

Lemme, Candela Agostina

**Asistencia de la sección de salud
mental, en contexto de urgencia, a
pacientes involucrados en
situaciones disruptivas en hospital
público monovalente de la Ciudad
de Córdoba: contexto clínico**

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciada en Psicología**

Directora: Pérez Puyol, Adriana

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**
Universidad Jesuita

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

“ASISTENCIA DE LA SECCIÓN DE SALUD MENTAL, EN CONTEXTO DE URGENCIA, A PACIENTES INVOLUCRADOS EN SITUACIONES DISRUPTIVAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO MONOVALENTE DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA.”

Lemme, Candela Agostina

2023

“ASISTENCIA DE LA SECCIÓN DE SALUD MENTAL, EN CONTEXTO DE URGENCIA, A PACIENTES INVOLUCRADOS EN SITUACIONES DISRUPTIVAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO MONOVALENTE DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA.”



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**
Universidad Jesuita

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Sistematización de prácticas

Contexto Clínico

“Asistencia de la Sección de Salud Mental, en contexto de urgencia, a pacientes involucrados en situaciones disruptivas en un hospital público monovalente de la Ciudad de Córdoba.”

Autora: Lemme, Candela Agostina

Directora: Lic. Pérez Puyol, Adriana

2023

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, mi pilar fundamental.

A Rossana, mi madre, quien desde mi infancia cultivó en mí la curiosidad, el anhelo y la pasión por esta disciplina y que junto a Héctor, mi padre, Gerardo y Leandro, mis hermanos, me han apoyado, respaldado y alentado a seguir adelante a lo largo de estos años de formación.

A Hernán, mi amado compañero, quien en estos últimos años ha asumido el rol de apoyo y sostén en la recta final de mi carrera con amor, paciencia y comprensión.

A Rocio, Laura y Camila, mis facuamigas, quienes me han acompañado incansablemente día y noche en el recorrido de esta carrera.

A la Universidad Católica de Córdoba, por brindar una educación de excelencia, con oportunidades de prácticas únicas y enriquecedoras.

Al Hospital Municipal de Urgencias. A Carolina, Sofía, María, Adrián y tantos otros profesionales que me abrieron sus puertas y proporcionaron un espacio de aprendizaje inigualable.

A todos ustedes, les expreso mi infinita gratitud. Sepan que cada uno ha contribuido significativamente a mi desarrollo profesional y crecimiento personal.

ÍNDICE GENERAL

1.	INTRODUCCIÓN.....	9
2.	CONTEXTO CLÍNICO	13
2.1	PSICOLOGÍA: PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	14
2.2	ESCENARIO JURÍDICO.....	20
3.	CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	22
3.1	URGENCIA Y EMERGENCIA.....	24
3.2	HMU EN LA ACTUALIDAD	26
3.3	ORGANIGRAMA.....	28
4.	EJE DE SISTEMATIZACIÓN	31
5.	OBJETIVOS.....	33
5.1	OBJETIVO GENERAL.....	34
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
6.	PERSPECTIVA TEÓRICA	35
6.1	ESCENARIO COMPLEJO	36
6.2	LO DISRUPTIVO Y EL TRAUMA	39
6.3	CLÍNICA HOSPITALARIA DE URGENCIAS.....	42
6.4	MODALIDADES DE INTERVENCIÓN	46
6.5	CONTEXTO HISTÓRICO, POLÍTICO Y SOCIAL.....	53
7.	MODALIDAD DE TRABAJO	55
7.1	SISTEMATIZAR.....	56
7.2	CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS	57
7.3	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	60
7.4	NORMAS DEONTOLÓGICAS Y PRINCIPIOS RESPETADOS.....	61
8.	ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	63
8.1	RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....	64
8.1.1	Primer encuentro.....	64

8.1.2	Día a día	65
8.1.3	Tramo final	67
8.2	ANÁLISIS DE DATOS.....	67
8.2.1	Reconocer el carácter disruptivo de las situaciones vivenciadas por los pacientes que requirieron asistencia de salud mental, examinando la naturaleza de dichas situaciones y su impacto en la salud mental de los pacientes.....	68
8.2.2	Describir estrategias de intervenciones clínicas, implementadas por las psicólogas, frente a la demanda en el HMU.....	75
8.2.3	Indagar los principales retos a los que se enfrenta la Sección de Salud Mental al brindar atención en contexto de urgencia, incluyendo factores como la coordinación interdisciplinaria, los recursos disponibles y las necesidades específicas de cada paciente. 96	
9.	CONSIDERACIONES FINALES	116
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	122

ÍNDICE DE SIGLAS

CPC: Centro de Participación Comunal.

HMU: Hospital Municipal de Urgencias.

HNPP: Hospital Neuropsiquiátrico Provincial.

IPAD: Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción.

SP: Supervisión Psicológica.

TEPT: Trastorno de Estrés Post Traumático.

UTI: Unidad de Terapia Intensiva.

1. INTRODUCCIÓN

Durante el quinto año de cursado de la Licenciatura en Psicología en la Universidad Católica de Córdoba, se dicta la cátedra *Práctica Profesional Supervisada*, la cual propone la oportunidad de realizar prácticas pre profesionales en diversos contextos e instituciones.

El presente Trabajo Integrador Final se enmarca dentro de la sistematización de prácticas llevadas a cabo en el contexto clínico, de manera presencial, en el Hospital Municipal de Urgencias (HMU) de la ciudad de Córdoba, Argentina; en donde se ha formado parte de la Supervisión Psicológica (SP) dentro de la Sección de Salud Mental.

El período de prácticas ha transcurrido de mayo a octubre del año 2022 y se han realizado en función de recabar información pertinente, a través de un registro de la experiencia vivida en la institución, desde el rol de observadora participante y no participante. De esta manera, se destaca que el presente trabajo fue pensado y realizado en función de plasmar al menos una cuota del arduo trabajo que llevan a cabo las profesionales de salud mental dentro del HMU, destacando una modalidad particular del rol del psicólogo clínico en la actualidad, dentro de un ámbito hospitalario tan particular.

Cabe resaltar que la experiencia fue profundamente enriquecedora y compleja y que desde el inicio se fue testigo de una apertura genuina por parte de los profesionales, quienes brindaron un acompañamiento diario con responsabilidad y compromiso. Asimismo, al no existir antecedentes de trabajos finales, desde el contexto clínico, que plasmen la labor realizada desde salud mental en esta institución, se concibió desde primera instancia que la importancia del presente escrito recae en lograr visibilizar y dar a conocer la valiosa labor desempeñada por el equipo de salud mental en el HMU.

Cada una de las instancias del proceso, desde los meses de práctica, la propuesta de eje y objetivos, hasta el desarrollo de los contenidos de este trabajo final, implicó enfrentar situaciones desafiantes y transformadoras. La interacción mutua entre teoría y práctica fue un componente central para la realización de este trabajo, que busca reflejar y plasmar la riqueza del aprendizaje y conocimientos adquiridos durante esta etapa.

