



Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

**Abordaje de los Procedimientos de
Internación en el marco del Trabajo
Interdisciplinario de Psicólogos y Psiquiatras en
Tres Dispositivos de Guardia de un Hospital
Psiquiátrico Monovalente**

Alumno: Faliero, Gastón

Fecha 30/10/2018

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVO GENERAL.....	3
2.1.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
3. MARCO TEÓRICO.....	4
3.1.SALUD MENTAL.....	4
3.1.1.LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL.....	5
3.1.1.2.ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	5
3.1.1.3.ADECUACIÓN A LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL.....	8
3.2. Trastornos psíquicos frecuentes en el Servicio de Guardia.....	9
3.3.TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN SALUDMENTAL.....	14
3.3.1. Multidisciplina, Interdisciplina y Transdisciplina.....	14
3.3.2.SERVICIO DE GUARDIA DE EMERGENCIAS.....	15
3.3.3.EL ROL DEL PSICÓLOGO EN EL DISPOSITIVO DE GUARDIA.....	18
3.3.4.EL ROL DEL PSIQUIATRA EN EL DISPOSITIVO DE GUARDIA	19
3.3.5.Intervenciones Psicológicas y Psiquiátricas en el dispositivo de guardia.....	21
4. METODOLOGÍA.....	23
4.1.TIPO DE ESTUDIO.....	23
4.2.PARTICIPANTES.....	24
4.3.INSTRUMENTOS.....	24
4.4.PROCEDIMIENTO.....	25
5. DESARROLLO.....	26
5.1. Contextualización de la Practica Profesional.....	26
5.2. Procedimientos de internación utilizados por los equipos interdisciplinarios que conforman las tres guardias.....	27
5.3 El rol del psicólogo en relación al rol del psiquiatra en el momento de realizar una internación.....	30
5.4 Tipo de intervención realizadas por los tres equipos de psicólogos en las entrevistas diagnosticas previas a realizar una internación.....	33
6. CONCLUSIONES.....	34
7. REFERENCIAS.....	39
8.ANEXO.....	46

1. Introducción

El presente plan de trabajo final integrador es resultado de la práctica profesional realizada en los servicios de Guardia de un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El servicio de guardia cuenta con un equipo interdisciplinario compuesto por cuatro psiquiatras, uno de los cuales es el jefe de psiquiatría de la guardia, un psicólogo y un asistente social y un bioquímico que a su vez trabajan en conjunto con una guardia permanente de enfermeros y guardias de seguridad. El tipo de atención que se realiza se enfoca fundamentalmente en la atención de emergencia de internaciones voluntarias e involuntarias, en cuyo caso los pacientes son derivados al servicio de admisión, aunque también se realiza atención ambulatoria a pacientes que se presentan durante su horario de atención.

La finalidad del presente plan de trabajo final integrador es analizar los procedimientos de internación realizados por los diferentes equipos de guardia. Si bien se guían principalmente por la Ley de Salud Mental N 26.657, protocolos y normativas internas del hospital se observan discrepancias dentro del equipo interdisciplinario al momento de evaluar y decidir una internación del tipo involuntaria. De la misma manera, se pretende profundizar en la dinámica del grupo, observando y describiendo los roles que juegan psiquiatra y psicólogo en cada consulta. Con relación a lo anterior se hace necesario comparar el tipo de intervenciones utilizadas por los psicólogos de cada equipo a fin de distinguir una modalidad de trabajo.

2. Objetivo General

Analizar los procedimientos de internación realizados por los equipos interdisciplinarios conformados por psicólogos y psiquiatras de las tres diferentes guardias de emergencias de un Hospital Psiquiátrico Monovalente de CABA.

2.1 Objetivos Específicos

Describir las diferencias de los criterios de internación utilizados por los equipos interdisciplinarios que conforman las tres guardias.

Analizar en los tres equipos de guardia cuales son los roles de los psicólogos en relación a los roles de los psiquiatras en el momento de realizar una internación

Comparar el tipo de intervenciones realizadas por los tres equipos de psicólogos en las entrevistas diagnosticas previas a realizar una internación

3. Marco Teórico

3.1 Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) define "La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad". En la definición de salud se encuentra implícito que la ausencia de enfermedad no es condición suficiente para estar sano y esta es indisoluble de su entorno social. Stolkiner y Ardila Gomez (2012) analizan la definición de salud y plantean que la problemática de la salud no está orientada a la atención de la salud sino a la creación de políticas sanitarias que incluyan estrategias preventivas. En este marco se va a incorporar el "sufrimiento psíquico" como una problemática de la salud. Las políticas de Salud Mental nacieron en la posguerra amparadas por las iniciativas de los Estados de Bienestar proponiendo formas de atención ambulatoria y comunitaria como alternativa al modelo asilar-manicomial tomado como referencia en América Latina.

Alba, Agrest y Stagnaro (2012) afirman que la noción de salud se conforma por un continuo salud-enfermedad en armonía con el entorno. Diferencian la noción de "*Salud Mental*" de la de "*no tener una enfermedad mental* porque se puede padecer una enfermedad mental y gozar de las condiciones de salud mental. El "*padecimiento psíquico*" es el concepto opuesto a de "*Salud Mental*" indican los autores, dado que la enfermedad mental segrega a quien la porta mientras que el "*padecimiento psíquico*" alcanza a todos. De la misma manera, la enfermedad mental puede ser encuadrada en el seno de la Psicopatología Psiquiátrica y de la Psicología clínica a diferencia del

"*sufrimiento mental*" que carece de límites definidos.

Chiarvetti (2008) observa que, a partir de la creación del Departamento Nacional de Higiene en 1880 hasta la actualidad, las políticas de salud pública variaron de manera significativa de acuerdo a la impronta de cada gobierno, Sin embargo, identifica una constante en la modalidad de abordaje del sistema de salud hacia las personas y los grupos. La aplicación del modelo "Hospital-Enfermedad" basado en la modalidad asistencialista o tutelar.

Históricamente las personas que sufrían de un padecimiento mental primero fueron excluidas de las comunidades a las que pertenecían, exiliadas de las ciudades para luego en un

segundo momento volver a ser recibidos y contenidos dentro de los hospitales (Foucault, 1967). El estado definió los espacios para recluir a aquellos que resultaban disruptivos para la sociedad en instituciones asistenciales fundadas en la lógica filantrópica. La privación de derechos en la institución de tutela pasó a ser encubierta por el supuesto de cuidado o curación (Stolkiner & Solitario, 2007). En 1953 la OMS recomendó la transformación en comunidades terapéuticas de todos los hospitales psiquiátricos, adoptando el modelo propuesto por Inglaterra (Galende, 1990).

Stolkiner y Solitario (2007) describen a La Conferencia de Alma Ata de 1978, la Declaración de Caracas del año 1990 y los Principios de Brasilia del año 2005 como iniciativas de transición desde el modelo tutelar hacia el modelo comunitario cuyas bases son la promoción de derechos humanos y la inclusión social de las personas con padecimientos mentales. Estas iniciativas, afirman las autoras, abogaban por la desaparición de la internación prolongada reemplazándolas por formas asistenciales centradas en la comunidad para evitar los efectos iatrogénicos de la internación prolongada y atender la enfermedad desde el contexto social de la persona. También afirman que estas transformaciones se generan a partir de la consideración de la ocupación de las camas hospitalarias por pacientes psiquiátricos como un problema

A partir del año 2010, con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, el concepto de salud es entendido como un proceso determinado por componentes biológicos, culturales, históricos, socioeconómicos y psicológicos. La preservación y mejoramiento de la salud se realiza a partir de construcciones sociales desde el eje de los derechos humanos de las personas partiendo de la presunción de la capacidad de cada una de ellas (Ley N° 26.657, 2010).

3.1.1. Ley de Salud Mental

3.1.1.2 Antecedentes Históricos.

En Argentina, el estado financió la creación de las instituciones asilares cuyas bases se apoyaban en el principio de beneficencia. Esto condujo a la construcción de asilos y hospitales a lo largo de todo el territorio nacional en un breve período de tiempo cuya finalidad era asistir y cuidar de las personas que padecían retardo y alienación mental. Se compartía una visión cuasi paternalista respaldada en la racionalidad científica propia de la generación del 80. La función del médico higienista era brindar la mejor atención posible evitando el abandono o daño de la persona cuyo padecimiento requería asistencia.

Este nuevo modelo tenía como bases fundamentales para un proceso de rehabilitación exitoso a la educación y el trabajo. Su objetivo era reinsertar socialmente al paciente en actividades productivas para lograr cierta independencia económica.

A lo largo del siglo XX, esta infraestructura pensada para propósitos educativos, laborales de socialización y reinsertión social fue declinando hacia un franco abandono producto del debilitamiento normativo y de un aumento en la cronificación de los trastornos mentales de los pacientes asilados. (De Lellis, 2016)

Como hito importante que debemos señalar que el 27 de septiembre de 1985 era aprobada la ley 23.277, más conocida como “*Ley del Psicólogo*”. Allí se establecían ámbitos y condiciones de aplicación, así como derechos, obligaciones y prohibiciones en el ejercicio de la psicología en Capital Federal y territorios nacionales. Ahora bien, esa legislación tenía como antecedente la ley 17.132 que proponía diversas limitaciones a la actividad de los psicólogos. Entre estas limitaciones estaba claramente especificado el puesto auxiliar que ocupaba el psicólogo respecto del psiquiatra. (Campodónico, 2018)

En 1985 se produjeron tres hechos de decisiva trascendencia profesional:

- Se promulgó la ley 23.277, que reconoce y habilita la práctica psicológica.
- Se elevó a rango de Facultad la carrera de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Se aprobaron las incumbencias del Título de Licenciado en Psicología, incluyendo todas las áreas para las que está capacitado el egresado.

El 25 de noviembre del 2010 es sancionada la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.627 creando un marco de referencia en la transición de las viejas prácticas socio-sanitarias propias del siglo XIX. En el artículo 3^a se reconoce a la Salud Mental como Mental “*como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.*” (Ley N° 26.657, 2010, pág. 9). El contenido teórico que se encuentra implícito en este artículo es una guía para las prácticas de Atención Primaria de la Salud Mental. Crea un paralelismo entre lo psíquico y lo orgánico que sufre las consecuencias de ambiente externo. Por otro lado, se presenta abogando por la protección de los derechos cívicos, sociales y culturales en la atención de los enfermos mentales.

A los principios de la OMS se adhiere la Ley de Salud Mental 26.657 (2010) sancionada por el Congreso de la Nación de la República Argentina, dirigida a los Hospitales monovalentes para que promocionen y desarrollen planes concretos y eficaces con el apoyo de los Ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Además, esta ley convoca a participar a usuarios de los servicios de salud mental, a las familias y al sector comunitario. También invita a las Provincias y municipios a adherirse para que apoyen la descentralización de los Hospitales psiquiátricos.

Siguiendo con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (2001) se debe brindar a los pacientes parcialmente recuperados, asistencia integral por un equipo especializado, enfermeros, psiquiatras, psicólogos clínicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y voluntarios, y, por otro lado, los equipos multidisciplinarios deben encargarse de enfermedades orgánicas y patológicas más complejas.

La Ley 26.657 se enfoca en los derechos de las personas partiendo de la importancia de la inclusión social como parte esencial en el proceso de mejoramiento de la salud mental, poniendo en observación los procesos de institucionalización a largo plazo.

El artículo 11 de la misma indica la promoción y desarrollo de dispositivos ambulatorios, de inclusión social y laboral para sujetos que cuenten con el alta institucional.

También indica que este proceso debe realizarse fuera del ámbito hospitalario y a través de un abordaje interdisciplinario e intersectorial con orientación a la restitución de los lazos sociales. Los tratamientos psicofarmacológicos solo deberán ser realizados con fines terapéuticos y nunca de forma automática. En este marco, las internaciones podrán ser voluntarias o involuntarias. Estas últimas solo se podrán realizar como último recurso terapéutico posible en el caso de que paciente presente un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros (Ley N° 26.657, 2010).

Para Carpintero (2011), el acento está puesto en la interdisciplina, la cual debe caracterizar las prácticas de los equipos. Los miembros de los mismos deberán poseer las mismas facultades en relación a la toma de decisiones y a la posibilidad de ocupar cargos de gestión y dirección de servicios. Incluso los tratamientos psicofarmacológicos se prevén en el marco de abordajes interdisciplinarios.

