatic Medicine is a Comprehensive Field, Not a Synonym for Consultation Liaison Psychiatry. *Current Psychiatry Reports*, 12(3), 215–221. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0112-z>
- Fechner, G. T. (1912). Elements o psychophysics. En B. Rand (Ed.), *The Classical Psychologists* (pp. 562–572). Boston: Houghton Mifflin.
- Fernández, A. M. (1999). *Instituciones estalladas*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Ferrari, H., Luchina, N., & Luchina, I. L. (1980). *La Interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*. Nueva Visión.
- Ferrater Mora, J. (1964). *Diccionario de Filosofía* (5ª ed.). Buenos Aires: Sudamericana.
- Foucault, M. (1974). Incorporación del Hospital en la tecnología moderna. En *II Jornadas de APS-CONAMER-A.R.H.N.R.G* (pp. 519–529). Brasil.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1), 3–25.
- Foucault, M. (1994). La psicología de 1850 a 1950. En H. Scholten (Trad.), *Dits et écrits* (pp. 120–137). Paris: Gallimard. Recuperado de www.elseminario.com.ar
- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica* (2ª ed., Vol. I). Colombia: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2005). *La hermenéutica del sujeto*. Madrid: Akal.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Foucault, M. (2008). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fränkel, D. (2002). Una mirada institucional de las prácticas de gestión y atención de la salud. *Cuadernos médico-sociales*, 82, 61–75.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., & Talajic, M. (1993). Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival. *JAMA*, 1819-1825.
- Freud, S. (1894). Las neuropsicosis de defensa. En *Obras Completas Sigmund Freud* (2da ed., Vol. III, pp. 41–61). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1895a). Estudios sobre la histeria. En *Obras completas Sigmund Freud* (Vol. II). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1895b). Sobre la psicoterapia de la histeria. En *Obras Completas Sigmund Freud* (2da ed., Vol. II, pp. 261–309). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1912). La dinámica de la transferencia. En *Obras Completas Sigmund Freud* (2da ed., Vol. XII, pp. 93–106). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar. En *Obras Completas Sigmund Freud* (2da ed., Vol. XII, pp. 145–157). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (nuevos consejos sobre la técnica del osicoanálisis, III). En *Obras Completas Sigmund Freud* (2da ed., Vol. XII, pp. 159–174). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917). Una dificultad en psicoanálisis. En *Obras Completas Sigmund Freud: Volumen 17 (1917-19)* (2da ed., Vol. XVII, pp. 125–137). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. En *Obras Completas Sigmund Freud* (2da ed., Vol. XVIII, pp. 3–61). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras Completas Sigmund Freud* (2da ed., Vol. 18, pp. 63–136). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1925). Presentación autobiográfica. En *Obras completas Sigmund Freud* (2da ed., Vol.

- XX, pp. 3–69). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas Sigmund Freud* (2da ed., Vol. XX, pp. 71–164). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1927). El porvenir de una ilusión. En *Obras Completas Sigmund Freud* (2da ed., Vol. XXI, pp. 1–55). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En *Obras Completas Sigmund Freud* (2da ed., Vol. XXI, pp. 57–140). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gala, C., Rigatelli, M., De Bertolini, C., Rupolo, G., Gabrielli, F., & Grassi, L. (1999). A multicenter Investigation of Consultation-Liaison Psychiatry in Italy. *General Hospital Psychiatry*, 21, 310–317.
- Galende, E. (1988a). La crisis del modelo médico en psiquiatría. *Cuadernos médico-sociales*, (23).
- Galende, E. (1988b, Abril). Modernidad y Modelos de asistencia en Salud Mental en Argentina.
- Galende, E. (1990a). Constitución de las políticas en Salud Mental. En *Psicoanálisis y Salud Mental* (pp. 185–230). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Galende, E. (1990b). Los Movimientos de Psiquiatría Institucional. En *Psicoanálisis y Salud Mental* (pp. 139–184). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Gamsie, S. (2009). *La interconsulta. Una práctica del malestar*. Buenos Aires: Ediciones del Seminario.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2017a). Buenos Aires Ciudad. Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/hospitalargerich/servicios/departamento-de-medicina>
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2017b). Buenos Aires Ciudad - Historia del hospital Pirovano. Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/hospitalpirovano/historia-del-hospital-pirovano>
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2017c). Buenos Aires Ciudad - Hospital Durand. Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/hospitaldurand>

- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2017d). Buenos Aires Ciudad - Hospital Pirovano.
Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/hospitalpirovano>
- Godfrey-Smith, P. (2003). *Theory and Reality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Goldemberg, M., Baremlit, V., Fernandez Mouján, O., Galli, O., Kesselman, H., Müller, A., ...
Stein, G. (1966). La Psiquiatría en el Hospital General. Historia y estructura del Servicio de Psicopatología y Neurología del Policlínico doctor Gregorio Aráoz Alfaro. *La Semana Médica*, LXXIII(4015), 80–102.
- Gómez, R. D. (2002). La noción de “salud pública”: consecuencias de la polisemia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 20(1), 101–116.
- Gómez Sancho, M. (2006). El médico ante la muerte de su enfermo. En *El hombre y el médico ante la muerte* (pp. 183–188). Madrid: Aran.
- Gonzalez, M., Calderón, J., Olguín, P., Flores, J., & Ramirez, S. (2006). In the general hospital: a doctors’ perception survey. *Eur J Psychiat*, 20(4), 224–230.
- González Rey, F. (2000). Lo cualitativo y lo cuantitativo en la investigación de la psicología social. *Revista Cubana de Psicología*, 17(1), 121–140. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0257-43222000000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
- González Rey, F. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 4(2), 225–243.
- González Rey, F. L. (2000). Lo cualitativo y lo cuantitativo en la investigación de la psicología social. *Revista Cubana de Psicología*, 17(1), 121–140.
- Graber, M., Bergus, G., Dawson, J., Wood, G. B., Levy, B. T., & Levin, I. (2000). Effect of a patient’s psychiatric history on physicians’ estimation of probability of disease. *J Gen Intern Med*, 15, 204–206.
- Guattari, F. (1996). *Caosmosis*. Buenos Aires: Manantial.

- Guba, E., & Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En C. Denman & J. A. Haro (Eds.), *Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. (Por los rincones, pp. 113–145). Sonora: Colegio de Sonora. Recuperado de http://www.ecominga.uqam.ca/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE_LECTURE_2/4/1.Guba_y_Lincoln.pdf
- Guinsberg, E. (2001). *La salud mental en el neoliberalismo*. Mexico: Plaza y Janés.
- Guze, S. B. (1989). Biological psychiatry: is there any other kind? *Psychological Medicine*, 19(2), 315–323.
- Hernandez Cabrera, G., González García, V. M., Fernandez Machí, L., & Infante Pereira, O. (2002). Actitud ante la muerte en los Médicos de Familia. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 18(1), 22–32.
- Huyse, F. J. (2009). Farewell to CL? Time for a change? *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), 541–544.
- Huyse, F. J., Herzog, T., Lobo, A., Lyons, J. S., Slaets, J. P. J., Fink, P., ... de Jonge, P. (1997). Detection and treatment of mental disorders in general health care. *Eur J Psychiat*, 12(2), 70s – 78s.
- Huyse, F. J., Herzog, T., Lobo, A., Malt, U. F., Opmeer, B. C., & Stein, B. (2000). European Consultation-Liaison Services and Their User Populations: The European Consultation-Liaison Workgroup Collaborative Study. *Psychosomatics*, 41(4), 330–338.
- Huyse, F. J., Herzog, T., Lobo, A., Malt, U. F., Opmeer, B. C., & Stein, B. (2001). Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *General Hospital Psychiatry*, 23, 124–132.
- Huyse, F. J., Herzog, T., Malt, U. F., & Lobo, A. (1996). The European Consultation-Liaison Workgroup (ECLW) Collaborative Study. *General Hospital Psychiatry*, 18, 44–55.
- Huyse, F. J., Lyons, J. S., Stiefel, F. ., Slaets, J. P., de Jonge, P., Fink, P., ... Strack van Schijndel, R. (1999). “INTERMED”: A Method to Assess Health Service Needs. I. Development and

- Reliability. *General Hospital Psychiatry*, 21, 39–48.
- Jaspers, K. (1963). *General Psychopathology*. Manchester University Press.
- Jodelet, D. (1993). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología Social II* (pp. 469–494). Barcelona: Paidós.
- Jodelet, D. (2007). Imbricaciones entre representaciones sociales e intervención. En T. Rodríguez Salazar (Ed.), *Representaciones sociales: Teoría e investigación*. Mexico: CUCSH-UDG.
- Jodelet, D. (2008). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Cultura y representaciones sociales*, 3(5), 32–63.
- Jodelet, D. (2011). Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación. *Espacios en Blanco - Serie indagaciones*, 21, 133–154.
- Jodelet, D. (2013). Interconnections between social representations and intervention. En A. S. de Rosa (Ed.), *Social Representations in the “Social Arena”* (pp. 77–88). USA: Routledge.
- Jovchelovitch, S. (1996). In Defence of Social Representations. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 26, 121–135. <https://doi.org/doi: 10.1111/j.1468-5914.1996.tb00525.x>
- Jovchelovitch, S. (2001). Social Representations, Public Life, and Social Construction. En K. Deaux & G. Philogène (Eds.), *Representations of the Social*. London: Blackwell Publishers.
- Jovchelovitch, S. (2007). *Knowledge in Context: representations, community and culture*. London: Routledge.
- Jovchelovitch, S. (2010). From Social Cognition to the Cognition of the Social: Remembering Gerard Duveen. *Papers on Social Representations*, 19, 3.1–3.10.
- Jullien, F. (1999). *Tratado de la eficacia*. Siruela.
- Kathol, R., Saravay, S. ., Lobo, A., & Ornel, J. (2006). Epidemiological trends and costs of fragmentation. *Med Clin North Am*, 90, 549–572.
- Katon, W., VonKorff, M., Lin, E., Lipscomb, P., Russo, J., Wagner, E., & Polk, E. (1990). Distressed high utilizers of medical care: DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *General Hospital*

Psychiatry, 12, 355–362.