A lo largo del desarrollo, se invita al lector a sumergirse en un proceso de análisis y reflexión de aquello plasmado tras una cuidadosa recopilación y examinación de una amplia variedad de datos, experiencias y testimonios. De esta manera, para la realización del mismo se apostó por la inclusión de múltiples perspectivas y vivencias que contribuyeron a la construcción de un conocimiento completo y representativo, trascendiendo la mera recopilación de datos y brindando una comprensión profunda y empática de la realidad estudiada. Es por

ello que, en el transcurso de este trabajo, se presta especial atención a la participación de los actores involucrados. Por un lado, los pacientes, quienes, a través de entrevistas y diálogos cercanos, compartieron sus experiencias, vivencias y perspectivas; pudiendo, de esta manera, contar con una fuente rica y valiosa de información, que permitió comprender de manera más profunda sus realidades y necesidades en este contexto de asistencia. Por otro lado, los profesionales, quienes, a través de sus conocimientos especializados, su experiencia clínica y compromiso con la atención psicológica, propiciaron una visión integral y contextualizada de la asistencia en contexto de urgencia.

En relación a la estructura del trabajo, y en función de agilizar la lectura del mismo, se propusieron diversos apartados con la finalidad de ir esclareciendo, a medida que avanza el desarrollo, diferentes inquietudes relacionadas en primera instancia, a la psicología y el rol del psicólogo clínico en particular, a la psicología clínica en la actualidad y a la institución donde se han realizado y han tenido lugar las prácticas. Luego, buscando comprender y evaluar la eficacia, relevancia y desafíos de la asistencia llevada a cabo por el equipo de salud mental en estas circunstancias tan desafiantes, se propone un marco conceptual de referencia en función del eje de sistematización y sus correspondientes objetivos presentados, tanto general como específicos, para posteriormente poder efectuar un análisis detallado de la experiencia vivida.

Precisamente, en relación al eje de sistematización, se destaca cómo se requirió transitar un profundo proceso de búsqueda e integración de conceptos para dar lugar al surgimiento de este; el cual vertebra el trabajo otorgándole un marco contextual que resume los puntos clave que se desarrollan en el análisis. Ciertamente el capítulo de análisis de la experiencia es planteado como una sección central del trabajo, donde se evalúa y reflexiona profunda y críticamente los aciertos y desafíos enfrentados en el proceso de asistencia.

En lo que respecta al fundamento teórico, se ha atravesado un proceso de relectura de materiales propiciados y dictados durante el transcurso de la licenciatura, como así también se han investigado y aprendido nuevos conceptos, técnicas, paradigmas y realidades en torno a la salud mental y la salud pública en Argentina; aprehendidos primordialmente tras haber formado parte de la Sección.

Asimismo, dado el contexto de urgencia, propio del HMU, se ha focalizado en adoptar una mirada integral desde un posicionamiento desde lo complejo, considerando y reconociendo a los fenómenos a analizar como en constante interacción y relación, con un marcado dinamismo.

Finalmente, se incluyen las consideraciones finales derivadas de la enriquecedora experiencia vivida; en ellas se pone especial énfasis en destacar los aprendizajes obtenidos durante la realización de la práctica profesional supervisada, destacando la relevancia y trascendencia de la labor del psicólogo clínico en la asistencia y cuidado de la salud mental de los pacientes en contextos de urgencia hospitalarios, así como el compromiso constante por la mejora continua y el crecimiento profesional en el campo de la psicología clínica.

2. CONTEXTO CLÍNICO

2.1 PSICOLOGÍA: PSICOLOGÍA CLÍNICA.

Partiendo del interrogante sobre el significado de la psicología, se defiende la idea de que definirla resulta una tarea desafiante debido a la amplia gama de actividades que esta abarca. No obstante, retomando los aportes de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) (2003) se destaca como esta comprende una,

ciencia que se define por el estudio del comportamiento en todas sus manifestaciones y contextos. El comportamiento es lo que hace la gente y supone, por tanto, alguna acción, actividad o conducta. En ese sentido, el comportamiento tiene una variedad de formas o manifestaciones que incluyen la actividad mental, la respuesta psicofisiológica, la reacción emocional, el decir y hacer propiamente. (p.1)

De esta manera, se destaca su naturaleza como ciencia de los procesos mentales y del comportamiento.

En lo que respecta al surgimiento de la psicología como disciplina científica, este refleja un testimonio de la evolución de las ideas acerca de la mente y el comportamiento humano a lo largo de la historia. Esta disciplina, que en sus inicios estuvo influenciada por la filosofía y la observación de la conducta humana, ha recorrido un fascinante camino desde sus raíces hasta la actualidad; desde los primeros filósofos, como Sócrates, Platón y Aristóteles, que reflexionaron sobre la naturaleza de la mente hasta los modernos avances en neurociencia y psicología cognitiva, la psicología ha ido desentrañando gradualmente los fenómenos de la cognición, las emociones y el comportamiento.

En relación a su institucionalización como disciplina, la psicología encuentra sus raíces a finales del siglo XIX. Su surgimiento estuvo influenciado por una serie de condiciones históricas que convergían en el interés y la importancia cada vez mayores que se otorgaba al estudio del ser humano.

Hacia el último cuarto del siglo XIX se dieron las condiciones necesarias para que la psicología emergiera como ciencia autónoma. Como ya hemos visto, el destino de la psicología científica era nacer como un híbrido de fisiología y filosofía de la mente, que a mediados del siglo se empezó a denominar *psicología*. (Leahey, 2005, p. 213).

Siguiendo con los aportes del autor, se destaca que, en su trayectoria, la psicología ha explorado diversas perspectivas que han aportado valiosos enfoques para comprender la complejidad de la mente humana. Desde el estructuralismo de Wilhelm Wundt, quien estableció el primer laboratorio de psicología “académicamente reconocido” (p. 217) en la Universidad de Leipzig en el año 1879, hasta el funcionalismo de William James, pasando por el psicoanálisis de Sigmund Freud y el conductismo de Watson y Skinner.

A su vez, la psicología como disciplina cuenta con muchos campos de intervención, “las áreas de la Psicología constituyen divisiones por especialidades de la misma (Cosacov, 2005, p.21)”, los correspondientes tratamientos o procesos que se lleven a cabo en cada uno de ellos dependerá de la formación del psicólogo y de sus corrientes; entiéndase a estas como las corrientes educacional, sanitaria, jurídica, social-comunitaria, laboral y clínica.

“Si bien el conocimiento básico es uno, la aplicación social es diversa, en función de la variedad de contextos en los que la Psicología fue requerida” (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA), 2003, p.2).

Particularmente, en relación a la psicología clínica, se destaca que esta es una “disciplina científico-profesional con historia e identidad propia y cuyos objetivos son la evaluación y diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos o mentales” (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA), 2003, p.1). Esta disciplina puede definirse según Lagache (1982) por “su objeto, por sus metas y por sus medios” (p.9).