Se establece la orientación comunitaria, el trabajo intersectorial y el requerimiento del consentimiento informado para la atención de los pacientes.

Las disposiciones en relación a las internaciones: se convierten en el último recurso terapéutico, de carácter restrictivo. Por lo tanto, el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario. Con relación al tema

internaciones, se prohíbe la creación de nuevos manicomios. A su vez, los existentes deben adaptarse para seguir los principios que plantea la Ley, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos: casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas (art. 14, Ley Nacional de Salud Mental, 2010). En referencia al impacto en el derecho argentino, modifica el Código Civil al eliminar el concepto de peligrosidad y sustituirlo por el de peligro cierto e inminente como criterio de internación involuntaria.

Esta ley trata la igualdad de condiciones dentro del equipo interdisciplinario para ocupar cargos de conducción de los servicios e instituciones del campo de la salud mental. De esta manera, la participación de diversos actores sociales en este contexto posibilita la visibilización de conflictos y prioridades entre los integrantes del equipo interdisciplinario y, a su vez, la incorporación de prácticas en las cuales el usuario pueda apropiarse subjetiva y colectivamente de sus derechos los ubica en una posición de exigibilidad (Brown, 2007)

3.1.1.3 Adecuación de la Ley de Salud mental.

En lo relativo a la aplicación, adecuación e implementación de la Ley de Salud Mental se observa falta de inversión, planificación e implementación de políticas públicas que conduzcan hacia la consolidación del modelo comunitario propuesto por la ley, por lo tanto, esta situación consolida las prácticas asilares y tutelares como respuesta al padecimiento mental, donde la internación prolongada en una institución monovalente implicaba la restricción de sus derechos (Amarante, 2009).

Los trabajadores del área de la salud mental reclaman e identifican la falta de políticas públicas e inversión de recursos para la creación de dispositivos alternativos al manicomio como el principal obstáculo para la implementación de la ley de salud mental. Por otro lado, las resistencias al trabajo interdisciplinario por parte de los modelos médicos hegemónicos que perciben pérdida de poder es identificado también como obstáculo (Zaldúa et al.,2014)

La incidencia de la ley 26.657 en los dispositivos de guardia en los hospitales de CABA desde la perspectiva de los Psicólogos y Psiquiatras fue dispar. El 74% de ellos respondieron que la implantación de la ley había incidido en su trabajo. Los psicólogos observaban aspectos positivos desde la implementación de la misma mientras que la mayoría de los aspectos negativos se encontraron en las respuestas de los psiquiatras.

Se identifica como ventaja los procedimientos de abordaje interdisciplinarios desde la perspectiva del paciente y familiares que concurren al dispositivo de guardia hasta en la interconsulta entre profesionales. También se percibe una valoración positiva sobre la dimensión de la ley que trata sobre la posibilidad de que las internaciones sean voluntarias, aunque en la práctica esto no suceda.

En relación a los obstáculos en la implementación se identifica la complejidad administrativa, la falta de capacitación en la aplicación de la ley por algunos profesionales y la falta de recursos tanto materiales como humanos para llevar a cabo lo normado en la misma (Rojas, Santimaria, Fevre, & Santimaria, 2014).

En relación esto último (Zaldúa et al.,2014) relevan la falta de creación de dispositivos sustitutivos y de apoyo a la desmanicomialización como ser las casas de medio camino y dispositivos de atención comunitarios a lo que se adiciona la falta de políticas de reorganización de recursos que le permitan articularse con otras organizaciones sociales. Estas son algunas de las causas que dificultan llevar a la práctica la implementación de la ley de salud mental produciendo un franco deterioro en calidad de atención recibida por los pacientes.

En este sentido se ha encontrado evidencia que señala que existe una relación inversa entre el uso que las personas realizan de los servicios de salud y la distancia o tiempo que deben recorrer para llegar a ellos, especialmente para los pacientes crónicos, de bajos recursos socioeconómicos y socialmente excluidos (Peters et al.,2008), siendo este uno de los aspectos promovidos por la ley pues al poner el foco en la atención comunitaria, se fomenta de esta forma la diversificación de la atención al paciente implicando una mayor cercanía a los efectores (Ley N° 26.657, 2010).

3.2 Trastornos psíquicos frecuentes en el Servicio de Guardia

A los fines prácticos de este trabajo se procederá a realizar una breve descripción de los trastornos psicopatológicos que se observan de manera en frecuente el servicio de guardia psiquiátrica del hospital.

La posibilidad de una conducta suicida existe durante todo el tiempo que duran los episodios precedidos antecedentes de intentos o amenazas de suicidio. Otras características asociadas a un aumento del riesgo de suicidio consumado son: ser varón, estar soltero o vivir solo y tener intensos sentimientos de desesperanza (OMS, 1992) (APA, 2014).

Es de gran importancia que el equipo de profesionales de la salud que tenga contacto con el paciente estén capacitados para poder detectar si el mismo presenta ideación suicida. El trabajo del equipo de salud mental no solo consiste en detectar su ideación suicida, sino también brindar un espacio donde el paciente se encuentra contenido y pueda poner en palabras su padecimiento (Paz, 2014).

En términos del riesgo potencial de que un paciente consuma suicidio, se vuelve vital el entranamiento en identificar índices de riesgo, dado que más de la mitad de los suicidas ha contactado a un agente de salud en el mes previo al suicidio.

El suicidio se correlaciona con la patología mental, siendo las principales los trastornos del estado de ánimo, el abuso de consumo de sustancias y la esquizofrenia. De los trastornos del estado del ánimo, los trastornos del espectro bipolar parecen ser los de mayor riesgo (Behobi, 2014).

La población con la que interviene el equipo está compuesta en su gran mayoría por hombres pertenecientes a la franja etaria de 18 a 65 años que no cuentan con obra social. Por otro lado, la mayoría de la población sujeto de intervención se encuentra con diagnóstico de trastorno psicótico, trastorno de la personalidad o depresivo. Respecto al plano laboral, una proporción alta se encuentra sin trabajo formal al momento de la intervención y quienes lo hacen, forman parte del ámbito laboral informal y/o realizan sus trabajos por cuenta propia, teniendo dificultades para insertarse en el mercado laboral formal; siendo de este modo objetos de la asistencia pública estatal a través de pensiones, programas sociales o ayudas económicas co-gestionadas por el municipio y el Hospital. Algunos se encuentran internados en la sala de corto plazo, otros en salas de largo plazo, otros en hogares asistidos, casas de convivencia y otra parte menor de la población convive con algún familiar. En cuanto al aspecto socioeconómico, en general la población con la que interviene el equipo pertenece a familias de bajos recursos con situaciones de precariedad (Saraceno, 2007). Como plantea Saraceno, refiriéndose a la población usuaria de servicios de salud mental, *“no todos los grupos sociales están en igualdad de riesgo, siendo las poblaciones de los estratos socio-económicos más débiles las más vulnerables”* La Precariedad no solo se expresa en la dimensión material de la vida de los sujetos, sino también en la dimensión simbólica en la que está constituida: por el acceso a los recursos, las relaciones vinculares, y el estigma que acarrea la “locura” como categoría social.

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que usualmente se manifiesta en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta. Sigue un curso crónico y su prevalencia en la

población general es del 1%. Suele producir graves incapacidades psicológicas, sociales y laborales en las etapas en donde el sujeto se podría encontrar económicamente activo. Se caracteriza por la desorganización parcial de las funciones de la personalidad, regresión en el desarrollo, aislamiento social y repliegue al mundo interno subjetivo de ideas caracterizadas por alucinaciones o delirios. Un aspecto central de la desorganización de la personalidad es la pérdida de la verificación de la realidad (Alanen, 2003). Por otro lado, presentan como manifestación cardinal la falta de conciencia de enfermedad dando como resultado final una gran disminución de la calidad de vida del paciente, así como la de sus familiares (Silva Ibarra, 2012).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su 5ta edición, define los trastornos del espectro de la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y trastornos esquizotípicos como cuadros que presentan anomalías en uno o más de los cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo y síntomas negativos.

Los delirios se presentan como creencias fijas no susceptibles de cambio a la luz de pruebas en su contra. El contenido del mismo puede apoyarse en diversos temas como ser los delirios persecutorios, referenciales, de grandeza, erotomaníacos, nihilistas y somáticos. Las alucinaciones son percepciones que tienen lugar sin presencia de un estímulo externo y no están sujetas al control voluntario. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, pero las auditivas están relacionadas con los trastornos esquizofrénicos. El pensamiento desorganizado se infiere a partir del discurso del individuo el cual puede cambiar de un tema a otro sin relación alguna, se denomina descarrilamiento o asociaciones laxas. El discurso puede llegar a estar tan desorganizado que resulta incoherente y, por lo tanto, incomprendible dificultando la comunicación de manera sustancial. El comportamiento motor muy desorganizado se puede presentar desde movimientos infantiloides hasta una excitación motriz impredecible y sin estar dirigido a un objetivo. También se puede presentar un comportamiento catatónico como una disminución marcada de la reactividad al entorno. Son característicos el mutismo y estupor, también el negativismo.

Los síntomas negativos se caracterizan en la expresión emotiva disminuida, la abulia, la anhedonia, la alogia y la asociabilidad. Estos son prominentes en la esquizofrenia, no así otros trastornos psicóticos (APA, 2014).

La Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y Trastornos Relacionados con la Salud (OMS, 1992) , requiere para el diagnóstico de esquizofrenia al menos uno de los siguientes síntomas, que deberán estar presentes durante la mayor parte del tiempo por un mínimo de un mes o más: 1) eco, inserción, robo y difusión del pensamiento, 2) ideas delirantes de control, influencia o pasividad, 3) alucinaciones, 4) otras ideas delirantes persistentes culturalmente inapropiadas, 5) alucinaciones persistentes, 6) rotura o interpolación en el pensamiento, 7) conducta catatónica, 8) síntomas negativos que implican retracción social y escaso rendimiento social, no causados por depresión o medicación, 9) cambio en la conducta global (OMS, 2016)

Estudios recientes que evaluaban variables socioeconómicas en sujetos diagnosticados con esquizofrenia indican que el 93.7 % no había contraído matrimonio, ni se encontraba en pareja. El 69,6% no tenía ocupación y por lo tanto tampoco obra social o medicina prepaga y un 84.2% presentaba bajo nivel educativo (Caqueo-Urizar, Urzúa, & Rus-Calafell, 2017). Estos datos resultan relevantes dado que reflejan el tipo de paciente que concurre al dispositivo de guardia de un hospital neuropsiquiátrico monovalente.

Los trastornos esquizofreiformes o trastornos de la personalidad se definen como patrones permanentes de experiencia interna y comportamiento que se alejan de las expectativas de la cultura del sujeto. Es un síntoma generalizado, poco flexible, estable en el tiempo con inicio en la adolescencia o adultez temprana dando lugar al malestar en sujeto. Los trastornos de la personalidad se distribuyen en grupos basados en sus similitudes descriptivas. Los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica presentan en los individuos comportamientos raros, bizarros o excéntricos. Mientras que los individuos que padecen trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista se caracterizan por ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas. Los trastorno de personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva afecta a los individuos produciéndole ansiedad y temor. (APA, 2014)

Los trastornos de la personalidad y las transformaciones persistentes de la personalidad son formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como repuestas inflexibles en un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas o significativas del modo en que el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, particularmente, se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos

múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social. (OMS, 1992)

El trastorno bipolar produce un cambio en el humor o en la afectividad hacia la depresión (con o sin ansiedad asociada) o la euforia. El cambio en el humor se suele acompañar de un cambio en el nivel general de actividad; los demás síntomas, en su mayoría, son secundarios a, o fácilmente comprensibles en el contexto del cambio en el humor y la actividad. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de un episodio en particular puede, a menudo, estar relacionado con la presencia de acontecimientos o situaciones estresantes. (OMS, 1992)

El trastorno bipolar I se caracteriza por un episodio maniaco en el cual el estado de ánimo es anormal, expansivo e irritable. Se produce un aumento de la energía, disminución de la necesidad de dormir, aumento de la autoestima y la euforia seguido de un Episodio de Depresión Mayor que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, disminución del interés o placer por todas las actividades, pérdida o aumento de peso, insomnio, agitación o retraso psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, bradipsiquia y pensamiento de muerte. Estos síntomas causan un malestar clínico significativo que conlleva al deterioro en lo social, lo laboral u otras áreas funcionales (OMS, 1992).