Koopmans, G. T., Donker, M. C. H., & Rutten, F. H. H. (2005). Length of hospital stay and health service use of medical inpatients with comorbid noncognitive mental disorders: a review of the literature. *General Hospital Psychiatry*, 27, 44–56.

Koyré, A. (1999). *Del mundo cerrado al universo infinito* (Decimoprimer en español). Madrid: Siglo XXI de España.

Kuhn, T. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.

Kullgren, K., Ernst, M. M., Scott, E. L., Tsang, K. K., Carter, B. D., & Sullivan, S. K. (2015). Inpatient Pediatric Psychology Consultation-Liaison Practice Survey: Corrected Version. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 3(4), 340–351.

Lacan, J. (1954). Psicología y metapsicología. En *El Seminario 2: El yo en la teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica* (pp. 11–25). Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1957a). El poco sentido y el paso de sentido. En *El Seminario 5: Las Formaciones del Inconsciente* (pp. 87–104). Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1957b). *El Seminario 5: Las Formaciones del Inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1961). *La identificación* (Inédito).

Lacan, J. (1964). Acta de fundación, 21 de Junio de 1964. En *Otros escritos*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1976). Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos I*. México: Siglo XXI.

Lacan, J. (1987). *Los cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis* (Vol. 11). Buenos Aires: Paidós.

Laurell, A. C. (2010). Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Medicina Social*, 5(1), 79–88.

Laurent, E. (2011). ¿El psicoanálisis se cura de la transferencia? Recuperado de

<http://www.psicoanalisisinedito.com/2014/09/eric-laurent-el-psicoanalisis-se-cura.html>

Lawrie, S., Martin, K., McNeill, G., Drife, J., Chrystie, P., & Reid, A. (1998). General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness. *Psychol Med*, 28, 1463–1467.

Leentjens, A., Boenink, A., Sno, H., Strack van Schijndel, R., van Croonenborg, J., van Everdingen, J., ... van Os, T. (2009). The guideline “consultation psychiatry” of the Netherlands Psychiatric Association. *Psychosom Res*, 66, 531–535.

Leentjens, A. F. G., Rundell, J. R., Diefenbacher, A., Kathol, R., & Guthrie, E. (2011).

Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry: Scope of Practice, Processes, and Competencies for Psychiatrists or Psychosomatic Medicine Specialists: A Consensus Statement of the European Association of Consultation-Liaison Psychiatry and the Academy of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics*, 52(1), 19–25.

<https://doi.org/10.1016/j.psym.2010.11.022>

Le Gaufey, G. (2001). *Anatomía de la tercera persona*. Buenos Aires: Editorial Edelp.

Le Gaufey, G. (2010). *El sujeto según Lacan*. Buenos Aires: Ediciones literales.

Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ley Básica de Salud N° 153, Pub. L. No. 153 (1999). Recuperado de <http://www.cedom.gov.ar/publicaciones/SALUD.pdf>

Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, Pub. L. No. 448 (2000). Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/regulacion/files/Leyes%20de%20la%20CABA/Ley%20448.pdf>

Leigh, H. (2008). The Functions of Consultation-Liaison Psychiatry. En H. Leigh & Streltzer (Eds.), *Handbook of Consultation- Liaison Psychiatry*. (Springer Science + Business Media, pp. 12–15). New York.

Lemus, J., Lucioni, M. C., Aragües y Oroz, V., Bernacchini, B. B., Ramos, G. A., Buiatti, J. B., & Haase, G. G. (2007). Las comunas y su impacto en la regionalización sanitaria de la Ciudad