Continuando con los aportes de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) (2003), el origen de la psicología clínica también se remonta a finales del siglo XIX, cuando comienza a consolidarse como una disciplina independiente. Precisamente en 1896, Lightner Witmer fundó la primera clínica psicológica en la Universidad de Pennsylvania, marcando un hito importante en la aplicación práctica de la psicología en la evaluación y el tratamiento de trastornos mentales; en ese mismo año Sigmund Freud nomina psicoanálisis a

su método clínico. Hasta el año 1940, tanto el tratamiento como “el psicodiagnóstico, así como la investigación, fueron las mayores señas de identidad del psicólogo clínico en estos primeros tiempos” (p.4); cinco años más tarde, hacia el final de la Segunda Guerra Mundial, la psicología clínica es reconocida legalmente en EEUU como especialidad. De esta manera, continuó experimentando cambios significativos en décadas posteriores, con el surgimiento de enfoques terapéuticos como la terapia cognitiva y el enfoque conductual, la influencia de la psicología humanista, la llegada de la psicofarmacología y los avances en terapias farmacológicas que contribuyeron a la integración de tratamientos y, finalmente, en el siglo XXI, donde ha seguido evolucionando con tecnologías avanzadas y un enfoque en la terapia basada en la evidencia, demostrando ser una disciplina en constante desarrollo para comprender y tratar los trastornos mentales.

En relación al objeto del psicólogo clínico, resulta pertinente retomar los aportes de Lagache (1945) quien plantea que “el objeto de la psicología clínica supera así el de la patología mental: no es el hombre psíquicamente enfermo, es el hombre en conflicto, es la resolución o prevención del conflicto” (p.2); asimismo, el autor remarca que el psicólogo clínico estudia a “la persona total “en situación”” (p.9). De esta manera, se comprende como el objeto no se reduce de manera única al trastorno mental per se, sino que también se hace foco en su prevención, “dentro del área clínica suelen distinguirse tres modalidades diferentes al considerar los problemas psicológicos: preventiva, asistencial y rehabilitante.” (Cosacov, 2005, p.23). Esto se relaciona al rol del psicólogo clínico, quien se encarga de abordar determinados conflictos que por sí solos no llegan a considerarse trastornos, pero que interfieren con el bienestar y la cotidianidad de los individuos; “la psicología se interesa a tanto en el comportamiento normal como en el anómalo, aquel que implica algún trastorno o desorden sea para la propia persona o sea en relación con los demás” (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA), 2003, p.2). Siguiendo esa línea, se resalta cómo a través de los años, la psicología clínica ha experimentado una evolución significativa, pasando de ser una disciplina centrada únicamente en el estudio y tratamiento de la psicopatología, a una ciencia más amplia y abarcativa, contando con diversos enfoques terapéuticos e interesándose por el bienestar psicológico en general y la promoción de la salud mental.

En relación a la tarea clínica, tal como lo plantea Bragado Álvarez (1992), esta comprende un proceso constante de investigación, por un lado, del paciente y su entorno, y por otro, de los múltiples esquemas terapéuticos existentes que pueden resultar de utilidad para determinado paciente y a su vez, de innovaciones en lo que respecta a avances en el

entendimiento del padecimiento mental, entre otras cuestiones; siempre teniendo en cuenta que lo central de la psicología clínica son los diferentes tipos de abordajes que se adecuan al contexto de atención y a la situación total del paciente. Siguiendo esta línea y tomado los aportes de Cerdán Micó (2018) se puede advertir que, ante un caso clínico, el psicólogo parte de sus observaciones realizadas bajo el marco de una evaluación del sujeto, a partir de la cual arriba a un diagnóstico presuntivo con el cual encuadrar su comprensión de la totalidad del padecer del paciente; siendo este diagnóstico, indispensablemente, orientador de la práctica clínica y puramente dinámico, ya que, “el diagnóstico tiende a captar un momento exclusivo de la historia de un ser humano” (Lagache, 1982, p.12). Resulta pertinente destacar que el diagnóstico clínico se correlaciona con la complejidad que el psiquismo y el ser humano comprenden, es un instrumento necesario e inherente a la práctica clínica, siempre y cuando no sea incorrectamente implementado a modo de etiqueta y encasillamiento.

En lo que respecta al campo clínico, este comprende un amplio panorama de intervención que no se limita a la psicoterapia en consultorio particular, sino que los psicólogos clínicos intervienen también en diversos ámbitos tales como clínicas o centros salud mental, programas de prevención y promoción de la salud mental y en instituciones hospitalarias ya sea generales o monovalentes.

De esta manera, centrando el foco en el abordaje psicológico clínico-hospitalario, se destaca como en la actualidad se cuenta con enfoques terapéuticos integrales y holísticos, los cuales toman en cuenta aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la comprensión y tratamiento de los conflictos de salud mental. Siguiendo esa línea, se vislumbra como resulta indispensable señalar que la psicología clínica no comprende un enfoque aislado que no tenga en cuenta otros conocimientos o puntos de vista al momento de asistir; de allí proviene la relevancia de las intervenciones inter y transdisciplinarias con demás agentes de la salud, como lo son los psiquiatras. A través de esta perspectiva integral y humanística, se logra una integración de perspectivas, destacándose en esta modalidad de abordaje el poder pensar, idear e implementar una asistencia singular y particular.

Es importante destacar que tanto los psicólogos clínicos como los psiquiatras desempeñan su labor en el ámbito de la salud mental, abordando cuestiones relacionadas con trastornos mentales y dificultades emocionales. Sin embargo, aun compartiendo un enfoque común en cuanto a su objeto de estudio, existen diferencias significativas en sus formaciones profesionales, enfoques de trabajo y habilidades.

En primer lugar, es importante señalar que la psiquiatría se caracteriza por ser una rama especializada de la medicina, lo que implica una base de formación en aspectos biológicos y la utilización de enfoques farmacológicos en respuesta a consultas que se centran principalmente en los síntomas. Asimismo, su formación está arraigada en el concepto de enfermedad, en contraposición al concepto de salud. Por su lado, el psicólogo clínico se forma con una perspectiva que busca comprender la mente desde una visión multidimensional, considerando factores biológicos, sociales y psicológicos a través de herramientas diagnósticas que difieren de las utilizadas por los psiquiatras. Además, a diferencia de la visión médica convencional del proceso salud-enfermedad, la psicología clínica aborda este proceso de manera no lineal.

De esta manera, siguiendo con lo planteado en los párrafos precedentes, se puede afirmar que hoy en día, la psicología clínica ha mutado y ha expandido aún más su campo y objetivos de intervención, tal como lo plantea Buendía (1991) “La psicología clínica ha evolucionado y se ha transformado de manera importante en los últimos años” (p.11),

la intervención psicológica actual no se reduce a ser exclusivamente clínica en el sentido tradicional, sino que contempla unos objetivos más amplios, abarcando también la prevención y la promoción de la salud. Aquí el individuo no está contemplado como un ser aislado sino como inmerso en el contexto social. (p.11)

Es por ello que, en la actualidad, resulta imprescindible para el psicólogo clínico adoptar una mirada desde el paradigma de la complejidad, a través de la cuál comprender que los fenómenos de salud mental se producen mediante la interrelación del sujeto con su propio cuerpo, con la sociedad en la que está inmerso y con su propio psiquismo. A su vez, a través de esta mirada compleja, resulta indispensable el reconocer a las nuevas corrientes integrativas en auge y, así también la importancia de poder formar parte de equipos inter y transdisciplinarios que permitan lograr una comprensión integral de la problemática en cuestión. Tal como lo plantea Moise (2021) “vivimos en sociedades que, en su gran mayoría, piensan, toman decisiones y se conducen de manera dualista o binaria” (p.13), quien también refiere la relevancia del “marcado interés en la formación de los psicoterapeutas y en la efectividad de sus intervenciones, resultando sumamente necesario e importante un abordaje complejo, transdisciplinario e integral de las problemáticas humanas” (p.13) y del “conciliar recursos y saberes de diversas corrientes psicológicas de forma integrada y coherente, con el fin de reducir los obstáculos que nos impiden acceder a mayores niveles de conciencia” (p.13).