El trastorno bipolar II se diagnostica en presencia de un episodio hipomaniaco pasado o actual y al menos un episodio depresivo mayor pasado o actual. Comparte muchos de los criterios diagnósticos del episodio maniaco diferenciándose de este en el hecho que el episodio no es lo suficientemente grave como para afectar las áreas funcionales del paciente (OMS, 1992).

El trastorno depresivo se caracteriza por la desregulación disruptiva del estado de ánimo. El rasgo común de este trastorno es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. Lo que los diferencia en la duración, la presentación temporal o la etiología. El trastorno depresivo mayor se caracteriza por episodios de al menos dos semanas

de duración que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones inter episódicas (OMS, 1992).

El trabajo interdisciplinario en salud mental es el enfoque más utilizado y beneficioso para el tratamiento de estos trastornos (Riba, Balon, & Weiss Roberts, 2018) (Nazar, 1994) El interés del trabajo interdisciplinario es alcanzar los mejores resultados en el tratamiento, enfatizando la comunicación de manera frecuente entre los profesionales, el respeto mutuo, la formación y experiencias previas y la frecuencia de contacto con el paciente, ya sea durante periodos de estabilidad o en fase aguda de tratamiento (Sudak, 2011).

3.3. TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN SALUD MENTAL

3.3.1. Multidisciplina, Interdisciplina y Transdisciplina.

Follari (2005) indica que la cuestión de la interdisciplina ha sido debatida en los ámbitos académicos desde la década del 1970. Consideró que bajo ciertas nociones de amplitud se ocultan posturas divergentes. De esta manera, afirmó que existe el riesgo de que algunas concepciones políticamente correctas tiendan a una perspectiva eficientista y no a criterios crítico-reflexivos. Lo interdisciplinario no debería equipararse a un aglutinamiento de saberes ni a una posición pacificadora.

Ribes-Iñesta (2002) analizó el caso específico de la psicología y partió de cuatro caracterizaciones de la aplicación del conocimiento científico: disciplinas, multidisciplinas, interdisciplinas y transdisciplinas. Las primeras se caracterizan por tener un objeto de conocimiento claramente definido en términos de relaciones, propiedades y dimensiones. Las multidisciplinas se caracterizan por la convergencia de dos o más disciplinas para analizar cuestiones que no resultan completamente abordables por una de ellas. En tal sentido, la conjunción refiere tanto al objeto de conocimiento en cuestión como a las metodologías disponibles para abordarlo.

Finalmente, las interdisciplinas se conforman a partir de una problemática social determinada. Así, refieren a objetos y problemáticas que por su complejidad demandan más que confluencia, una integración de conocimientos, tecnologías y observaciones prácticas provenientes de diferentes disciplinas para la generación de soluciones y propuestas. Con relación a lo anterior, la Ley 26.657 indica que se debe promover el trabajo en equipos interdisciplinarios e intersectoriales, y a su vez contempla el derecho a los pacientes a recibir la mejor opción de tratamiento posible, y a recibir información sobre su diagnóstico y

tratamiento, incluyendo la posibilidad de aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos.

Mastandrea et al. (2009) acuerdan con los principios de la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Ley de Salud Mental 26.657 al considerar el trabajo de los profesionales como fundamental en la rehabilitación y resocialización del paciente. Interviniendo con tratamiento psicoterapéutico (basado en la teoría y práctica) utilizando distintas estrategias y dispositivos que permitan al enfermo capacitarse en la autonomía, reinserción laboral, social y familiar. Tarea que solo puede lograrse a través del discurso entre las diferentes disciplinas (Ley N° 26.657, 2010)

La interdisciplina nace de la indisciplina de los problemas que se presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos en un único modelo de ciencia. Los problemas ya no se presentan como objetos sino como demandas complejas. Cuestionar un modelo de ciencia es cuestionar la posibilidad de la existencia de un saber racional, pre-construido a la acción, neutro, desprovisto de ideología. Cuestionar no significa negar, se trata de no dar por natural una categorización de las Ciencias. La definición compleja del proceso salud/ enfermedad/ atención mostraba la imposibilidad de diferenciar enfermedades mentales de biológicas y la necesidad de incorporar la dimensión social a su análisis. El trabajo interdisciplinario se presenta como un desafío para los profesionales de la salud mental en el ámbito institucional porque además de las habilidades específicas de cada disciplina implica desarrollar relaciones con otros efectores del sistema de salud a fin de potenciar la calidad de atención a los usuarios. Los equipos de salud mental son uno de los dispositivos más jóvenes en el dispositivo de guardia, aun en la compleja tarea de inserción y crecimiento de saberes compartidos con los demás actores de la guardia (Stolkiner, 1987).

3.3.2 Servicio de Guardia de Emergencias.

En el contexto de la Ley N° 25.657, las internaciones involuntarias serán utilizadas como un último recurso terapéutico sólo en casos extremos, donde el paciente presente un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Este tipo de internaciones deberán realizarse en el menor tiempo posible, con el objetivo de mantener los lazos del paciente con la comunidad evitando aislarlo de su contexto social. En lo administrativo, se produce cambios en relación a la distribución de responsabilidades a la hora de decidir este tipo de internaciones, ya que para realizarlas se deberá contar con la firma de al menos dos profesionales de la salud, uno

de los cuales deberá ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra. Además, se equipararon las responsabilidades a nivel institucional de los integrantes de los equipos de salud, donde ya no se observa la preminencia de la figura del médico, sino que todos están en igualdad de condiciones para ocupar cargos de conducción y gestión de los servicios e instituciones (Ley N° 26.657, 2010).

Como parte del abordaje interdisciplinario promovido por la ley, se deberán crear servicios de guardia externa en todos los hospitales generales, los cuales deberán estar conformados por médicos, psicólogos y trabajadores sociales (Ley N° 26.657, 2010), sin embargo desde la perspectiva de los profesionales muchos de estos hospitales generales aún no cuentan con un equipo de salud mental en sus guardias externas, especialmente en la provincia de Buenos Aires, o no disponen de salas de internación destinadas a tal fin, debiéndose realizar internaciones en las ya existentes. Este recurso de internación ha generado problemas en hospitales generales, especialmente en casos de descompensación psicótica y problemas de consumo de sustancias, ya que las instalaciones no están preparadas para este tipo de casos y por otro lado el personal no ha sido formado específicamente para este tipo de situaciones. Además, desemboca en la derivación del paciente a Hospitales monovalentes yendo en contra del espíritu de la ley (Rojas, Santimaria, Fevre, & Santimaria, 2014).

En este sentido, la progresiva disminución de la admisión en hospitales monovalentes y la revisión de las internaciones involuntarias por parte de la justicia no es acompañada por la disponibilidad de camas para internación en hospitales generales, contando la Ciudad de Buenos Aires con sólo dos salas en hospitales generales en 2014 (Ministerio Público Tutelar, 2014), tendencia que además se ve corroborada al validar que más del 80% del presupuesto para salud mental está destinado a los hospitales monovalentes (Ministerio Público Tutelar, 2013). También es importante mencionar que aún no se han destinado recursos suficientes a nivel nacional y provincial para la implementación de esta ley: como por ejemplo el incremento de profesionales en la guardia y en los servicios de salud mental, la creación de casas de medio camino, un sistema de acompañamientos terapéuticos, etc.

Como consecuencia de lo antes mencionado, los usuarios ven dificultadas sus oportunidades reales de inclusión, ya que la escasez de dispositivos intermedios de atención en la comunidad atenta contra su recuperación, la adquisición de mayor autonomía, y contribuyen en última instancia a la perpetuación de los espacios de internación como única opción de tratamiento (Tisera & Lohigorry, 2014).

En general, la mayoría de las demandas de guardia están institucionalmente catalogadas como “sociales”. Este término muy conocido en el campo de la salud, acarrea cierta reducción biologicista del sujeto a su padecer psiquiátrico, al comprenderlo disgregado de su contexto social de vida. Como plantea Saraceno “el nivel socio-económico precario genera enfermedad y como resultado de la enfermedad se agrava la precariedad” (Saraceno, 2007). Se rotula de “*sociales*” a aquellos pacientes que se encuentran en situación de calle, o no tienen vivienda donde regresar al momento del alta, o no cuentan con una red social o familiar de contención. Por tales motivos, permanecen internados días o incluso meses. Es así que las interconsultas por guardia, generalmente, son efectuadas a último momento cuando comienza la necesidad del “*giro cama hospitalario*” (Rolando, 2015).

En el momento que se plantea una emergencia en el servicio de guardia se pone en funcionamiento todo el protocolo de atención. Psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales despliegan sus aptitudes para enfrentar una situación que requiere una rápida respuesta. Desde la psicología una urgencia en salud mental se define por la presencia de una situación transitoria que irrumpe y altera las coordenadas de vida de una persona, conllevando un alto monto de sufrimiento subjetivo. Se considera como una parte del proceso salud-enfermedad, un emergente de un malestar, pero también de un intento de cura. Este estado de cosas no debe ser pensado de manera negativa, sino que plantea una posibilidad para la intervención tendiente a generar un cambio o una nueva significación. En palabras de Ricardo Seldes:

No somos compasivos, esa es una contraindicación de rigor. No estamos allí para cargar la miseria sobre nuestros hombros... No apuntamos a una vuelta atrás en el tiempo, a que todo se restituya al punto anterior a la emergencia de la crisis. Si vino, si no se pudo evitar, que de ella se saque algún provecho. (Seldes, en Belaga [comp.], 2004, p. 36)

Toda consulta implica un punto de urgencia, más allá del dispositivo en el que dicha urgencia se presente. Se piensa que toda consulta está precedida por una ruptura, una irrupción, un punto de quiebre del equilibrio en el que alguien se sostenía hasta cierto momento (Miari, 2013). Resulta necesario definir los roles que desempeñan los actores principales del dispositivo de guardia, psiquiatras y psicólogos, y también definir cuáles son las herramientas que utilizan en el momento de realizar una internación.

3.3.3 Rol del Psicólogo en la Guardia de Emergencias.

Una de las competencias del psicólogo es realizar entrevistas diagnósticas. En el servicio de guardia, las entrevistas tienen la finalidad de permitirles a las profesionales realizar un primer diagnóstico, recabar información filiar, antecedentes de tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos, situación socioeconómica para evaluar y dar un diagnóstico construido y consensuado interdisciplinariamente que justifique la internación involuntaria del paciente (Klappenbach, 2000). La elaboración de un diagnóstico, depende en muchos casos de la posibilidad de interactuar con el paciente, que en más de una ocasión accede al servicio sin poder dar cuenta de datos básicos y datos sobre su familia.

Zapata, Fernandez y Alvarez (2018) afirman que la psicología en el hospital, dialoga necesariamente con otros discursos, otras prácticas, y se articula a ellos en función de la Salud Mental, poniendo en primer plano el trabajo de rescatar la singularidad y las modalidades particulares dentro de un universal necesario, como lo es el *para todos* del ámbito público. Saber encontrar estos límites puede ser una de las mayores tareas para el psicólogo clínico en su paso dentro del hospital, para desde ahí buscar el espacio propicio donde su actuar adquiera toda su riqueza.

Trabajar la urgencia es resolver en forma inmediata. Ése, es precisamente el espacio médico. Su misión es “correr prisa, remediar”. Los profesionales de la psicología manejamos otra dimensión de la emergencia, ofrecemos otro tiempo. Este es el tiempo que promueve el surgimiento de palabras en los lugares de vacío que da lugar al discurso donde la palabra cayó y sólo hubo acto (drogarse, alcoholizarse, cortarse, lastimarse). Se entiende que sólo a partir de este ofrecimiento la derivación resultará efectiva y la oferta oculta silenciosa y de espera tendrá lugar. El psicólogo es precisamente quien está capacitado para escuchar no sólo la demanda del paciente, sino también la angustia familiar. Esta ardua e ineludible tarea reclama asistencia integral a partir de la construcción de una red de contención que la mayoría de las veces se vehiculiza a través de la palabra.