- Autónoma De Buenos Aires. *Prensa Médica Argentina*, 97(1), 10–16.
- Liggins, J., & Hatcher, S. (2005). Stigma toward the mentally ill in the general hospital. *Gen Hosp Psychiatry*, 27, 259–364.
- Lipowski, Z. J. (1992). Consultation-liaison psychiatry at century's end. *Psychosomatics*, 33, 123–127.
- Lipsitt, D. (2001). Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine: The Company They Keep. *Psychosomatic Medicine*, 63(6), 896–909.
- Lipsitt, D. (2003). Psychiatry and the general hospital in an age of uncertainty. *World Psychiatry*, 2, 87–92.
- Litvachkes, R. (2005). *Historia del Hospital Argerich:1904-2004*. Buenos Aires: Ed. Turística.
- Lloyd, B., & Duveen, G. (1992). *Gender Identities and Education*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Malt, U. (2003). The Future of consultation-liaison psychiatry: prosper or perish? *World Psychiatry*, 2(2), 95.
- Mansilla, V. B., Lamont, M., & Sato, K. (2012). The contributions of shared socio-emotional-cognitive platforms to interdisciplinary synthesis. Presented in Paper presented at 4S Annual Meeting, Vancouver, Canada, February 16-20. Recuperado de <http://nrs.harvard.edu/urn-3:HUL.InstRepos:10496300>
- Marková, I. (1996). En busca de las dimensiones epistemológicas de las representaciones sociales. En D. Páez & A. Blanco (Eds.), *La Teoría Sociocultural y la Psicología Social actual*. Madrid: Aprendizaje.
- Marková, I. (2003). *Dialogicality and Social Representations: The dynamics of mind*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Martínez Sande, G. (2002). Intervención en el marco de la interconsulta y el enlace hospitalario: perspectivas atlánticas. *Norte de salud Mental*, IV(13), 69–82.
<https://doi.org/http://antigua.ome-aen.org/norte/13/n13todo.pdf#page=68>

- Maslach, C., & Jackson, S. (1982). Burnout in health professions. En *Citado en Zaldúa, G., Bottinelli, M., Lodieu, M.T., Tisera, A., Gaillard, P., Pawlowicz, M.P. y Nabergoi, M. (2010).*
- 3.1. Contextos críticos en salud. Los efectos y las voces de los médicos/as de las guardias hospitalarias. En Buenos Aires: EUDEBA.
- Maxwell, J. A. (2012). *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. SAGE.
- Mayou, R. (1997). Psychiatry, medicine and consultation-liaison. *British Journal of Psychiatry*, (171), 202–204.
- Mayou, R. (2007). The Developmental of general hospital psychiatry. En G. Lloyd & E. Guthrie (Eds.), *Handbook of Consultation- Liaison Psychiatry*. (pp. 3–23). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mayou, R., & Hawton, K. (1986). Psychiatric disorder in the general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 149, 172–190.
- Mayou, R., Huyse, F. J., & the ECLW. (1991). Consultation-liaison psychiatry in Western Europe. *General Hospital Psychiatry*, 13, 188–208.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 8(1), 185–207.
- Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. En *Salud Colectiva* (Vol. 1, pp. 9–33). Buenos Aires: Centro de Estudios para la Salud.
- Mercado García, L. R., Gacría Rillo, A., Arceo Guzmán, M. E., Pimentel Ramírez, M. L., Díaz Flores, M., & Arauz Contreras, J. (2016). Actitud hacia la muerte y su relación con la empatía médica en estudiantes de Medicina. *Educ Med Super*, 30(1).
- Mieles Barrera, M. D., Tonón, G., & Alvarado Salgado, S. V. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, 74, 195–225.
- Miller, J. A. (2010a). La causa y el discurso. En *El banquete de los analistas* (pp. 251–265). Buenos

Aires: Paidós.

Miller, J. A. (2010b). La enseñanza del psicoanálisis. En *El banquete de los analistas* (pp. 157–177).

Buenos Aires: Paidós.

Miller, J. A. (2010c). Transferencia de trabajo. En *El banquete de los analistas* (pp. 179–195).

Buenos Aires: Paidós.

Minayo, M. C. S., & Cruz Neto, E. L. (1993). Quantitativo- Qualitativo; oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9(1), S239–S262.

Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación productiva. (2017). Banco Nacional de datos Genéticos. Recuperado de <http://www.bndg.gob.ar/index.php>

Ministerio de Salud GCBA. Resolución 31-MSGCBA-2008 (2008). Recuperado de <http://managementensalud.blogspot.com.ar/2008/02/ciudad-de-buenos-aires-se-crean.html>

Ministerio de Salud GCBA. RESOLUCIÓN N° 1304/GCABA/MSGC/11 (2011). Recuperado de http://www.ciudadyderechos.org.ar/salud/derechosbasicos_1.php?id=18&id2=367&id3=6996

Ministerio Público Tutelar de CABA. (2014, febrero). Salud Mental - Documento de trabajo Número 21: Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Mir Candal, L., Iglesias, C., Alfano, G., & Saggio, M. T. (2017). Análisis de situación de salud (ASIS). Aspectos sociodemográficos de la Comuna 3: 2015. *Revista del Hospital J.M Ramos Mejía*, XXIII(1), 1–23.

Morin, E. (1998). Sobre la interdisciplinariedad. *Redes Sociales y Complejidad*, 2, 11–17.

Morin, E. (1999). *Los siete saberes necesarios a la educación del futuro*. Paris: UNESCO.

Morin, E. (2009). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa Editorial.

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public: étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*. Paris: Presse Universitaire Francais.

Moscovici, S. (1963). Attitudes and opinions. *Annual Review of Psychology*, 14, 231–260.

- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of Social Representations. En S. Moscovici (Ed.), *Explorations in Social Psychology* (pp. 18–77). USA: New York University Press.
- Moscovici, S. (1988). Notes Towards a description of Social Representations. *European J. of Social Psychology*, 18, 211–250.
- Moscovici, S. (2000). *Social Representations: Explorations in Social Psychology*. Cambridge: Polity Press.
- Moscovici, S. (2001). Why a theory of social representations? En K. Deaux & G. Philogène (Eds.), *Representations of the social*. USA: Blackwell Publishers.
- Moscovici, S., & Marková, I. (1998). Presenting Social Representations: A Conversation. *Culture & Psychology*, 4(3), 371–410. <https://doi.org/10.1177/1354067X9800400305>
- Mukherjee, R., Fialho, A., Wijetunge, A., Checinski, K., & Surgenor, T. (2002). The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiat Bull*, 26, 178–181.
- Neuburger, R. P. (1998). La intersección psicoanálisis - medicina. Pequeña (pre)historia de la interconsulta psicoanalítica (1a. parte). *Psicoanálisis y el hospital*, 14.
- Neuburger, R. P. (1999). De este lado del océano. Pequeña historia de la interconsulta (2da. parte). *Psicoanálisis y el hospital*, 15, 138–150.
- OMS. (2011). Atlas de Salud Mental 2011. OMS.
- OPS. (2013). *WHO-AIMS: informe regional sobre los sistemas de salud mental de América Latina y el Caribe*. Washington DC: OPS. Recuperado de <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>
- OPS/OMS. (2014, octubre 3). Plan de acción sobre Salud mental 2015-2020. OMS.
- Percival, I. (1994). Chaos: a science for the real world. En N. Hall (Ed.), *Exploring Chaos* (pp. 11–22). New York: Norton.
- Perez, A. (2012). Vicisitudes de la relación entre la formación de grado del psicólogo/a y las políticas

- públicas. En *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional En Psicología, XIX Jornadas de Investigación, VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. (Vol. 1, pp. 210–213). Buenos Aires: Facultad de Psicología-Instituto de Investigaciones.
- Piazza-Waggoner, C., Roddenberry, A., Yeomans-Maldonado, G., Noll, J., & Ernst, M. M. (2013). Inpatient pediatric psychology consultation-liaison program development: 5-year practice patterns and implications for trends in health care. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 1(1), 28–41. <https://doi.org/10.1037/cpp0000008>
- Restrepo, D. A., & Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202–211.
- Rodríguez, G., & Rojas, M. (1998). La psicología de la salud en América Latina. En G. Rodríguez & M. Rojas (Eds.), *La psicología de la salud en América Latina*. (pp. 13–32). Mexico: UNAM-Porrúa.
- Rodríguez, J. J. (2009). Situación actual de la salud mental en América Latina y el Caribe desde la perspectiva de la OPS/OMS. Retos y proyecciones. En H. Cohen (Ed.), *Salud mental y derechos humanos. Vigencia de los estándares internacionales*. (1ª ed.). Buenos Aires: OPS.
- Rodríguez Salazar, T. (2007). Sobre el estudio cualitativo de la estructura de las representaciones sociales. En T. Rodríguez Salazar & M. . García Curiel (Eds.), *Representaciones sociales: teoría e investigación* (pp. 157–188). Guadalajara: Editorial CUCSH-UdeG.
- Rothenhäusler, H., Stepan, A., & Baranyi, A. (2013). Areas of work of a biopsychosocial oriented psychiatric consultation-liaison service: Results from a prospective 2-year survey. *Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation : Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/MED/23797381/reload=0>
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto.

- Sala, V. (2002). La interconsulta psiquiátrica y psicológica en pacientes con cáncer. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXI(3), 225–236.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud: Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar.
- Santos, B. S. (1989). *Introdução a uma Ciência Pós- Moderna*. Rio de Janeiro: Graal.
- Saracci, R. (1997). The World Health Organization needs to reconsider its definition of health. *BMJ : British Medical Journal*, 314, 1409–1410.
- Saravay, S. ., & Levin, M. (1995). Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital: a critical review of the outcome studies. *Psychosomatics*, 3, 233–252.
- Saucedo-Chinchay, J. L., Bravo, V., Guevara-Cotrino¹, Y. A., Salazar, R. M., Vásquez, C. D., & Díaz-Vélez, C. (2012). ~~OBJ~~~~OBJ~~~~OBJ~~ Empatía en estudiantes de medicina humana de la Universidad nacional Pedro Ruiz Gallo. Mayo-Junio de 2011. *Rev cuerpo méd. HNAAA*, 5(3), 17–21.
- Sauret, M. J. (2009). Psicoanálisis y política. *Psiconex*, 1(2), 1–31.
- Sautu, R. (2003). *Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires: Lumiere.
- Schavelzon, J., Luchina, I. L., Bleger, J., Bleger, L., & Langer, M. (1965). *Psicología y Cáncer*. Buenos Aires: Hormé.
- Schubert, D., Billowitz, A., Gabinet, L., & Friedson, W. (1989). Effect of liaison psychiatry on attitudes toward psychiatry, rate of consultation, and psychosocial documentation. *General Hospital Psychiatry*, 11, 77–78.
- Schwab, J. (1989). Consultation-liaison psychiatry: a historical overview. *Psychosomatics*, 30, 245–254.
- Shotter, J. (1980). Action, joint action and intentionality. En M. Brenner (Ed.), *The structure of action*. (pp. 19–43). Oxford: Blackwell.
- Sigal, S. (2002). *Intelectuales y Poder en Argentina. La década del sesenta*. Buenos Aires: Siglo XXI de Argentina.