Finalmente, en lo que respecta al abordaje clínico hospitalario en urgencias en Argentina, resulta pertinente remarcar que el mismo comprende una evaluación de riesgos,

contención emocional, la prevención del suicidio y la derivación a servicios especializados cuando fuera necesario. El rol del psicólogo clínico en atenciones de crisis y urgencias comenzó a definirse en el siglo XX, a medida que la psicología clínica como disciplina se consolidaba. Durante este período, se reconoció la importancia de la intervención psicológica inmediata en situaciones de crisis y emergencia, como desastres naturales, conflictos bélicos y problemas de salud mental agudos;

“Será a partir de los eventos de México y Colombia en 1985 cuando los aspectos psicológicos comiencen a ocupar el lugar que les corresponde, pero ya no desde la enfermedad psíquica, sino atendiendo a un componente psicosocial amplio, implícito en las crisis masivas de este tipo.” (Rossi, p.57)

A través de los años, se establecieron protocolos y pautas para la atención en situaciones de urgencia, y los psicólogos clínicos adquirieron un rol esencial en equipos interdisciplinarios de atención médica y de emergencia; su formación y capacitación se orientaron hacia la adquisición de habilidades específicas para la gestión de crisis.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación (2013), la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones establece que “la intervención en las urgencias de Salud Mental resulta decisiva para definir la evolución de las personas con padecimiento mental.” (p.10), y, en relación a la urgencia en salud mental y lo que comprende una crisis que,

urgencia en salud mental es toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital. (p.10)

De esta manera, a través de los años, se han ido estableciendo protocolos y directrices que delinear los roles y responsabilidades del psicólogo clínico en estas circunstancias, contribuyendo así a una atención más efectiva y especializada en momentos críticos.

2.2 ESCENARIO JURÍDICO

En Argentina, en el año 2010, se promulgó la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, con el propósito de enfatizar la individualidad de los usuarios de salud mental y salvaguardar sus derechos. Esta legislación introduce un paradigma innovador que difiere del enfoque médico tradicional centrado en la dicotomía salud-enfermedad y se enfoca en una perspectiva de individuo como poseedor de derechos, con su propia singularidad y como parte de una comunidad en la que debe poder integrarse sin ser excluido mediante hospitalizaciones prolongadas en instituciones psiquiátricas, bajo la categoría de enfermo mental. Esta ley aboga por una transformación de cómo se entiende y aborda la salud mental, buscando la inclusión y el respeto por la diversidad en la sociedad y estableciendo un nuevo enfoque en la atención y tratamiento de la salud mental, priorizando la dignidad y los derechos de las personas, fomentando su inclusión y participación en la sociedad.

Con el fin de alcanzar sus principios fundamentales, la Ley plantea una transformación gradual en las instituciones dedicadas a la salud mental. Esta transformación implica el reemplazo progresivo de criterios que respaldaban internaciones prolongadas por modalidades de atención ambulatoria en hospitales generales. Este cambio contribuye de manera significativa al proceso de reducción del estigma asociado a los usuarios de salud mental permitiendo, de esta manera, una mayor integración en la comunidad.

Por su parte, en la provincia de Córdoba, al igual que en las demás jurisdicciones provinciales, se promulgó la Ley Provincial de Salud Mental 9848; reflejándose una acción conjunta entre las provincias y el gobierno nacional para garantizar una óptima prestación del servicio de salud mental a la población ya que, la coordinación entre estas entidades busca asegurar la provisión de una asistencia de calidad y adecuada a las necesidades de la sociedad en su conjunto. Lo que la Ley Provincial 9848 plantea, en relación a la tendencia a la externación de pacientes, es que,

hospitales generales - admisión. Los hospitales generales, que cuenten con servicios de salud mental, deben admitir personas con padecimiento mental en situación de crisis, por períodos breves, en las mismas condiciones que cualquier otro paciente del hospital, hasta tanto el equipo interdisciplinario de salud mental evalúe que corresponde la externación y reinserción socio familiar y/o la derivación a otra alternativa de

tratamiento dentro de la red prestacional de salud mental. La dirección del hospital debe gestionar la disponibilidad de camas para internación, así como el recurso profesional adecuado para la contención de dichas situaciones. (Cap. I, Art. 28)

Esto implica el comprender a la salud mental como parte de la salud integral del sujeto, no ajena a factores biológicos, culturales, históricos, entre otros, tal como se plantea en la Ley Nacional 26.657 del Derecho a la Protección de la Salud Mental, cuando se define a la salud mental como “proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos” (Cap. II, Art. 3).

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

Las prácticas se llevaron a cabo en el HMU de la ciudad de Córdoba, situado en la dirección Catamarca 441. Este hospital opera de manera ininterrumpida, brindando atención las 24 horas del día, los 365 días del año, y está destinado a pacientes a partir de los catorce (14) años en adelante.

El HMU es una entidad abocada a la atención de salud pública y, por ende, presta servicio a individuos sin importar sus recursos financieros, capacidad de pago o cobertura de prepagas o seguros sociales. La característica que agrupa a los individuos ingresados y asistidos en el hospital es la de riesgo inmediato o mediano de muerte, ya que, conforme a su denominación, en este hospital se admite a pacientes que se encuentran en estado de urgencia.



Ilustración 1. Vista superior HMU. Google Earth/Elaboración propia.

Resulta pertinente destacar que, en Argentina, el sistema de salud se organiza en tres niveles de atención. En primer lugar, se encuentra la atención primaria, que sirve como punto de entrada al sistema de salud y comprende centros de salud, dispensarios, campañas de prevención y/o promoción de salud, entre otros establecimientos de baja complejidad que no ofrecen internación. En segundo lugar, se encuentra la atención secundaria, que abarca redes hospitalarias y otros establecimientos donde se brindan diversos servicios, incluyendo internaciones, aunque no de larga duración. Se estima que, entre estos dos primeros niveles de atención, se atienden aproximadamente el noventa y cinco (95) por ciento de las necesidades de salud de la población.

En tercer lugar, se encuentra el *tercer nivel* de atención que acapara afecciones poco prevalentes y que requieren de especialidades médicas; asimismo, se caracteriza por incluir tanto internaciones breves como prolongadas, además de contar con tecnología altamente compleja.

Precisamente el HMU es una institución pública sanitaria encargada de cubrir el tercer nivel de atención. Es importante resaltar que el HMU es monovalente, lo que significa que su enfoque se centra en brindar atención altamente especializada y de alta calidad en el campo del trauma, contando, dentro de sus instalaciones, con servicios y áreas destinadas a diferentes especialidades médicas y quirúrgicas; incluyendo urgencias médicas, traumatología, cardiología, neurología, gastroenterología, entre otras, limitando su enfoque y prestación de servicios a estas especialidades específicas. Además, el hospital está equipado con unidades de cuidados intensivos y servicios de diagnóstico y tratamiento, como laboratorio, radiología y tomografía, entre otros recursos avanzados.