Es una figura muy reconocida la de los profesionales psi entrevistando al paciente, por un lado, al entorno por otro y al mismo tiempo haciendo malabares en la búsqueda de contactos de amigos/vecinos que puedan funcionar como malla de contención. La experiencia demuestra que cuando en los momentos de crisis, se trabaja en el fortalecimiento de redes tanto familiares como sociales, no resulta necesario excluir a los pacientes de su núcleo de

pertenencia. Concomitantemente, al reforzar el lazo social que lo contiene se preservan sus derechos y por ende su dignidad como persona. (Dreling, Fernandez Vitale, & Santa Curz, 2012). Por otro lado, el rol del psiquiatra en el dispositivo de guardia de emergencias se presenta como esencial a la hora de responder ante una urgencia y definir una internación

3.3.4 Rol del Psiquiatra en la Guardia de Emergencia

La psiquiatría se define como una rama de la medicina que se especializa en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. Diagnosticar refiere a la actividad de reconocer signos y síntomas de una enfermedad mediante una entrevista diagnóstica (Donnoli, 2009). El tratamiento de las misma implica la prescripción de psicofármacos que suelen completarse con psicoterapia. Según la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental (2010), los psiquiatras prescriben psicofármacos solo en casos necesarios y nunca para suplir la terapia.

Menniger (1947) expresa que el psiquiatra juega un papel importante dentro de la ciencia médica pero también sobre el aspecto social de los sujetos, por lo que debe interesarse por la situación social de sus pacientes. Una función esencial de la psiquiatría es la prevención de la enfermedad mental. La psiquiatría preventiva debe preocuparse por la causa y alivio de la enfermedad mental, neurosis, psicosis, trastornos del carácter. Se debe buscar la manera de reducir los síntomas de las enfermedades sociales, educar al público mediante información psiquiátrica e indagar sobre tratamientos más cortos y efectivos. El médico psiquiatra desempeña la función de brindar atención integral al paciente, las visitas diarias, evaluación, tratamiento y medicación a seguir en cada caso basándose en la observación minuciosa de la sintomatología desde el momento en que ingresa. Ordena la hospitalización y el egreso del paciente cuando es pertinente.

En el modelo asistencial tradicional, basado fundamentalmente en el hospital psiquiátrico como casi único recurso, es una estructura claramente jerarquizada, con un Director Médico al frente de todo el dispositivo y a una serie de psiquiatras como ejecutores de una política asistencial más o menos afín a la “cultura” propia del hospital. Por debajo se sitúan toda una serie de estamentos (Psicólogos, enfermeros, auxiliares de enfermería, asistentes sociales, etc.), que son meros ejecutores de las órdenes de los psiquiatras, y al final de esta cadena se encuentran a los pacientes, que asisten a una serie de actuaciones más o menos terapéuticas. En este clásico modelo asistencial, el rol de los psiquiatras estaba claro e implícitamente aceptado por el sistema. Se encontraban en la cúspide de una pirámide jerárquica y sobre

ellos solamente residía toda la responsabilidad del ingreso del paciente, del proceso diagnóstico y de las decisiones terapéuticas. Con el supuesto desmantelamiento de las estructuras manicomiales va cambiando toda esta dinámica de posición jerárquica (García Estrada Pérez & De las Cuevas Castresana, 1998). Espino (1992) distingue tres tipos de psiquiatra: un *psiquiatra académico*, ligado a la estructura universitaria, más interesado en la enseñanza y la investigación que en la práctica clínica; un *psiquiatra hospitalario*, entrenado en la psiquiatría pesada; y un *psiquiatra clínico asistencial*, más polivalente. Existen casos en los que el psiquiatra queda relegado a la función de expendedor de recetas a pacientes.

El estudio del paciente psiquiátrico tiene lugar en el desarrollo de la entrevista o del proceso de entrevistas. La entrevista es una herramienta técnica que permite comprender fenómenos ocurridos en el devenir del vínculo que se establece entre el terapeuta y el paciente. Es un encuentro entre personas en situación especial, donde se aplica una técnica de investigación médica que permite la obtención de información semiológica para sintetizar un diagnóstico presuntivo sobre un trastorno o una enfermedad mental (Marietan, 1991). Tal investigación es la realización de la semiología psiquiátrica, que consiste en una búsqueda sistemática de signos provenientes del entrevistado y, más aún, de todo el campo que se establece durante la interacción. La semiología psiquiátrica estudia las funciones psíquicas, los hábitos y comportamientos básicos del paciente. El estudio del paciente requiere muchas veces de una ampliación del espacio de trabajo hacia el grupo familiar (Vallejo, 2002).

Toda la información producida durante el desarrollo del trabajo de estudio del paciente debe ser volcada en un instrumento ordenador de la actividad clínica: la historia clínica. La misma tiene un triple propósito: científico-técnico, administrativo y legal (Marietan, 1991).

La observación y la escucha son los elementos fundamentales que se ponen en juego para llevar a cabo el estudio del paciente. La mirada sobre los comportamientos y actitudes que despliega el entrevistado y la atenta lectura de su discurso, permiten construir un otro discurso que intenta superar la situación de encrucijada a la cual la vida llevó al paciente y lo puso frente a su entrevistador (Othmer & S.C., 2003).

García Estrada Pérez y De las Cuevas Castresana (1998) agregan que el análisis del discurso es capital en la psiquiatría y constituye la mayor diferencia con respecto al resto de las disciplinas médicas y la colocan como puente entre la medicina y la psicología. También detallan que en una primera fase, la de diagnóstico, el principal protagonista sería el psiquiatra, ya que gran parte de su actividad formativa la ha pasado entrenándose en saber reconocer signos y síntomas y agruparlos en entidades diagnósticas. El psicólogo también tiene un papel importante a desarrollar a este nivel, por su conocimiento en la aplicación de

técnicas diagnósticas específicas. La segunda fase, de la decisión terapéutica, o sea, qué tipo de tratamiento es el más indicado a partir de la formulación diagnóstica en cada caso, corresponde también fundamentalmente al psiquiatra, por los mismos motivos expuestos arriba. El psicólogo también tendría un papel aquí, a la hora de indicar tratamientos no físicos, de tipo psicoterapéutico, técnicas conductistas, etc. La tercera fase, la de implementación del tratamiento, correspondería a los tres estamentos, con ciertas especificidades: prescripción de medicamentos, aplicación de la Terapias Electro Convulsivas (psiquiatra); administración de medicamentos (enfermera); técnicas psicoterapéuticas (psiquiatra y psicólogo); trámites de pensiones asistenciales, contacto con familiares (enfermera, trabajador social).

Por otro lado, Garcia Estrada Perez y De las Cuevas Castresana (1998) aclaran que, en la práctica, es inevitable que se produzca un cierto solapamiento de roles, que será mayor en aquellos equipos con mejor comunicación entre sus miembros, cuando los objetivos asistenciales estén claros para todos y cuando las relaciones interpersonales sean satisfactorias. Al contrario, una mala comunicación o relación interpersonal nos llevará a un atrincheramiento en ciertas funciones que dará como resultado una actividad clínica rígida y poco adecuada para lograr objetivos asistenciales globales. Es, por lo tanto, de vital importancia revisar periódicamente la dinámica de los equipos terapéuticos y ser capaces de cambiar actitudes y flexibilizar posturas.

3.3.6. Intervenciones Psicológicas y Psiquiátricas en el dispositivo de guardia

Los tratamientos psicológicos y psicosociales de las psicosis se rastrean en antiguas fórmulas de convivencia y trato humanitario introducidas por Pinel hace ya dos siglos. En el primer tercio del siglo XX se rastrean los primeros procedimientos psicoanalíticos aplicados a estos pacientes, de la mano de Carl Jung, entre otros, buscando desarrollar sentimientos más saludables de sí mismos y partiendo del supuesto de que el trastorno psicótico venía determinado por relaciones tempranas.

Lemos Giraldez et al., (2008) indican que las utilidades de técnicas psicoanalíticas en la psicosis resultan efímeras debido a sus deficiencias metodológicas y por sus efectos potencialmente estigmatizadores. El psicólogo interviene desde su experiencia, caso por caso. También el psiquiatra, pero desde el modelo médico aceptado por la comunidad científica internacional basada en la evidencia e uso racional de los psicofármacos.

Estos autores consideran que el psicólogo debe realiza un análisis de los síntomas para entender su naturaleza, el contenido de las ideas delirantes y la modalidad sensorial que presentan las alucinaciones. Una vez establecida la naturaleza de los síntomas se interroga al paciente sobre sus reacciones emocionales, conductuales y cognitivas que estos síntomas le producen de forma tal que esté en disposición de conocer cómo afecta este conjunto ideas delirante y alucinaciones, tanto en el ámbito emocional, de comportamiento o de pensamiento. En un paso posterior se debe indagar sobre las situaciones en las que los síntomas aparecen. Se debe realizar un rastreo de los antecedentes del inicio de la sintomatología psicótica.

Betta (1981) indica que existen preguntas fundamentales que guían el diagnostico como las auto psíquicas que permiten conocer si el paciente se reconoce a sí mismo, a su historia, etc. y las alopsíquicas para saber si está orientado en espacio y tiempo, si tiene conciencia de situación y de enfermedad.

Los principales objetivos en una guardia de psicología serán:

- 1.- Evaluación y presunto diagnóstico para tratar de resolver la urgencia.
- 2.- Prevenir las posibles futuras recaídas del paciente, estableciendo un adecuado plan de intervención (la que incluirá la derivación a un profesional especialista, según el caso).
- 3.- Conectar al paciente y la familia con el Equipo de Salud Mental o grupos de ayuda.
- 4.- Reconocer los recursos disponibles del paciente y su familia para que las intervenciones y posibles derivaciones sean exitosas.

Es probable que, en una guardia, ese primer contacto con el paciente y su familia, sea el único (una sola observación, una sola entrevista, etc.). En este sentido, es sumamente importante no solo la resolución de la urgencia como primera instancia, sino también ser puerta de entrada a un sistema que permita también la detección precoz y prevención de problemáticas (Panighetti, 2012).

Zapata, Fernández y Alvarez (2018) afirman que la intervención realizada desde la psicología clínica en tanto se orienta a la localización subjetiva de quien habla, produce efectos terapéuticos sobre el padecimiento psíquico y sobre el modo de hacer con ese padecimiento, que permite crear las condiciones de posibilidad para marcar una diferencia en esa demanda aplanada. Se trata de posibilitar un nuevo ángulo de intervención desde la guardia del hospital, que no esté destinada simplemente a la mecanización de la respuesta y la

demanda. La escucha desde la psicología clínica busca restituir la palabra al sujeto ubicando la singularidad de ese modo de padecer. Asimismo, la presencia de una escucha y una intervención, implican para el sujeto dirigirse a otro, lo que, en principio, representa un lazo. Y en la medida en que algo se enlaza es posible la construcción de algo diferente a lo que se presenta en forma estereotipada.

Garay et al., (2016) define al tratamiento combinado en salud mental como la aplicación conjunta de dos modalidades diferentes. Se trata de la utilización conjunta de algún tipo de psicoterapia y un tratamiento psicofarmacológico. Actualmente se dispone de criterios consensuados a nivel internacional que orientan la implementación de un tratamiento combinado. Esto permite la confección de guías clínicas confeccionadas a partir de la evaluación de los estudios de investigación existentes sobre un determinado trastorno mental. Tanto en lo relativo a su diagnóstico como a su tratamiento. En este sentido, se posee información relevante acerca del tipo de paciente, como y cuando se debe combinar los diferentes tipos de tratamiento a fin de poder realizar una administración racional de los recursos disponibles. La combinación de psicoterapia y psicofarmacología es un paradigma aceptado en el campo de la salud mental. Dado a los cambios en la atención de la salud mental sugieren que aumentará la utilización del Tratamiento combinado en el futuro. Numerosos estudios confirman que la combinación de ambos tratamientos es más efectiva que la monoterapia para diversos trastornos. Por lo general, el psiquiatra maneja la terapia psicofarmacológica y el psicólogo aplica la psicoterapia. Por otro lado, Sudak (2011) agrega que, para alcanzar el éxito de los tratamientos, son fundamentales la comunicación y el respeto entre profesionales. A la hora de implementarlos es necesario tener en cuenta diversos factores: la filosofía de atención al paciente y los modelos explicativos de la enfermedad con los que se trabaja; la formación previa y la experiencia; la frecuencia de contacto con el paciente; el modo y la frecuencia de comunicación entre los profesionales, ya sea cuando el paciente esta compensado.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

El presente trabajo es un estudio Cualitativo descriptivo

4.2.Participantes

Los participantes conforman tres equipos de guardia asignado a los lunes, miércoles y domingos. Son grupos mixtos cuyas edades oscilan entre los 30 a 60 años. Cada guardia dura 24horas, de 9 de la mañana hasta las 9 de la mañana del otro día.