- Silverstone, P. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in medical patients. *J Nerv Ment Dis*, 184, 43–51.
- Smith, G. C. (2009). From consultation–liaison psychiatry to integrated care for multiple and complex needs. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(1), 1–12.
<https://doi.org/10.1080/00048670802534358>
- Smith, J. C. (2009). From consultation-liaison psychiatry to integrated care for multiple and complex need. *Aust N Z J Psychiatry*, 43. <https://doi.org/10.1080/00048670802534358>
- Solar, A. (2002). Factors contributing to difficulty with psychiatric disorder among junior medical staff. *Aust Psychiatry*, 10(3), 279–282.
- Söllner, W., Maislinger, S., König, A., & DeVries, A. (2004). Providing psychosocial support for breast cancer patients based on screening for distress within a consultation-liaison service. *Psycho-Oncology*, 13(12), 893–897.
- Sorgen, E., & Calzetta, J. J. (2014). La consulta conjunta médico-psicológica como recurso interdisciplinario en el hospital general. *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.*, 142–145.
- Stagnaro, J. C. (2002). Nosografías en Psiquiatrías. En M. Suárez Richards (Ed.), *Introducción a la Psiquiatría*. (3° ed., pp. 171–190). Buenos Aires: Polemos.
- Stolkiner, A. (1988). Prácticas en salud mental. *Rev. Inv. y Educ. en Enfermería*, VI(1), 31–61.
- Stolkiner, A. (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Revista Campo Psi-Revista de Información especializada*, 3(10). Recuperado de <http://www.campopsi.com.ar/nuevo/anteriores.htm>
- Stolkiner, A. (2001). Subjetividades de época y prácticas en salud mental. *Revista Actualidad Psicológica*, XXVI(293).
- Stolkiner, A. (2003). De La Epidemiología Psiquiátrica a la Investigación en el Campo de la Salud

Mental. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, XIV(54), 313–319.

Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental. En *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental*.

Stolkiner, A. (2017). Instituciones de la infancia y subjetividad en la época de la medicalización indefinida. En L. Mantilla, A. Stolkiner, & M. Minnicelli (Eds.), *Biopolítica e infancia: niños, niñas e instituciones en el contexto latinoamericano* (pp. 95–122). Mexico: Universidad de Guadalajara.

Stolkiner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, XXIII(101), 52–56.

Stolkiner, A., Comes, Y., Parenti, M., Solitario, R., & Unamuno, M. P. (2004). Descentralización y equidad en salud: Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense. *Anu. nvestig. - Fac. Psicol., UBA*, 11, 261–269.

Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud - MSG. (2014a). *Movimiento de internación según especialidades. Hospital General de Agudos Ignacio Pirovano*. Buenos Aires. Recuperado de http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/7_hospital_general_de_agudos_ignacio_pirovano_2014.pdf

Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud - MSG. (2014b). *Movimiento de Internación según especialidades. Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía*. Buenos Aires. Recuperado de http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/8_hospital_general_de_agudos_jose_maria_ramos_mejia_2014.pdf

Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud - MSG. (2015a). *Movimiento de Internación según Especialidades. Hospital General de Agudos Carlos G. Durand. Hospitales del Ministerio de Salud - GCABA. Año: 2015*. Buenos Aires. Recuperado de

http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/03.hospital_general_de_agudos_carlos_g_du_rand.pdf

Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud - MSG. (2015b). *Movimiento de internación según especialidades. Hospital General de Agudos Ignacio Pirovano*. Buenos Aires. Recuperado de http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/07.hospital_general_de_agudos_ignacio_pirovano.pdf

Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud - MSG. (2015c). *Movimiento de internación según especialidades. Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía*. Buenos Aires. Recuperado de http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/08.hospital_general_de_agudos_jose_maria_ramos_mejia.pdf

Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud - MSGC. (2014). *Movimiento de internación según especialidades. Hospital General de Agudos Cosme Argerich*. Buenos Aires. Recuperado de http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/2_hospital_general_de_agudos_cosme_argerich_2014.pdf

Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud - MSGC. (2015). *Movimiento de internación según especialidades. Hospital General de Agudos Cosme Argerich*. Buenos Aires. Recuperado de http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/02.hospital_general_de_agudos_cosme_argerich.pdf

Tamborini, S., Poli, R., & Agrimi, E. (2012). Consultation psychiatry in the General Cremona Hospital: three years data. *Journal of Psychopathology*, 18, 55–59.