3.1 URGENCIA Y EMERGENCIA

En este contexto, ¿qué implica que una persona se encuentre en estado de urgencia? En esencia, existe una distinción semántica entre emergencia y urgencia, siendo esta última el riesgo mediano de muerte, mientras que la emergencia se refiere al riesgo inmediato de muerte. Cabe destacar que el hospital tiene su origen en la gestión de urgencias quirúrgicas.

En relación a las intervenciones realizadas por el servicio de salud mental, en su mayoría se trata de situaciones urgentes. En estos casos, al momento de intervenir, la persona ya se encuentra o está en proceso de estabilización física, lo que implica un riesgo de muerte a corto plazo, mediano. No obstante, se han registrado ocasiones específicas en las que la intervención se llevó a cabo en colaboración con el equipo de psiquiatría con el propósito de reducir el riesgo inmediato de un agravamiento en la situación y el estado del paciente.

Por otro lado, existe una ambigüedad en relación a la urgencia que se refleja en los pasillos del propio hospital ya que, en planta baja, se encuentran expuestos diferentes cuadros

y placas haciendo referencia y honor a la creación del mismo, como también distinción a personajes destacados de su historia. Tres de los cuadros expuestos se titulan *La creación, 3 de octubre de 1944, El acta Fundacional*, respectivamente; en ellos se da cuenta de cómo nació la idea de crear esta nueva institución en agosto del 1944, de la mano de la Dirección General de Asistencia Pública e Higiene cuyo director era Dr. Juan Caleffarata. Hasta ese entonces, la falta de camas destinadas a la atención de casos de *emergencia* en la provincia de Córdoba era una problemática latente; no existía una correcta atención dado que Córdoba carecía de infraestructura y agentes de salud especializados que dieran respuesta a dicha demanda.

Es así que, en ellos, se vislumbra un recorrido histórico que conlleva cambios en lo que respecta al proyecto inicial del hospital, a los servicios que pretendían prestarse en él como también de su locación y fachada.

La primera sala de urgencias de Córdoba tuvo su inauguración el 4 de noviembre de 1944, en el Pasaje Corrientes 64 frente al viejo Hospital de Niños; contaba con dieciséis (16) camas. El objetivo era que de manera provisoria se le prestara atención a las emergencias médicas y traumatológicas hasta que el hospital proyectado se construyera y habilitara. Sin embargo, cuatro (4) años más tarde, la construcción del hospital se paralizó por dificultades económicas y la atención pasó de darse en la sala del Pasaje Corrientes 64 a Santa Rosa 360, establecimiento que contaba con treinta (30) camas.

Aproximadamente durante treinta (30) años el HMU, cuya fundación se firmó por el entonces vicepresidente de la Nación Argentina, Juan Domingo Perón el día 3 de octubre de 1944, atendió a sus pacientes en este establecimiento ubicado en Santa Rosa 360. Período más tarde, la Municipalidad expropia el terreno vecino donde se habían comenzado las obras en primera instancia y se lleva a cabo la construcción de lo que hoy en día conocemos como HMU. Es así que, finalmente, el 15 de octubre de 1982 se inaugura el HMU en la calle Catamarca; contaba en ese entonces con tres sectores, A, B y C con treinta y seis (36) camas cada uno de ellos, una sala de terapia intensiva con diez (10) camas y una sala de urgencias coronarias con cuatro (4).

Cuarenta (40) años más tarde, la atención de urgencias y emergencias médicas se sigue dando en dicho lugar; sin embargo, debido al propio paso del tiempo y las respectivas conflictivas que se fueron presentando, entiéndase conflictivas políticas, sociales y/o económicas, muchos cambios se dieron en lo que respecta la coordinación, organización y prestación del servicio.

3.2 HMU EN LA ACTUALIDAD

Hoy en día el hospital cuenta con los tres (3) sectores iniciales, pero con la diferencia que el sector A, destinado a la internación de pacientes que han tenido cirugías de abdomen, columna y neurológicas, cuenta con veintitrés (23) habitaciones y un total de dieciséis (16) camas disponibles. En el sector B hay consultorios varios, gabinetes de diferentes divisiones y secciones como patología anatómica, kinesiología y fisioterapia, salud mental, cardiología, cirugía plástica, 107, entre otros. Dicho sector no se encuentra destinado a internaciones. Por último, el sector C, donde se encuentran internados pacientes de traumatología, cuenta con once (11) habitaciones y un total de dieciséis (16) camas disponibles.

Tanto en el sector A como en el C hay gabinetes de enfermería, laboratorio, oficina de residentes, y oficina de cirugías ambulatorias.

Asimismo, se inauguró la Unidad de Cuidados Intermedios con la finalidad de contar con un espacio donde, luego de que los pacientes hayan sido internados en la UTI (Unidad de Terapia Intensiva), se los pase a la misma y comiencen a estabilizarse para luego pasar a sectores de internación. Sin embargo, aún no se ha puesto en marcha el accionar en ella. Otro de los espacios que se han inaugurado es la sala de Shock Room de alta complejidad, preparada para recibir emergencias médicas, contando con seis (6) camas. Finalmente, la UTI, que en sus inicios contaba con diez (10) camas, hoy en día cuenta con nueve (9) y la Sala de Urgencias Coronarias no se encuentra disponible.

Como se mencionó anteriormente, estos cambios se deben principalmente a conflictivas que atraviesan al hospital transversalmente, condicionando su dinámica y afectando a una población que lo excede. La disminución de camas, de pasar de tener treinta y seis (36) por cada sector a veinticuatro (24) y once (11) respectivamente, se debe primordialmente a una problemática que atañe al departamento de enfermería y su litigio y lucha constante de determinar cuántos pacientes por enfermero corresponden; esto implica que habitaciones y camas físicas hay, pero no todas son ocupadas debido a la falta de personal, sobreexplotación del existente y bajos salarios.

El clima gremial se percibe en los pasillos del hospital; luchas incansables que conllevan a asambleas, paros de prestación de servicio y marchas en función de hacerse escuchar y valerse como profesionales. El gremio que representa a los empleados municipales es el S.U.O.E.M (Sindicato Unión Obreros y Empleados Municipales); dentro del hospital hay seis (6) delegados gremiales, pertenecientes a diferentes rubros, que representan a la totalidad de empleados del hospital.