La guardia de los lunes está integrada por una psicóloga de orientación psicoanalítica Lacaniana y cuatro psiquiatras de planta. Dos mujeres y dos hombres. Uno de los psiquiatras es el jefe de guardia. La mayoría trabaja en la institución desde hace más de 5 años. También lo integra una asistente social, un médico clínico, una bioquímica, dos enfermeros, 3 rotantes de psicología de orientación psicoanalítica Lacaniana.

La guardia de los miércoles está integrada por cuatro psiquiatras de planta, tres varones y la Psiquiatra Jefa de Guardia. Una psicóloga de orientación psicoanalítica Lacaniana. Sus edades promedian entre los cuarenta y cincuenta años con diez años de permanencia en el servicio. También está integrado por una asistente social y un médico clínico. El único concurrente de la carrera de psicología es quien suscribe. Por otro lado, concurren dos jóvenes psiquiatras a completar su residencia.

La guardia de los Domingos está conformada por cuatro psiquiatras, tres mujeres y un hombre. Una de ellas es la Jefa de Guardia, quien se encuentra próxima a jubilarse. También se conforma de un psicólogo, hombre de orientación psicoanalítica freudiana. La mayoría promedia los 35 años de edad y se encuentran trabajando en la guardia hace más de 5 años salvo la jefa de guardia.

4.3. Instrumentos

Como instrumento de recolección de datos se utilizó la observación participante, durante los días lunes, miércoles y domingos en el Servicio de Guardia de un hospital neuropsiquiátrico monovalente de CABA durante un periodo de cuatro meses. Se realizaron entrevistas semiestructuradas de 30 minutos de duración al equipo profesional en conjunto y por separado a cada uno de los integrantes

Los ejes que se tuvieron en cuenta para llevar a cabo las entrevistas al equipo interdisciplinario de psicólogos y psiquiatras de cada servicio de guardia fueron:

- ¿Cómo está compuesto el servicio de Guardia, de qué manera trabaja y cuáles son sus normas y objetivos?

- ¿Cuáles son los criterios legales y diagnósticos para realizar una internación?
- ¿En qué consiste el trabajo del equipo de guardia y qué tipo de abordaje farmacológico, psicológico y social suele ser utilizado?
 - ¿En qué consiste el trabajo interdisciplinario entre los distintos profesionales y cómo se lleva a cabo?
 - ¿Cuál es el rol del psicólogo en el servicio de Guardia y cuáles son las herramientas con las que cuenta para realizar su trabajo en una internación? ¿Qué tipo de intervenciones utiliza?
 - ¿Cuál es el rol del Psiquiatra en el servicio de Guardia y cuáles son las herramientas con las que cuenta para realizar su trabajo en una internación?
 - ¿Qué dispositivos o modalidades de abordaje psicoterapéutico existen post internación?

También se utilizó como fuente de información las historias clínicas, libro de actas de consultas internas y externas confeccionadas durante las internaciones de las cuales se observó y se extrajo el detalle de los procedimientos e intervenciones que se registran.

4.4 Procedimientos

Se utilizó como método la Observación Participante bajo la modalidad de sistema descriptivos y narrativos con la finalidad de recabar datos sobre los procedimientos de internación en psicólogos y psiquiatras de los 3 servicios de guardia durante los días lunes, miércoles y domingos

Se complementó con entrevistas focalizadas, semiestructuradas abiertas a psicólogos y psiquiatras, bajo la modalidad en conjunto y por separado para determinar cuáles fueron los criterios de internación utilizados por cada equipo interdisciplinario. Del mismo modo se utilizó esta metodología para recabar datos sobre los roles desempeñados por cada uno de ellos en el momento de realizar una internación.

Durante el tiempo que se extendió la práctica profesional en el hospital se llevó un registro detallado de las entrevistas a los pacientes ingresantes por guardia y posteriormente se seleccionaron los datos en función de los objetivos del presente trabajo. Esta información se cotejó con la información extraída de la historia clínica, libro de actas de consultas internas y libro de actas de consultas externas.

Las entrevistas a los pacientes se realizaron en 5 consultorios en donde cada consulta era abordada por un psiquiatra, un psicólogo y un asistente social. En la evaluación del paciente se intentó aprovechar todos los datos que aportaba el mismo para guiar el interrogatorio. La entrevista comenzaba con los antecedentes del paciente, antecedentes enfermedad familiar, grado de instrucción del paciente y entretenimientos. Se indagaba sobre el comienzo de la enfermedad, evolución, tratamientos anteriores psicológicos y/o psiquiátricos. Se observaba la prolijidad del paciente, la conducta, comunicación, el aspecto psíquico, si presentaba excitación psicomotriz, si era tranquilo o indiferente.

La práctica profesional en el servicio de guardia y admisión permitió a que quien suscribe presenciar y recabar datos de todas las tareas que allí se realizaron, observando las dinámicas de grupo e interviniendo en todos los casos que se presentó una internación involuntaria.

5 Desarrollo

5.1. Contextualización de la práctica.

El presente trabajo fue construido en base a las experiencias, observaciones y entrevistas realizadas durante la práctica profesional, cuyo objetivo principal fue analizar los procedimientos de internación realizado por los equipos interdisciplinarios conformados por psicólogos y psiquiatras de las tres diferentes guardias emergencia de un hospital monovalente psiquiátrico ubicado en la Ciudad autónoma de Buenos Aires.

En relación a los objetivos específicos se pretendió describir las diferencias de criterio internación utilizado por los equipos interdisciplinarios que conforman las tres guardias. También se analizó en los tres equipos de guardia como se juega el rol del psicólogo en relación al rol del psiquiatra en el momento de realizar una internación. Además, se comparó el tipo de intervenciones realizadas por cada uno de los tres equipos de psicólogos en las entrevistas diagnósticas previas a realizar una internación.

Los equipos de guardia de los lunes, miércoles y domingos estaban constituidos por un equipo disciplinario de acuerdo a lo normado en la Ley N^o 26.657, sin embargo a raíz de la observación realizada, a lo expresado por los psicólogos y psiquiatras durante las entrevistas se observó una predominancia de los profesionales de la psiquiatría sobre las demás disciplinas, desde el desempeño de cargos jerárquicos así como en la estructura de toma de

decisiones sobre pacientes, situaciones internas de la guardia y situaciones externas sucedidas en los servicios. El funcionamiento de estos tres servicios de guardia aún refleja lo que (Chiarveti, 2008) caracteriza como “la vieja psiquiatría asilar”.

El servicio de guardia se caracterizaba por recibir en su mayoría consultas ambulatorias de pacientes “sociales” de muy bajos recursos, sin obra social, ni medicina prepaga, desempleados, con problemas de consumo y en situación de calle. El tipo de consulta recibida, en su mayoría, se trataba de una renovación de la medicación indicada en el plan farmacológico. Además, se procedía a atender todas las urgencias sucedidas en los servicios de internaciones. También se realizaban evaluaciones psicológicas y psiquiátricas ha pedido de oficio judiciales recibidos de juzgados o de servicios penitenciarios.

De este tipo de consultas en algunos casos se procedía a realizar internaciones tanto voluntarias como involuntarias. La mayoría de las consultas eran realizadas por los psiquiatras del equipo y en los casos en donde se presumía una internación se sumaban los psicólogos o los trabajadores sociales. A través de la observación participante y de la realización de entrevistas semi-estructuradas a los profesionales de los distintos servicios de guardia fue posible vivenciar diversas situaciones que permitirán respaldar los objetivos específicos del presente trabajo.

5.2 Procedimientos de internación utilizados por los equipos interdisciplinarios que conforman las tres guardias

De acuerdo a las observaciones realizadas se destacó que cada persona que se presentó a la guardia del hospital se registró en un libro de actas que estaba en poder del personal de seguridad quién le asignó un turno por orden de llegada. En la medida que se acumulaba gente el personal de seguridad ingresaba a la guardia para comunicar la cantidad de personas que se encontraban esperando. Es en ese momento cuando el jefe de guardia indicaba al resto de los psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales que procedieran a atender en los consultorios. En la mayoría de los casos la consulta por guardia era llevada a cabo por dos psiquiatras a la vez salvo en la guardia de los días domingos en la cual el psicólogo atendía con un asistente social. Una vez en el consultorio, el psiquiatra comenzaba con la entrevista diagnóstica consultando al paciente el motivo por el cual se presentaba en guardia, se lo interrogaba por datos filiatorios como ser nombre y apellido, DNI, edad, domicilio, obra social, situación laboral, problemáticas de consumo de drogas, tratamientos psicológicos y psiquiátricos anteriores, plan psicofarmacológico actual y si venía acompañado por algún

familiar. Toda esta información se volcaba en un libro de actas de consultas externas el cual al final de la misma era firmada por el psiquiatra y un psicólogo o asistente social. En la gran mayoría de los casos, el paciente que consultaba es el denominado “paciente social” que se encontraba desempleado, sin obra social, en situación de calle, con problemáticas del consumo y se presentaba para renovar la medicación del esquema psicofarmacológico que anteriormente fue diseñado en guardia (Peters, et al., 2008); (Saraceno, 2007). Eventualmente se lo instruía para sacar un turno en consultorios externos con la finalidad de ser tratado por un único equipo interdisciplinario. Los turnos se entregaban con tres meses de demora, tenían cupos limitados y el paciente debía presentarse a las 5A.M. para poder obtener uno. Sin mediar indagación diagnóstica más profunda sobre el caso o intervención de un psicólogo o asistente social se le otorgaba la receta para retirar la medicación en el primer piso donde se encontraba la farmacia.

En los casos donde el paciente presentaba signos de trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad o trastornos depresivos y se encontrase descompensado el psiquiatra procedía a integrar al psicólogo y al asistente social en la entrevista diagnóstica. En esta instancia, el psicólogo participaba de la entrevista diagnóstica de manera proactiva y profunda indagando sobre la situación emocional, la historia particular y familiar del paciente, a la búsqueda del evento desencadenante del trastorno. En la mayoría de los casos el paciente era traído a la guardia por algún familiar o vecino cuando alcanzaban una situación límite y disruptiva como comportamientos bizarros, agresiones a sí mismo o a terceros, destrucción de propiedad privada o intentos de suicidio (Miari, 2013); (Seldes, 2004). Una vez finalizada la entrevista diagnóstica se realizaba, entre psicólogo y psiquiatra, una puesta en común de los signos y síntomas detectados, también se evaluaban las redes familiares en relación a si existe alguien que se pueda ocupar del paciente a fin de suministrarle la medicación y volverlo a traer a la guardia para control.