Tenconi, J. C. (2003). El abordaje de las crisis: urgencias y emergencias en la psiquiatría de enlace. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 13, 97–102.

Testa, M. (1997). *Pensar en Salud* (2da ed.). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Testa, M. (2002). El sujeto en la era de la globalización. En *Ponencia presentada en las !as Jornadas*

Críticas sobre Globalización. Las Palmas de Gran Canaria: A.C.E.G.

Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental. (2016). Guía docente de rotación en Interconsulta y Enlace. Área de gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario 12 de Octubre. Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGu%C3%ADaRot+PSIC-Interconsulta+y+Enlace+2016.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospital12Octubre&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352904245019&ssbinary=true>

Van Dijk, T. A. (1999). *Ideología. Una aproximación multidisciplinar*. Barcelona: Gedisa Editorial.

Vappereau, J. M. (1997). Presentación de la serie de los fascículos de resultados. En *Estofa: las superficies topológicas intrínsecas* (pp. I – XVIII). Buenos Aires: Kliné.

Varela, B. (2002). Qué es la psicología de enlace? *Revista de psicoterapia psicoanalítica*, VI(2), 63–72.

Vasilachis de Gialdino, I. (Ed.). (2013). La investigación cualitativa. En *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 23–64). Barcelona: Gedisa Editorial.

Vezzetti, H. (1998). Las Psicologías del fin de siglo a la luz de la historia. *Rev. de Psicol. Gral y Aplic.*, 51(1), 105–114.

Vezzetti, H. (2007). Historias de la psicología: problemas, funciones y objetivos. *Revista de Historia de la Psicología*, 28(1), 147–166.

Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*, 3, 171–178.

Visacovsky, S. (2002). *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica*

y psicoanalítica argentina. Buenos Aires: Alianza Editorial.

Wagner, W., Duveen, G., Farr, R., Jovchelovitch, S., Lorenzi-Cioldi, F., Marková, I., & Rose, D.

(1999). Theory and Method of Social Representations. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 92–125. <https://doi.org/doi: 10.1111/1467-839X.00028>

Wainsztein, S. (2001). Transferencia de trabajo en las instituciones psicoanalíticas. Presentado en Lo real de la transferencia, Buenos Aires: EFBA.

Wells, K. B., Stewart, A., Hays, R. D., Burnam, M. A., Rogers, W., Daniels, M., ... Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients: results from the medical outcome study. *JAMA*, 262, 914–919.

WHO. (1947). Constitution of the World Health Organization: Chronicle of the World Health Organization, vol 1. World Health Organization.

WHO. (2012). *Sixty-fifth World Health Assembly: Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level* (No. A65?10). Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_10-en.pdf?ua=1

WHO | Mental health: strengthening our response. (2016, Abril). Recuperado 11 de mayo de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

WHO/Ministry of Health and Welfare. (1986). *Canada. Ottawa Charter for Health Promotion: An international conference on Health Promotion*. Ottawa.

Wilkins, J. (1992). Consultation/liaison psychiatry utilization patterns in different cultural groups. *Psychosom Med*, 54, 240–245.

Woodward, W. R., & Ash, M. G. (1982). *The Problematic Science: Psychology in Nineteenth-Century Thought*. New York: Praeger.

Wundt, W. (1886). Introduction. En R. Falcone & R. Bortnik (Trads.), *Elements de Psychologie Physiologique*. Paris: Felix Alcan Editeur. Recuperado de www.elseminario.com.ar

- Yanco, D., Ben David, J., Ferraro, M., & Reboiras, F. (2003). Programa docente de la Residencia de Salud Mental: Psiquiatría - Psicología. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Zaldúa, G., Bottinelli, M., Lodieu, M. T., Gaillard, P., & Nabergoi, M. (2003). 3.2 Representaciones Profesionales e Identidad Profesional en los trabajadores de la salud. En *Primeras Jornadas de Representaciones Sociales - Investigación y Prácticas. Organizado por: Ciclo Básico Común – UBA*. Buenos Aires.
- Zaldúa, G., Bottinelli, M., Lodieu, M. T., Tisera, A., Gaillard, P., Pawlowicz, M. P., & Nabergoi, M. (2010). 3.1. Contextos críticos en salud. Los efectos y las voces de los médicos/as de las guardias hospitalarias. En *Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas*. Buenos Aires: EUDEBA. Recuperado de : <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/129>
- Zizek, S. (2007). *El espinoso sujeto: El centro ausente de la ontología política* (2ª ed.). Buenos Aires: Paidós.