3.3 ORGANIGRAMA

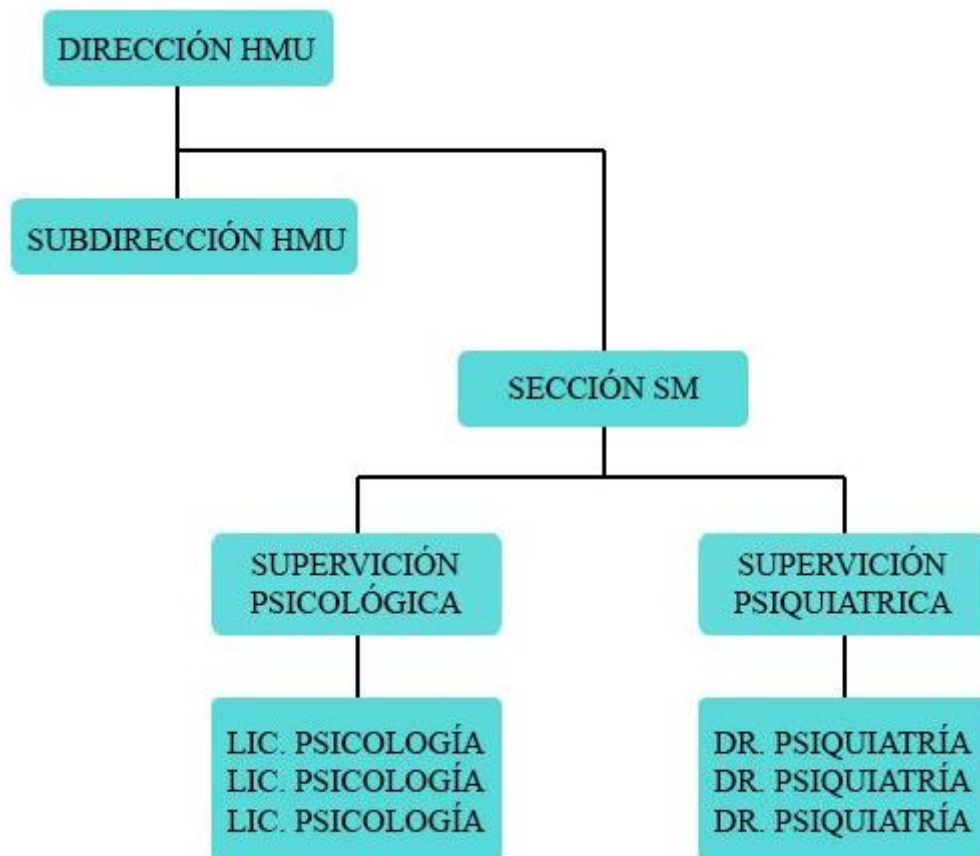


Ilustración 2 Organigrama. Fuente: elaboración propia (2022).

Actualmente el hospital cuenta con más de seiscientos (600) empleados, distribuidos en las diferentes áreas que lo componen estructuralmente.

Rige una Dirección del HMU, a cargo del:

- Departamento de Secretaría Técnica
- División de Personal
- División de Recepción de Pacientes
- División de Habilitación
- División Medicina Legal
- Sección Kinesiología

- Sección Servicio Anatomía Patológica
- Sección Salud Mental
- Sección Servicio de Nutrición
- Sección Servicio Social
- Sección Instrumentadores Quirúrgicos

A su vez, rige una Subdirección Administrativa, una Subdirección de Emergencias 107 y una Subdirección del HMU, la cual está a cargo del:

- Departamento de Enfermería
- Departamento de Clínica Médica
- Departamento de Anestesia
- Departamento de Cirugía
- Departamento de Traumatología
- Departamento de Emergencia
- Departamento de Capacitación y Docencia
- División Servicio Bioquímico
- División Transfusional
- División Diagnóstico por Imágenes
- División Farmacia

Cabe mencionar que el hospital cuenta con un servicio de emergencias “107”, creado en el año 2002 y encargado de abordar atención pre hospitalaria ante urgencias médicas. Este se encuentra disponible las 24 horas del día los 365 días del año e interviene con pacientes a domicilio, en la vía pública y en los traslados intrahospitalarios.

A su vez, dentro del HMU se han conformado diferentes Comités, integrados interdisciplinariamente, tales como:

- Comité Neuro-crónico
- Comité de Bioética

-Comité de Cuidados del Paciente

-Comité de Infecciones

-Comité de Catástrofe

Salud mental cuenta con su espacio, propiamente dicho Sección, desde el año 2002. En sus comienzos contaba con servicio de psiquiatría y un año más tarde se sumó el servicio de psicología. En la actualidad (2022), la Sección de Salud Mental está a cargo de un psiquiatra que integra la supervisión psiquiátrica junto a otros dos profesionales; a su vez, la Sección cuenta con SP, integrada por tres (3) psicólogas. Este equipo interdisciplinario realiza intervenciones en diferentes sectores del hospital, sin requerir necesariamente interconsultas o derivaciones de otros servicios.

En cuanto a la modalidad de trabajo, teniendo en cuenta a la totalidad de servicios, secciones, divisiones y departamentos, se destaca la calidad de comunicación existente entre ellos con respecto a la coordinación y realización de interconsultas y/o atención en conjunto de pacientes. Si bien se visualiza cómo continúa, día a día, integrándose la salud mental a la labor hospitalaria, aún pueden identificarse en diálogos y discusiones entre diferentes profesionales del hospital comentarios que no logran otorgar el reconocimiento o valoración pertinente a la misma.

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

“Asistencia de la Sección de Salud Mental, en contexto de urgencia, a pacientes involucrados en situaciones disruptivas en un hospital público monovalente de la Ciudad de Córdoba”.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la asistencia de la Sección de Salud Mental, en contexto de urgencia, a pacientes involucrados en situaciones disruptivas en un hospital público monovalente de la Ciudad de Córdoba.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Reconocer el carácter disruptivo de las situaciones vivenciadas por los pacientes que requirieron asistencia de Salud Mental, examinando la naturaleza de dichas situaciones y su impacto en la salud mental de los pacientes.
- II. Describir estrategias de intervenciones clínicas, implementadas por las psicólogas, frente a la demanda en el HMU.
- III. Indagar los principales retos a los que se enfrenta la Sección de Salud Mental al brindar asistencia en contexto de urgencia, incluyendo factores como la coordinación interdisciplinaria, los recursos disponibles y las necesidades específicas de cada paciente.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

En el presente apartado se desarrolla la perspectiva teórica del eje “Asistencia de la Sección de Salud Mental, en contexto de urgencia, a pacientes involucrados en situaciones disruptivas en un hospital público monovalente de la Ciudad de Córdoba”, en la que se toman aportes de diferentes corrientes y autores para poder, posteriormente, articular de manera teórica-práctica la sistematización de las prácticas realizadas y realizar una interpretación crítica de las mismas.

6.1 ESCENARIO COMPLEJO

Se podría afirmar que, a lo largo de la historia, en los hospitales ha prevalecido y dominado el enfoque *médico- hegemónico*, el cual en palabras de Menéndez (1988) comprende un,

conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. (p.1)

Según el autor, dicho modelo se fundamenta y estructura principalmente en el individualismo, en la biología, en el autoritarismo profesional y “participación subordinada y pasiva del paciente” (p.2), entre otras cuestiones; alineándose de esta manera con el paradigma de la simplicidad.