En una de las internaciones que se presenciaron con la psicóloga y el psiquiatra de la guardia los días miércoles se presentó en la consulta una madre con intenciones de internar a su hijo de 28 años porque había amenazado a ella y a su hija pequeña con un cuchillo. Ella refirió antecedentes de violencia, un intento de incendio del domicilio y una internación anterior. Finalizó la entrevista diagnóstica con la madre y se solicitó el ingreso del padrastro con el paciente. La psicóloga inició la entrevista diagnóstica con el paciente, se lo observaba vigil, orientado globalmente. Era llamativo que se mostrara excesivamente sonriente, por momento “interceptado”. Refirió haberse sentido feliz durante su última internación con diagnóstico de

trastorno bipolar. Se lo indagó sobre el ataque realizado a su madre y hermana, manifestó que se ponía muy nervioso y que lo de la amenaza con el cuchillo era una broma. La psicóloga preguntó y repreguntó si escuchaba voces o se sentía perseguido pero de manera muy tenaz el paciente evadió la respuestas de forma tenaz hasta que le preguntó por su estado de ánimo y refirió ser perseguido por la policía y militares “Cuando pasan con el móvil me saludan con la mano y me controlan”,” El vecino de al lado es milico y el Diablo me dijo le prendan fuego a la casa” Relató que el punto de inflexión hacia la enfermedad fue un enamoramiento (erotomanía) de una niña de 14 años no correspondido que lo llevo a la depresión. La niña era la hija del dueño de la fábrica donde trabajaba y fue despedido porque se comportaba de manera bizarra. En este punto se realizó la primera consulta psiquiátrica cuyo diagnóstico fue trastorno bipolar. Psicóloga y psiquiatra abandonan el consultorio para discutir el caso, ambos disientían en el diagnóstico de un trastorno bipolar. Suponían un síndrome delirante, una psicosis simple por lo que decidieron una internación involuntaria porque existía riesgo cierto e inminente para su salud y para terceros. Por lo tanto, ejecutaron el protocolo de respuesta ante un paciente posiblemente violento que se negaba internarse de manera voluntaria. Se dio aviso a enfermería para que preparen Lorazepam y Risperidona inyectable y a personal de seguridad para trasladar al paciente al servicio 30 “Admisión”. En menos de 5 minutos el paciente se encontraba rodeado de personal médico y seguridad que lo acompañó del consultorio a la enfermería. Al darse cuenta de la situación, el paciente, reaccionó, se acercó a la madre de manera rápida, violenta y le dijo irónicamente: “Gracias Ma, Te amo”. Le besó la frente. Ya restringido, la psicóloga y la psiquiatra completaron la historia clínica de manera conjunta, armaron la semiología de los síntomas y signos observados durante la entrevista y arribaron a un diagnóstico presuntivo de síndrome delirante,

En otra ocasión se presentó personal del servicio penitenciario con un oficio judicial que solicitaba realizar una evaluación interdisciplinaria a un detenido previo a su liberación. En esta oportunidad, comencé la entrevista diagnóstica junto al psicólogo y psiquiatra de la guardia de los lunes. Se presentó con un cuadro excitación psicomotriz y refirió consumo de cocaína y alcohol. Se lo indagó por el motivo de la presente detención y refirió haber sostenido una riña con su padre en la cual le provocó una contusión en la cabeza con una barra de metal debido a que había golpeado a su madre. Comentó que su padre era alcohólico. También agregó haber estado preso 3 años por unificación de causas de robo. Por una cuestión administrativa no se pudo continuar la evaluación y retiraron al detenido. Entre psicólogos y psiquiatras se generó una acalorada discusión sobre si este era un caso para

internar o no. Algunos psiquiatras acusaban a otros de “llevar una careta” y realizar una “psiquiatría defensiva” por el hecho de que si el detenido se presentaba como caso normal por guardia no estaba para internarlo. Lo internaban por no arriesgar su matrícula profesional en el caso de que lo dejen en libertad y que cometa un asesinato.

Estos últimos puntos han resultado determinantes en el momento de decidir una internación involuntaria porque es sumamente importante que exista una persona encargada del paciente en el caso de que sólo se lo compense y se lo envíe a su domicilio (Klappenbach, 2000). En caso contrario, se procedió a completar una nueva historia clínica o si se trataba de un reingreso se recuperaba la existente. La Historia clínica se completaba a la par entre psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales en presencia del familiar o encargado a fin de recabar la mayor cantidad de datos posibles. En la misma se volcaban los datos del paciente, se elaboraba un diagnóstico presuntivo y un pronóstico acompañado de un tratamiento psicofarmacológico. (Marietan, 1991) Una vez finalizado el trámite administrativo se acompañó al paciente con personal de seguridad al servicio número 30 denominado “Admisión” en el cual se encontraban internados los pacientes que aguardaban que se le asigne un equipo tratante para que lo derive a alguno de los servicios de corto, mediano o largo plazo del hospital. Ya en el servicio de admisión los enfermeros procedían a inyectar al paciente con Haloperidol o Risperidona y Lorazepam para luego asignarle una de las 30 camas disponibles. Al finalizar la internación se instruía a la familia o al encargado para que se presente a las 48 horas por la mañana para recibir el parte médico del equipo tratante interdisciplinario.

5.3 El rol del psicólogo en relación al rol del psiquiatra en el momento de realizar una internación

El rol psicólogo en el momento de realizar una internación se define a partir de sus competencias. La utilización de la entrevista diagnóstica le permitió en una primera instancia recabar información filiar, socioeconómica y de antecedentes de tratamiento psicológicos y psiquiátricos a fin de construir un primer diagnóstico consensuado interdisciplinariamente (Klappenbach, 2000) . De las entrevistas realizadas a los psicólogos de las tres guardias surgió un dato interesante: De las mismas preguntas que se realizaban en la entrevista diagnóstica semiológica psiquiátrica los psicólogos extraían otra significación, repreguntaban al paciente hasta obtener un relato, abrían el dialogo para “inferir algo en el orden del discurso, lo fundamental es tomar algo del discurso del paciente” por ejemplo: “el paciente

no duerme, se le pregunta ¿por que no duerme? ¿esta angustiado? Y cuando no duerme: ¿Qué hace? ¿Mira la tele? ¿O piensa? “. En el dispositivo de guardia el psicólogo debía indagar con mayor profundidad para poder detectar el grado de vulnerabilidad de paciente dado que el perfil del mismo se presentaba con un discurso cerrado en el cual solo solicitaba la medicación. Mover al paciente de ese lugar fue una tarea difícil porque la oferta medica institucional moldea la demanda, es decir, el servicio de guardia siempre funcionó como dispensario de medicación. “Es un desafío constante desde donde vos pienses al sujeto, también. Si vos lo pensás de una forma que tenga que ver más con, dentro de lo que se viene pensando acá, bueno, no vas a tener mucho problema. Pero sí la cuestión se empieza a problematizar cuando vos empezás a pensar al sujeto en sentido amplio, no el sentido Lacaniano, entre dos significantes, el paciente desde otro lugar, de una forma más integral” aclaraba uno de los psicólogos El rol psicólogo de guardia se enfoca en rescatar la singularidad del paciente dentro del espacio universal del ámbito público dando lugar al espacio de la palabra en esa dimensión de la emergencia. Trabajar la urgencia requiere resolver en forma inmediata y ese específicamente es el rol del médico psiquiatra. El psicólogo es el que está capacitado para poder escuchar las demandas del paciente pero también dar lugar a la angustia familiar (Zapata, Fernandez, & Alvarez, 2018). Se presenta como una tarea de construcción de una red de contención formada por los familiares, entorno, redes sociales y comunitarias bajo la premisa de no excluir al paciente de su núcleo de pertenencia. (Dreling, Fernandez Vitale, & Santa Curz, 2012). De acuerdo a la información recabada a las entrevistas realizadas a los psicólogos consideraron que la presencia del psicólogo es indispensable en toda guardia, sea un hospital general o monovalente. Destacaron que es fundamental el trabajo interdisciplinario, pero no siempre se ve así o se trabaja así, sino que se ve como un acompañante del psiquiatra, por ejemplo, un psiquiatra puede ir solo a “evolucionar” a un paciente y firmar en la historia clínica, pero un psicólogo no. Se observó que solo en la guardia de los Domingos el psicólogo tenía un rol equivalente en relación al rol de psiquiatra debido a los años de experiencia en el dispositivo de guardia y también el lugar otorgado por el jefe de guardia en relación a sus pares.

El rol del psiquiatra en la guardia emergencia se caracteriza por realizar un diagnóstico de semiología psiquiátrica a partir del reconocimiento de signos y síntomas de una enfermedad mediante la entrevista diagnóstica (Donnoli, 2009); (Marietan, 1991). La semiología psiquiátrica estudia las funciones psíquicas, los hábitos y comportamientos del paciente (Vallejo, 2002). De acuerdo a la ley nacional 26.657 los psiquiatras sólo podrán prescribir

psicofármacos sólo en caso necesario y nunca para suplir el acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La finalidad de la psiquiatría es indagar la causa y proveer alivio a la enfermedad mental. También educar al paciente y a la familia con información psiquiátrica sobre los tratamientos más cortos y efectivos. De la información recabada en las entrevistas realizadas en los tres dispositivos de guardia a los psiquiatras sobre sus roles y funciones se destacó que la semiología psiquiátrica sirve para realizar una división del aparato psíquico con fines teóricos, dado que el aparato psíquico es indivisible en el sentido de que si existía deterioro en una de las áreas también afectaba a las otras. Extraían de las evaluaciones indicadores que permitían arribar a un diagnóstico presuntivo, pero siempre lo más importante fue mantener la entrevista diagnóstica con el paciente. En principio se descartó que no sea un problema orgánico, una vez que se determinó que es un paciente psiquiátrico se evaluó que no sea un riesgo para sí o para terceros. No procedió a internar a un paciente por haber sufrido alucinaciones o delirio si el mismo se encuentra tranquilo, solo se ajustaba la medicación. Una vez que al paciente se internó permanece en el Servicio de Admisión durante dos semanas para luego ser derivado a un servicio para que sea atendido por un equipo tratante. Los servicios del hospital tenían criterios de selección a la hora de admitir a un paciente, denominados “Perfiles del Servicio”, en la mayoría de los casos, se evaluaba si el paciente tenía redes familiares, siendo motivo de exclusión si poseía antecedentes penales o de consumo de drogas.

Consideran que el rol de psicólogo de guardia en una internación se basa en la contención del paciente. Rescataron la escucha psicoanalítica en el momento de realizar diagnósticos, pero preferían “una contención dirigida, concreta, bien conductual”, indicaba una de las psiquiatras, al referirse al tipo de contención de debía recibir un paciente psicótico. Destacaban que el al paciente psicótico no se lo cura, sino que se lo compensa dado que no “tiene mucha tela para mejorar, tienen un techo”. También destacaron que “la clínica de hospital” difiere mucho a la “clínica de consultorio”. El rol del psicólogo en la guardia fue valorado por los psiquiatras como formar parte del equipo interdisciplinario, realizar la evaluación diagnóstica junto con el psiquiatra y realizar una contención verbal dado que muchos de los pacientes asisten a la guardia para que los “escuchen”, consideran que escuchar es una “intervención”.

Al indagarse sobre si es resultaba desalentador la imposibilidad de que el paciente se cure la mayoría de los psiquiatras respondió que lograr la compensación del paciente es un logro y que dificultad radica en sostener este estado, lograr *parafrenizar* al paciente.

5.4 Tipo de intervención realizadas por los tres equipos de psicólogos en las entrevistas diagnosticas previas a realizar una internación

En las entrevistas con los psicólogos de las tres guardias surgió un denominador común del paciente que se atendía por guardia “El paciente crónico de guardia”. En el servicio de guardia se naturalizó la función de ser un dispensario de medicación psiquiátrica, la urgencia como tal, se manifestó en pocas ocasiones. Cuando la urgencia se presentaba como tal fue definida como una situación disruptiva, transitoria, que altera la vida del paciente generando un gran sufrimiento subjetivo pero también concebida como un intento de cura y una posibilidad de intervención para generar una nueva significación. (Seldes , 2004). Los psicólogos remarcaron que manejaban otra dimensión de la emergencia, ofrecían otro tiempo para el surgimiento de la palabra en los lugares vacíos donde el discurso había caído.

El “paciente social” o “paciente crónico de guardia” asistían, casi sin mediar palabra, presentaban el plan farmacológico para la renovación de medicación por cuatro días más, denotaba lo aplanado de la demanda, no daba lugar a la intervención psicológica. Esta situación tornaba el trabajo de guardia como una tarea mecánica centrada en la resolución inmediata de la demanda del paciente, que en la mayoría de los casos tenía que ver con la medicación, colocando al psicólogo como un engranaje más de un sistema que cronificaba las patologías. En relación a como se pensaban las intervenciones psicológicas unos de los psicólogos presentaba una dimensión crítica del ejercicio de la profesión del psicólogo de guardia “Pero para eso hay que interpelarse, y ya interpelarse es un ejercicio que implica crítica que no siempre, o al menos hay determinadas generaciones de psicólogos, acá que no están dispuestos a eso, porque implica conmover cuestiones cristalizadas hace muchísimos años desde lo que tiene que ver con la propia dinámica de la institución, desde la formación.”