Anexo A

Cuestionario para profesionales con tareas de gestión

Los hospitales generales son ámbitos privilegiados para la práctica de la interconsulta. La mayoría de los profesionales “psi” que se forman y trabajan en los hospitales generales tienen algún contacto -más o menos intenso- con la interconsulta. Este estudio busca recuperar las experiencias de los profesionales con esta práctica, su mirada sobre el tema, en este caso desde la perspectiva de una Jefatura de Servicio.

Primero quisiera hacerle algunas preguntas acerca de las características del Servicio y luego me interesaría conocer sus opiniones sobre el tema.

Características del Servicio de Salud Mental

1. Nombre del Hospital:
2. Cantidad de profesionales del Servicio de Salud Mental:
 - 2.1. Psicólogos de planta:
 - 2.2. Psiquiatras de planta:
 - 2.3. Psicólogos residentes:
 - 2.4. Psiquiatras residentes:
 - 2.5. Psicólogos concurrentes:
 - 2.6. Psiquiatras concurrentes:
3. Experiencia de los profesionales de planta (en años de trabajo):
4. Orientación teórica mayoritaria de los psicólogos del Servicio:
5. Orientación teórica mayoritaria de los psiquiatras del Servicio:

Características del equipo de IC

6. ¿Cantidad de profesionales que hacen IC?
7. ¿Los profesionales que hacen IC conforman un equipo o cualquier profesional del servicio puede responder a un pedido de IC?
8. ¿Hay profesionales de salud mental haciendo IC que no pertenecen al Servicio de Salud Mental?
9. ¿Qué reuniones o actividades realizan quienes hacen IC? (consignar si hay reunión de equipo, supervisión, otras)
10. ¿Con qué frecuencia?
11. ¿Cuántas IC se realizan por mes, en promedio?
12. ¿Qué servicios solicitan IC con mayor frecuencia?

Opinión

-
13. ¿Cuál es la razón, según su óptica, por la que esos servicios solicitan más IC que otros?
 14. ¿Podría relatarme una situación que usted considere una típica interconsulta de este hospital?
 15. ¿Qué palabras sueltas se asocian para usted con “interconsulta”?
 16. ¿Alguna imagen que se asocie al concepto de “interconsulta”?
 17. ¿Qué reflexiones le merece este tipo de práctica?

Anexo B

Guión de entrevista semi estructurada para psicólogos que realizan IC

Los hospitales generales son ámbitos privilegiados para la práctica de la interconsulta. La mayoría de los psicólogos que se forman y trabajan en los hospitales generales tienen algún contacto -más o menos intenso- con la interconsulta. Este estudio busca recuperar las experiencias de los profesionales con esta práctica, sus vivencias, su mirada sobre el tema.

¿Podría contarme desde su ámbito profesional, una situación que usted considere una típica interconsulta de este hospital?

¿Qué palabras sueltas se asocian para usted con “interconsulta”?

¿Alguna imagen que se asocie al concepto de “interconsulta”?

¿Podríamos compartir alguna experiencia que por algún motivo fue significativa?

A partir de estas experiencias ¿Cómo le parece que debería funcionar la interconsulta?

Los psicólogos solemos encontrar una brecha entre la formación universitaria y la práctica.

¿Dónde diría usted que adquirió las herramientas más útiles para abordar las interconsultas?

Y tomando en cuenta que se trata de una clínica compleja ¿en qué se apoya actualmente para hacerlo?

La interconsulta involucra a otros profesionales, a veces del campo “psi” y siempre algún médico. ¿Cómo fueron sus experiencias con ellos?

¿Qué reflexiones le merece este tipo de práctica?

Anexo C

Guión de entrevista semi estructurada para médicos que solicitan IC

Los hospitales generales son ámbitos privilegiados para la práctica de la interconsulta. La mayoría de los médicos que se forman y trabajan en los hospitales generales tienen que realizar -en mayor o menor medida- interconsultas con otros profesionales. Este estudio busca conocer las experiencias de los médicos con la interconsulta psicológica. Nos interesa conocer sus experiencias, su mirada sobre el tema.

¿Podría contarme desde su ámbito profesional, una situación que usted considere una típica interconsulta con un psicólogo de este hospital?

¿Qué palabras sueltas se asocian para usted con “interconsulta psicológica”?

¿Podríamos compartir alguna experiencia que por algún motivo fue significativa?

A partir de estas experiencias ¿Cómo le parece que debería funcionar la interconsulta psicológica?

Tomando en cuenta que, en muchos casos, en su práctica se encuentra con pacientes complejos, ¿A partir de que ideas, conceptos, datos decide solicitar interconsulta psicológica?

La interconsulta involucra a otros profesionales, en este caso del campo “psi” ¿Cómo fueron sus experiencias en el trabajo con ellos?

¿Qué reflexiones le merece este tipo de práctica?