Siguiendo esta línea de trabajo, se tomaron los aportes de la Lic. Belmartino (1987) quien refiere acerca del modelo de la simplicidad planteando que, el mismo, “parte de una concepción de la salud y de la medicina, que es individual y biologicista” (p. 197). Asimismo,

realiza aportes referidos a los conceptos *salud* y *enfermedad* planteados en términos dicotómicos propio de dicho paradigma simplista, defendiendo en contraposición la terminología *proceso salud-enfermedad* de la siguiente manera,

se olvida que la salud y la enfermedad no son hechos separables, distinguibles en cada ser concreto, sino que forman parte de un proceso, de una suma de valores que es muy difícilmente distinguible, en estos términos antagónicos de salud y enfermedad. (p. 198)

Es precisamente Galende Alonso (2006) quien, reflexionando acerca de la concepción de subjetividad, a la cual entiende como,

el espacio del conocimiento psicopatológico es un espacio de ínter subjetividad, esta consideración restituye al paciente y su sufrimiento en el orden de la subjetividad, es en ella que debe indagarse sobre las razones, el origen y la causa, de su perturbación patológica. (p.6)

se remonta a la historia de la salud mental haciendo referencia al pasaje de paradigmas que se ha transitado a lo largo de los años, de un modelo simplista a uno complejo, afirmando que “es recién a partir de Husserl y especialmente de su discípulo Karl Jaspers, contemporáneo de Freud y el psicoanálisis, que se fundamenta una crítica profunda al modelo médico positivista de la psiquiatría.” (p.5) y que se dio un “pasaje del dominio casi exclusivo de la disciplina médico psiquiátrica al modelo más complejo y multidisciplinario que define los cuidados de Salud Mental” (p.1). De igual manera realiza aportes Najmanovich (2007) en los que fundamenta este pasaje de paradigmas planteando que,

la diferencia crucial entre las concepciones modernas que privilegian la mirada de la simplicidad y el enfoque de "redes dinámicas" que considero corresponde al pensamiento complejo, no se ubica en la dicotomía analítico-sistémico, sino en que la modernidad instituyó un enfoque esencialista-determinista mientras que en la actualidad está en plena expansión un abordaje emergente, dinámico y no-lineal. (p.74)

Precisamente el sociólogo y filósofo Morin (1990) refiere acerca de este pasaje de paradigmas planteando que “habría que sustituir al paradigma de disyunción/reducción/unidimensionalización por un paradigma de distinción/conjunción que permita distinguir sin desarticular, asociar sin identificar o reducir.” (p.34); asimismo conceptualiza a la *complejidad* como un “tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico.” (p.32). Es así que, en este pasaje de perspectivas, se desprende un modelo de pensamiento que defiende el abordaje de los fenómenos de la siguiente manera: “no pueden ser entendidos aisladamente. Se trata de problemas que están interconectados y son interdependientes. Se trata de la percepción de la realidad como una red de relaciones” (Salazar Coromoto, 2004, p.23).

De esta manera, dados estos aportes explicativos, puede comprenderse que en la actualidad rige un paradigma alejado del reduccionismo simplista y propio de lo complejo; y es desde este posicionamiento que se analiza y reflexiona la sistematización de prácticas.

En primer lugar, con el objetivo de realizar una discriminación entre los términos *demanda* y *consulta*, se toman aportes de Martínez Farrero (2006) quien refiere que

la diferencia entre motivo de consulta y demanda es que mientras lo primero puede limitarse a la descripción de un conjunto de signos, síntomas o problema de naturaleza objetiva, el concepto de demanda, que obedece a la transitividad, supone la expresión de un deseo, la petición explícita de ayuda.

El autor plantea que para poder trabajar con un paciente no se requiere la expresión del motivo de consulta, sino que este debe transformarse y reformularse “en otra expresión que sea practicable, es decir, en una demanda”. (p.61)

Sigmund Freud (1981) en relación a la comprensión del aparato psíquico hace alusión, en su escrito *Malestar en la Cultura*, a la *subjetividad* y las 3 *fuentes* de *sufrimiento* planteando que,

el sufrimiento nos amenaza por tres lados: desde el propio cuerpo que, condenado a la decadencia y a la aniquilación, ni siquiera puede prescindir de los signos de alarma que representan el dolor y la angustia; del mundo exterior, capaz de encarnizarse en nosotros con fuerzas destructoras omnipotentes e implacables; por fin, de las relaciones con otros seres humanos. (p. 3025)

Por otro lado, habiendo introducido el término *psiquismo*, resulta pertinente tomar los aportes de Berenstein y Puget (1997), quienes refieren que los seres humanos poseen un *aparato psíquico complejo* organizado en diferentes espacios psíquicos; entendiendo al aparato psíquico como abstracción teórica que se discrimina de lo físico. De esta manera, los autores realizaron una distinción de tres espacios psíquicos; el *transubjetivo*, que hace referencia a lo que sucede a nivel social, el *intrasubjetivo* que hace referencia a las representaciones del propio cuerpo y funcionamiento mental y el *intersubjetivo* que hace referencia a lo que sucede en lo interpersonal.

Asimismo, en referencia al aparato psíquico, Zukerfeld (1999) postula un modelo de estructuración y fundación del mismo que implica el comprender al ser humano como *sujeto* a un contexto social y familiar que habilita y/o facilita la estructuración del psiquismo mediante los mecanismos de represión y escisión; comprendiendo que las manifestaciones inconscientes integran síntomas, ideologías, afecciones físicas, diferentes manifestaciones conductuales, diversas maneras de pensar, entre otros.

la escisión no es una defensa del yo que se pone en funcionamiento en ciertas circunstancias. Es un hecho fundante del aparato psíquico que implica considerar el fetichismo no como patología sino como una condición del ser humano. Es decir, la escisión es lo que permite que coexistan procedimientos defensivos contra la realidad (desmentida) y otros contra la pulsión del ello (represión). (sección Revisión metapsicológica: el inconsciente escindido y la Tercera Tópica, párr. 9)

6.2 LO DISRUPTIVO Y EL TRAUMA

Por un lado, a modo introductorio, se toma la definición propuesta por la RAE (2022) del término *disruptivo*, quien lo conceptualiza como una “rotura o interrupción brusca”. Por otro, particularmente desde una perspectiva psicológica, se toman los aportes de Benyakar (2005) quien refiere que ““Lo Disruptivo”, en el área de la salud mental, da cuenta de un fenómeno originado en "el mundo externo", adquiriendo su cualidad específica, a través del efecto que produce en cada individuo” (p.8); dada esta conceptualización, el autor plantea que cualquier evento o situación con capacidad de generar tal efecto en el psiquismo de una persona ocasionando un desorden intrapsíquico, puede catalogarse como disruptivo.

Asimismo, introduce el concepto *desórdenes por disrupción* refiriendo “Llamo desórdenes por disrupción a los desórdenes físicos activados por la irrupción de eventos o situaciones fácticas, que producen en el sujeto distorsiones de la vivencia afectando, de esa manera, las cualidades de la experiencia” (Ramos et. al., 2016, p.26). El autor plantea que estos desórdenes posibilitan que emerjan patologías propias de lo disruptivo, “un cambio que ocurre en el afuera impacta en el adentro produciendo distorsiones vivenciales, o sea, vivencias traumáticas, de estrés, ominosas o de ansiedad”. (p. 27)

Es así que, ante demandas por *vivenciales disruptivos*, para comenzar a comprender la complejidad del aparato psíquico del paciente se debe partir, una vez efectuada la primera entrevista de valoración psicológica, con un *diagnóstico presuntivo situacional*.

el diagnóstico situacional implica una evaluación del Estado Actual del individuo a través del esquema de áreas y roles fundamentales. Dicho esquema fue creado por Enrique Pichón Riviére y ampliado por Roberto Kertész. Consta de 3 áreas: 1. Área I: Mental 2. Área II: Física/Corporal 3. Área III: Interpersonal. (Kerman,2008, p.13)