En las entrevistas a algunos psicólogos surgió la orientación de darle un nuevo ángulo a las intervenciones realizadas en el dispositivo de guardia del hospital, que no esté destinada a la mecanización de la respuesta y la demanda. Desde escucha desde la clínica psicológica buscaban restituir la palabra al sujeto ubicando la singularidad de ese modo de padecer, entendiéndose que la presencia de una escucha y una intervención implicaban para el sujeto dirigirse a otro, representaba un lazo y en la medida de que algo se enlaza permitía la construcción de lo diferente a lo que se presenta en forma repetitiva y estereotipada. (Zapata, Fernandez, & Alvarez, 2018)

Por supuesto que las herramientas para realizar una intervención las da el paciente para abrir determinados tipos de espacios en el orden del discurso, aclararon algunos psicólogos, dado a que no era lo mismo el tipo de intervención que se realizar con el paciente crónico de guardia que en el caso de una internación. También mencionaron que existen los tiempos institucionales en el sentido de que si se junta mucha gente hay que empezar a “despachar” Tampoco se podrían realizar intervenciones demasiado exhaustivas, porque terminarían a media mañana como una “papa frita” y en cierto punto la mayoría que pacientes están dispuestos a eso; además “muchos pacientes no están dispuestos a eso porque no se les ofrece”, agrega uno de los psicólogos. “Y a veces uno se encuentra con cosas maravillosas para nosotros, como psicólogos, como analistas, puede suceder que “todo este tiempo que vengo a la guardia, esto nunca nadie me lo había preguntado”.

6. Conclusiones

A partir de las experiencias aprehendidas en la práctica profesional y en el desarrollo del presente trabajo fue posible destacar algunos puntos cuando se analizó los procedimientos de internación realizados por los equipos interdisciplinarios conformados por psicólogos y psiquiatras de las guardias de emergencias de Hospital Neuropsiquiátrico Monovalente de CABA. El recorrido del análisis tuvo su inicio en la consideración y deconstrucción del concepto de Salud Mental (OMS , 1978) como un proceso multideterminado, atravesado por lo social, lo económico y lo ideológico (Ley N° 26.657, 2010) a fin de puntualizar lo que los psicólogos y psiquiatras de las guardias conceptualizan como “enfermedad mental ” a la hora de ordenar una internación en el marco de la nueva ley de salud mental (Alba, Agrest, & Stagnaro, 2012) Se destacó el hecho de que todas las internaciones que observaron durante la práctica fueron del tipo involuntaria y los criterios utilizados para proceder a la internación o externación fueron más allá de la aplicación de la ley de salud mental 26657 , es decir, más allá de la detección de una enfermedad mental cuyos signos y síntomas determinen un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Es un factor determinante para decidir una internación si el paciente posee una red familiar o de allegados que lo sostenga en términos de que le proporcionen los cuidados diarios y le suministren la medicación psiquiátrica. (Zapata, Fernandez, & Alvarez, 2018); (Dreling, Fernandez Vitale, & Santa Curz, 2012)

En palabras de una de las jefas de guardia:” Existen muchos pacientes para externar, pero no existe un dispositivo que los sostenga. No hay turnos, ni profesionales para atender en consultorios externos y sostener una consulta ambulatoria. Si los hay, tienen que esperar 3

meses para que los atiendan No hay paradores, casas de medio camino, ni hospicios para que un paciente rearme su vida. La pensión por discapacidad no contempla esta cuestión.”

En relación a la implementación de la Ley 26.657 se observa que los distintos equipos del dispositivo de guardia aún se encuentran transitando un proceso de adaptación. Es un proceso lento dado debido a la falta de iniciativas políticas e institucionales para llevar adelante las medidas requeridas que potencien los dispositivos efectivos existentes y promuevan la creación de nuevos. Se observaron carencias a nivel presupuestario, de recursos humanos, materiales y capacitación.

A través del registro de las observaciones y el análisis de las entrevistas a los diferentes actores realizadas durante las prácticas han permitido describir las diferencias en los criterios de internación utilizados en cada guardia. Se observa la concurrencia de un tipo de paciente denominado “paciente social o crónico de guardia” (Peters, et al., 2008); (Sarraceno, 2003). Las características de este tipo de paciente lo vuelven propenso a las descompensaciones por lo que la gran parte de los casos en los que se procedieron a realizar una internación ya habían estado internados en otra oportunidad, además se suma la problemática del consumo de drogas, que en la mayoría de las oportunidades funciona como catalizador de estados psicóticos agudos. Por lo tanto, es un tipo de paciente que es sistemáticamente rechazado de las instituciones que deberían asistirlos, si es una problemática de abuso de sustancias se lo deriva al Sedronar, pero en el Sedronar no lo admiten porque indican que tiene un perfil psiquiátrico. Esta caracterización del paciente que asiste a la guardia demarca cuales van a ser los filtros institucionales a la hora de decidir una internación involuntaria potenciando el efecto de “puerta giratoria” en el cual el paciente se descompensa psíquicamente, se lo compensa durante una breve internación y a los dos meses vuelve a reingresar.

Otro punto a destacar es el reconocimiento de un modelo de atención de base comunitaria con abordaje interdisciplinario y multidisciplinario (Rojas, Santimaria, Fevre, & Santimaria, 2014); (Zaldúa, y otros, 2014); (Ley N° 26.657, 2010) de los tres servicios de guardia que permitió analizar el rol del psicólogo en relación al rol del psiquiatra en el momento de realizar una internación. El rol del médico psiquiatra se presenta como preminente en lo relacionado a puestos jerárquicos dado que todas las jefaturas de las tres guardias están ocupadas por médicos psiquiatras. También existe una disparidad en relación a la cantidad de psiquiatras y la cantidad de psicólogos por guardia, cuatro o cinco psiquiatras por un solo psicólogo por guardia. (García Estada Pérez & De las Cuevas Castresana, 1998) Esto

responde a la ingeniería del dispositivo de guardia, que en cierta medida está pensado como una estructura que cubra la demanda de medicación psicofarmacológica dado que solo el psiquiatra está habilitado para recetar. Por otro lado, también se encuentran capacitado para evaluar y detectar cuestiones orgánicas, no así el psicólogo.

La entrevista diagnóstica realizada al paciente que asiste a guardia (Klappenbach, 2000) es desarrollada de igual manera ya sea psicólogo o psiquiatra con la salvedad de que cada profesional realiza su interpretación de los datos obtenidos. En los casos en los cuales el paciente solo se presentaba en guardia para renovar el plan farmacológico, si era atendido solo por psiquiatras en gran parte de los casos solo se hacía la receta para que retire medicación, pero cuando la entrevista era realizada de manera conjunta, entre psicólogos y psiquiatras, se lograba una evaluación más integral y profunda del paciente (Garay C. , et al., 2016); (Sudak D. , 2011). En este sentido se observó un menor interés por parte de los psiquiatras por el tratamiento psicosocial mientras que los psicólogos si presentaban interés por el tratamiento psicofarmacológico. Se entiende que en la dimensión estructural del equipo de trabajo la falta de comunicación entre disciplinas y la falta de planificación puede afectar la percepción de la calidad del servicio recibido por parte del paciente usuario de los efectores de salud (Amarante, 2009). En el caso de llevar adelante una internación, la decisión se consensuaba entre psicólogo y psiquiatra a fin de lograr un diagnóstico presuntivo interdisciplinario siendo el psicólogo el nexo entre la familia del paciente y la institución cuya tarea es la de construcción de redes de contención con la finalidad de no excluir al paciente de su núcleo de pertenencia (Dreling, Fernandez Vitale, & Santa Cruz, 2012). El rol del psicólogo en la guardia de emergencia es percibido como de contención mientras que el rol de psiquiatra en la guardia de emergencia es percibido como el que responde ante la urgencia.

En relación a los tipos de intervenciones realizadas por los tres equipos de psicólogos en las entrevistas diagnósticas previas a realizar una internación emergió una constante “Inferir algo en el orden del discurso del sujeto en relación a poder conmover a aquel paciente social que se presenta regularmente a solicitar medicación psiquiátrica.” Claramente, las intervenciones realizadas en el dispositivo de guardia en el marco de una internación no son las mismas que se pueden realizar en una consulta particular en tanto tiempo de acción y respuesta. La formación teórica marcaba su impronta al momento de intervenir, en algunos casos el paciente es percibido y abordado como un “sujeto entre dos significantes” y en otros se trabaja con una visión más integral del mismo. Por otro lado,

se observó posiciones críticas sobre el ejercicio de la psicología en la institución en el sentido de algunos psicólogos luchan por romper el orden institucional establecido por psicólogos de otras generaciones. Lo hace desde una posición crítica sobre su labor diaria y de cara a la atención de paciente, reclamando la incorporación a planta de más psicólogos, de más y mejor capacitación y de dar lugar a otras corrientes teóricas más allá del psicoanálisis. Además de reconsiderar la estructura del dispositivo de guardia en el sentido de no funcione como un dispensario de medicación psiquiátrica, funcional a mecanización de la demanda y la cronificación de patologías.

Por otro lado, se consultó a los profesionales del servicio de guardia cuales son las modalidades de trabajo interdisciplinario, abordaje e intervención del paciente que asiste a la guardia que se pueden mejorar cuya respuesta se orientó a ampliar el cupo de camas disponibles para atención en guardia. El hospital solo cuenta con treinta camas para internaciones, desde otros hospitales no pueden realizar derivaciones. También se mencionó la adición de un pabellón para patologías de abuso de drogas y la incorporación de más presupuesto y personal para poder responder a la demanda de pacientes en consultorios externos, tarea que cubre la guardia debido a la falta de turnos. En este sentido se podría brindar una atención y seguimiento psicofarmacológico más efectivo dado que en el dispositivo de guardia el paciente es siempre atendido por un médico psiquiatra distinto. Se resaltó la importancia de la psicoeducación a pacientes y familiares en el marco de lograr una mejor adherencia a los tratamientos psicofarmacológicos. Además, tomar una postura crítica sobre diferentes intervenciones realizadas desde el psicoanálisis y como estas pueden ser mejoradas dando lugar a otras líneas teóricas quizá más efectivas. También la implementación de casas de medio camino, hospitales de día que ayuden al paciente a reinsertarse y no perder el lazo social.

Con respecto a las limitaciones metodológicas del presente trabajo, cabe destacar que las entrevistas solo se llevaron a cabo a los profesionales del servicio de guardia, quedando en falta la opinión de profesionales de los servicios de internación de corto, mediano y largo plazo, así como los que integran el equipo de consultorios externos. Ampliar el alcance de este trabajo a otros servicios posiblemente hubiera permitido lograr la cristalización de una visión más acabada sobre la dinámica de los profesionales que trabajan en esta institución.

Otra limitación que fue posible identificar está relacionada con el desarrollo del tercer objetivo del presente trabajo. El hecho de que se trabaje sobre única línea teórica

psicoanalítica (Lemos Giráldez, Fonseca Pedrero, Paino Piñeiro, & Vallina Fernández, 2009) no permite evaluar el uso de herramientas de intervenciones contenidas en otro tipo de psicoterapias, como ser el uso de la terapia cognitivo-conductual dentro de tratamientos combinados en los casos de psicosis que de acuerdo a diversos estudios tiene mayor efectividad sobre los síntomas positivos y negativos (Garay C. , et al., 2016)

Con respecto a nuevas líneas de investigación sobre el tema que se abordó en este trabajo se sugiere abrir y profundizar investigaciones sobre el abordaje de interdisciplinario en los dispositivos de guardias de hospitales psiquiátricos monovalentes (Stolkiner, 1987) (Zapata, Fernandez, & Alvarez, 2018) y cuál es su impacto o eficacia en los tratamientos combinados psiquiátricos y psicológicos (Garay, et al., 2016); (Sudak, 2011); (Riba, Balon, & Weiss Roberts, 2018)

La construcción de este trabajo permitió visualizar la importancia del papel que juega cada uno de los eslabones del entramado complejo que conforma nuestro sistema de salud en el momento de afrontar la problemática de los padecimientos mentales en los estratos sociales más bajos. La conceptualización de salud y por ende de paciente que sostiene cada profesional es determinante a la hora de realizar una intervención, realizar un diagnóstico o sugerir un tratamiento u ordenar una internación. Por otro lado, analizar los roles desempeñados por los psicólogos en relación a los roles desempeñados por los psiquiatras en el dispositivo de guardia permitió dar cuenta de la percepción que tiene cada uno con relación al trabajo interdisciplinario que realizan y de cómo sería posible mejorar esa dinámica de trabajo a través de la utilización de nuevos abordajes psicoterapéuticos combinados con el tratamiento psicofarmacológico. (Garay C. , et al., 2016)

El tránsito por esta experiencia ha sido enriquecedora a nivel personal y profesional. Me ha permitido decantar años de incorporación de teoría en praxis. Una práctica que me permitió conocer profesionales con una vocación de servicio intachable y más aun reconociendo la condiciones en la cuales ejercen su profesión, con recursos limitados logran resultados eficientes. Del otro lado, me encontré por primera vez con el padecimiento mental del sujeto, que me permitió realizar un pequeño aporte acompañando, escuchando e interviniendo al paciente y a la familia que se presentaba en guardia. Experiencia que construyó toda una nueva visión sobre las personas que padecen trastornos psicóticos dejando un camino abierto a contribuir desde nuestra profesión a

reducir el estigma de las personas que padecen trastornos mentales graves y mejorar la posibilidad de reinserción en la comunidad.

Desde la crítica constructiva fue posible identificar aspectos que podrían ser modificados con la finalidad de lograr una mejoría en los criterios, roles e intervenciones que se realizan en el marco de una internación bajo las normas de la Ley N^a 26657.

En principio las consultas realizadas por los pacientes que asisten a la guardia son carácter ambulatorio y presentan intervenciones puntuales, concretas y directivas se observó que existía una asimetría en relación a la jerarquía que ocupaban los psiquiatras en relación a los psicólogos en términos de cantidad de integrantes que componen el equipo tanto como en las decisiones sobre el tratamiento a aplicarse sobre los pacientes contradiciendo el espíritu interdisciplinario y de igualdad en la distribución de cargos explicitado en la ley de salud mental (Ley N^o 26.657, 2010). Por otro lado, la falta de recursos como presupuesto para un sistema informatizado de historias clínicas que le permita los profesionales consultar en tiempo real la complejidad de cada caso genera demoras innecesarias en el proceso de internación del paciente o el hecho de que no se puede derivar al paciente a que realice un seguimiento con un único equipo tratante por consultorios externos dado a que no hay turnos disponibles en el corto plazo debido a la falta de profesionales (Zaldúa, y otros, 2014). Esto perpetua la generación de “pacientes crónicos de guardia” que quedan insertos en un sistema mecanizado de expendio de medicamentos psicofarmacológicos con casi ningún control, posibilidad de mejora o acceso a un tratamiento psicológico.

Por otro lado es necesario lograr una apertura teórica psicológica que permita la inserción de nuevos tipos de intervenciones para un tratamiento realmente integral que posibilite la reinserción social efectiva (Silva Ibarra, 2012) lo cual requiere interpelar ideologías institucionales instaladas hace varias generaciones. La nueva Ley de Salud Mental se presenta como una visión superadora en términos de definición de salud mental como proceso integrando la perspectiva interdisciplinaria para una atención integral de los sujetos con padecimientos mentales

7. Referencias

- Alanen, Y. (2003). *La Esquizofrenia, Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. Madrid: H. Karnak Ltd.
- Alba, P., Agrest, M., & Stagnaro, J. C. (2012). Salud Mental, La Polisemia de un Concepto. *Vertex Revista de Psiquiatría Argentina*, 23, 18-19.
- Álvarez, M. P., & Hermida, J. R. (2008). Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. *Papeles del psicólogo*, 29(3), 251-270.
- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- APA. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.)*. Madrid : Editorial Médica Panamericana.
- Behobi, W. (2014). El Suicidio, Conceptos e Intervenciones. (D. Benegas Loyo, Ed.) *Intervenciones en Emergencia. Encuentros Interdisciplinarios*, 1(2), 35-36.
- Betta, J. (1981). *Manual de psiquiatría*. Buenos Aires: CEA.
- Brown, J. E. (2007). *Ciudadanía de mujeres en Argentina: los derechos (no) reproductivos y sexuales como bisagra, lo público y lo privado puesto en cuestión*. Obtenido de FLACSO Andes: hdl.handle.net/10469/1019
- Campodónico, N. (2018). Configuración de las políticas públicas desde la profesionalización de la Psicología en Argentina hasta la Ley de Salud Mental (1954–2010). *Coordenadas: Revista de Historia Local y Regional*, 5(2), 67-89.
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., & Rus-Calafell, M. (2017). Efectos secundarios de la medicación antipsicótica y calidad de vida. *Terapia Psicológica*, 35(1), 111-114.
- Carpintero, E. (2011). *La subjetividad asediada. La medicalización para domesticar al sujeto*. Buenos Aires: Topia.
- Chiarvetti, S. (2008). La reforma en salud mental en Argentina: Una asignatura pendiente. *Revista Argentina de clínica psicológica XVII. Fundación AIGLE*, 17(2), 173-182.
- De Lellis, M. (2016). Ética y políticas inclusivas de salud mental. En R. Escalada, *Ley Nacional de Salud Mental. De la letra a su implementación. La universidad interpelada*. Rosario, Argentina: Laborde editor.

- Donnoli, V. (2009). Revista del hospital Información y publicación científica. *La doble actitud del psiquiatra*, 1(2), 3-4.
- Dreling, I., Fernandez Vitale, M. V., & Santa Curz, G. (2012). El rol del psicólogo en la guardia del HIGA Eva Perón. Una mirada desde lo histórico, lo institucional y lo particular. *Inmanencia*, 3(2), 22-29.
- Espino, A. (1992). La formación del psiquiatra en España. En A. Espino, *Libro del año de Psiquiatria*. Madrid, España: Saned.
- Follari, R. (2005). La interdisciplina revisitada. *Andamios*, 1(2), 7-17.
- Foucault, M. (1967). Historia de la locura en la época clásica. Buenos Aires: FCE.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental-Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Garay, C., Donatti, S., Ortega, I., Rosales, M., Koutsovitis, F., Colombo, M., & Etchevers, M. (2016). Perspectiva de los pacientes sobre el tratamiento combinado de psicoterapia y farmacoterapia. *Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología - UBA.*, 23(2), 25-32.
- García Estada Pérez, A., & De las Cuevas Castresana, C. (1998). El rol del especialista en psiquiatría. *Psiquiatría Pública. ORIGINALES Y REVISIONES*, 10(5), 295-297.
- Klappenbach, H. (2000). El título profesional de psicólogo en Argentina antecedentes históricos y situación actual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(3), 419-446.
- Lemos Giráldez, S., Fonseca Pedrero, E., Paino Piñeiro, M., & Vallina Fernández, O. (2009). *Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos. Guía de Intervenciones*. España, Madrid.: Síntesis.
- Ley N° 26.657. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental. Argentina*. Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010.
- Marietan, H. (1991). Sobre los conceptos de salud/enfermedad-normalidad/anormalidad. *Alcmeón*, 2(2), 202-215.
- Mastandrea, L., Saldaña, L., Rigone de Montes, M., & Farías, A. (2009). Hospital de día como dispositivo. *Revista del Hospital Borda de Información y Publicación Científica*, 6(12), 21-23.

- Menninger, W. (1947). The role of psychiatry in the world today. *The American Journal of Psychiatry*, 151(6), 75-81.
- Miari, A. S. (2013). Síntoma y Urgencia en Salud Mental en 5to Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. *XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología*, 472-473. Obtenido de <https://www.academica.org/000-054/777>
- Ministerio Público Tutelar. (2013). Niñez, adolescencia y salud mental en la Ciudad de Buenos Aires. *Informe final de gestión del Ministerio Público Tutelar 2007-2013*. Obtenido de www.asesoriatutelar.gob.ar
- Ministerio Público Tutelar. (2014). Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad de Buenos Aires. Documento de Trabajo N° 21. Obtenido de www.asesoriatutelar.gob.ar
- Nazar, J. (1994). Abordaje terapéutico integral psicoterapia y psicofármacos. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 5(1), 50-51. Obtenido de <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex16.pdf>
- OMS . (1978). Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud Mental. *Alma-Ata*, (págs. 6-12). URSS.
- OMS . (2008). *Regreso a Alma Ata*. . Obtenido de <http://www.who.int/dg/20080915/es/>
- OMS. (1992). *Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Meditor.
- OMS. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Obtenido de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
- OMS. (2016). *Esquizofrenia. Nota descriptiva N°397*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- OPS. (2007). *La renovación de la APS en las Américas*. Washinton: Organización Panamericana de la Salud .
- Othmer, E., & S.C., O. (2003). *La entrevista clínica: fundamentos*. Barcelona: Masson.
- Panighetti, M. L. (2012). *Intervenciones en una Guardia de Salud Mental en un Hospital General de Niños y su relación con la Psicología Evolutiva*. Obtenido de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatori

as/053_ninez1/material/descargas/intervenciones_en_una_guardia_de_salud_mental._panighetti_2012.pdf

- Paz, A. (2014). Aportes para la prevención de conductas suicidas en un hospital general. *Intervenciones en Emergencia. Encuentros Interdisciplinarios*, 23-24.
- Peters, D., Garg, A., Bloom, G., Walker, D., Brieger, W., & Rahman, M. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*(1136), 161-171.
- Riba, M., Balon, R., & Weiss Roberts, L. (2018). *Competency in combining pharmacotherapy and psychotherapy. Integrated and split treatment*. Arlington: American Psychiatric Association Publishing.
- Ribes-Iñesta, E. (2002). Reflexiones sobre la eficacia profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(1), 5-14.
- Rojas, M., Santimaria, L., Fevre, M., & Santimaria, G. (2014). Incidencias de la Ley Nacional de Salud Mental en los dispositivos de guardia desde la perspectiva de los profesionales psicólogos y psiquiatras. *Anuario de investigaciones. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología*, XXI(2), 131-137. Obtenido de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v21n2/v21n2a18.pdf>
- Rolando, D. (2015). Sistematización de una experiencia de gestión en la Práctica de Salud Mental. A cuatro años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. *Margen*, 3-7.
- Saraceno, B. (2007). *La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 Años después de la Declaración de Caracas*. Washinton DC: OPS.
- Sarraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos*. México: Pax.
- Seldes, R. (2004). La urgencia subjetiva: un nuevo tiempo. Buenos Aires: En G. Belaga, *La urgencia generalizada: La práctica en el hospital* (pág. 36). Buenos Aires: Grama.
- Silva Ibarra, H. (2012). *La esquizofrenia: de Kraepelin al DSM-V*. Santiago de Chile: Mediterraneo.
- Stolkiner, A., & Solitario, R. (2007). Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. En c. R. Maceira D, *Atención Primaria en Salud: enfoques interdisciplinarios*. (págs. 121-46). Buenos Aires: Paidós.

- Stolkiner, A. (1987). De Interdisciplinas e Indisciplinas. En N. (. Elichiry, *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio* (págs. 313-315). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Stolkiner, A., & Ardila Gomez, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las Prácticas consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiatria*, XXIII, 57 - 67.
- Sudak, D. (2011). *Combining CBT and Medication. An evidence-based approach*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Tisera, A., & Lohigorry, J. (2014). Sentidos y significados sobre servicios de salud mental desde la perspectiva de usuarios/as. En la ciudad autónoma de Buenos Aires. Durante 2014. *Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología - UBA*, XXII, 263-271.
- Tisera, A., Leale, H., Lohigorry, J., Pekarek, A., & Loskowicz, A. (2013). Salud mental y desinstitucionalización: Resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la ciudad de buenos aires. *Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología - UBA*, XX, 251-258.
- Vallejo, J. (2002). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Zaldúa, G., Pawlowicz, M. P., Tisera, A., Longo, R., Sopransi, M., Lenta, M. M., . . . Lohigorry, J. (2014). Obstáculos y posibilidades de la implementación de la ley Nacional de Salud Mental: un estudio comparativo entre 2010 y 2013. *XI JORNADAS NACIONALES DE SALUD Y POBLACIÓN. Instituto Gino Germani*, (págs. 1-12). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Obtenido de <https://www.academica.org/maria.malena.lenta/84>
- Zapata, D., Fernandez, A., & Alvarez, S. (2018). Lectura de la demanda. Tensiones en la Interdisciplina. *El dispositivo de guardia en un hospital monovalente. Lectura de la demanda y tensiones en la interdisciplina*, 23, 85-86.