Al hablar del fenómeno de la disrupción, resulta relevante resaltar la diferenciación existente entre dicho término y lo *traumático*. “Propongo usar el término 'disruptivo' para reemplazar la palabra 'traumático' cada vez que hablamos de los hechos y las situaciones que ocurren en el mundo externo” (Benyakar, 2005, p.69). Según el autor, la situación, evento, circunstancia o cualquiera sea el vivenciar disruptivo, deviene traumático cuando no se desarrollan las defensas psíquicas necesarias para la elaboración de la vivencia. Lo planteado por el autor se relaciona con los aportes de Freud quien, según refieren Vallejo Samudio y Terranova Zapata (2009),

Freud se refiere únicamente al término trauma, especificando una conexión económica donde los eventos o sucesos que lo ocasionan son más fuertes que los recursos psíquicos del sujeto para controlarlos y tolerarlos, lo que imposibilita que éste pueda elaborarlos y puede dejar como resultado un trastorno duradero en su funcionamiento. (p.104)

Tal como lo refiere el doctor López Rossetti (2020) en relación al dolor emocional planteando que

cualquier circunstancia que nos resulte emocionalmente dolorosa- una palabra hiriente, una ofensa, un menosprecio, un rechazo, un desengaño, una ruptura afectiva, una frustración o cualquier circunstancia emocionalmente hiriente- produce dolor. Y es que, en definitiva, se trata de un verdadero trauma. (p. 91)

Asimismo, continuando con las diferentes concepciones de trauma, precisamente en el diccionario de psicoanálisis se lo contempla de la siguiente manera, “en términos económicos, el traumatismo se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones” (Laplanche y Pontalis, 1981, p.447). Otra concepción del trauma psíquico es aportada por Tutte (2006) quien refiere que este involucra una constante interacción fluctuante entre lo externo y lo interno resaltando entonces que se produce tras haber vivenciado algún hecho concreto y haberlo experimentado de cierta manera por el aparato psíquico.

A su vez, en una entrevista realizada por Flichtentrei (2005) a los doctores Daniel Lescano y Rubén Mosca, se visualiza como estos lo contemplan desde otra perspectiva, planteando que comprende una

situación de estrés INESCAPABLE, que abrumba los mecanismos de afrontamiento habituales para el individuo. Es decir, el sujeto no tiene opción de salir de la situación y supera su capacidad personal de enfrentar la situación. Dentro de esta definición podemos comprender el Trastorno por Estrés Postraumático como la serie de adaptaciones y alteraciones neurobiológicas, psicológicas y sociales que surgen como consecuencia de la situación que produce el Trauma. (sección ¿Cómo definiría Ud. el concepto de Stress Postraumático?, párr.1)

Retomando los aportes de Vallejo Samudio y Terranova Zapata (2009), se destaca que los autores plantean lo indispensable que resulta realizar “intervenciones tempranas sobre el trauma” (p.105) para, de este modo, prevenir futuros conflictos de personalidad; siendo uno de estos conflictos un *trastorno de estrés post traumático (TEPT)*. En relación a dicho trastorno Sotelo y Belaga (2008) plantean que “se generaliza este trastorno a diferentes hechos” (despido laboral, enfermedad médica, etc.)” (p.4). Precisamente Hernández León (2020) refiere que

para entender que es el TEPT tenemos que saber que antes tuvo lugar un suceso traumático. Estos acontecimientos se consideran inesperados y en muchos casos severos y su duración puede ser de minutos e incluso milésimas de segundo. Sin embargo, sus consecuencias pueden perdurar varios años. (p.5)

Finalmente se retoman los aportes de Latorre Rojas (2009) quien refiere sintomatología específica del TEPT, planteando que

el trastorno ha sido considerado un síndrome, dada la complejidad de su sintomatología que incluye el experimentar temor, desesperanza u horror, síntomas de reexperimentación persistente del evento, evitación de estímulos asociados con el trauma, además de síntomas de activación persistentes. Su duración debe ser de más de un mes y provocar deterioro en las áreas funcionales en que se desenvuelve el individuo. (p.89)

Es así que, dadas las conceptualizaciones de lo disruptivo, del trauma y del TEPT, se remarca la importancia del *diagnóstico* en la clínica de la urgencia; así lo refiere López Rosseti (2022) “como el síntoma es información, debemos tener presente que hay una causa detrás de él, una condición subyacente en nuestra salud que lo provoca y que merece un adecuado diagnóstico y tratamiento. En salud, la prevención resulta esencial” (p.80).

Por otra parte, siguiendo lo trabajado por Sotelo et al. (2013) se considera pertinente destacar sus aportes en relación al término de *urgencia subjetiva* comprendida desde una perspectiva psicoanalítica; los autores refieren que “la intervención terapéutica requiere de

cálculo cuidadoso. En esa primera consulta habrá que pesquisar en el paciente el sentimiento subjetivo del pathos, del sufrimiento.” (Sotelo y Belaga, 2008, p.3). A su vez plantean que,

en la demanda de una urgencia podríamos ubicar coordenadas subjetivas, lo que significa que en ese padecer, que, en ese sufrimiento, hay algo particular más allá del trastorno que se muestra en la demanda. Así, en la consulta de urgencia se intentará implicar al sujeto con eso de lo que padece, con ese malestar que aparece en un primer momento como ajeno, extraño. (p.635)

Por otro lado, en relación a la violencia, esta es contemplada como “agresividad alterada, es decir, una forma de agresividad que está cargada de significados socioculturales. Dichos significados hacen que se despliegue ya no de manera automática, sino intencional y potencialmente dañina.” (Dionisio, 2021, p.238). En el presente trabajo se comprende a la violencia en 3 de sus modalidades; clasificación de la violencia según la OMS (2002):

- Auto Infligida: entiéndase como autolítica; comprende comportamiento suicida y autolesiones.
- Interpersonal: entiéndase como agresiones desmedidas entre integrantes de una misma familia o comunidad.
- Colectiva: entiéndase lo social, económico y político.

6.3 CLÍNICA HOSPITALARIA DE URGENCIAS

En el intento de comprender la terminología *urgencia*, aludida en el nombre de la institución hospitalaria donde se desarrollaron las prácticas, se recurre a la definición de la RAE (2022) quien la define como “sección de los hospitales en que se atiende a los enfermos y heridos graves que necesitan cuidados médicos inmediatos”; asimismo se recurre a lo planteado por Ochoa de la Maza et al. (2018), quienes también refiriéndose a la práctica hospitalaria, la

definen como “nos encontraremos entonces, en nuestra práctica en el hospital, con la urgencia médica, la jurídica, la social, la económica, la psiquiátrica. En ocasiones, somos convocados a responder en los distintos dispositivos asistenciales desde la prisa” (p.553). De esta manera, siguiendo la línea de trabajo de estos autores, se destaca a la inmediatez como característica distintiva de la *urgencia*, evidenciando la complejidad que implica su abordaje.

Dentro de este contexto de *asistencia urgente* y desde una perspectiva psicológica, resulta también relevante destacar la complejidad inherente a lo que respecta el proceso salud-enfermedad y su entendimiento en ámbitos hospitalarios. Se han desarrollado diversas perspectivas teóricas que fundamentan este proceso, sin embargo, se han priorizado cuatro enfoques de mayor relevancia.

En primer lugar, una explicación unicausal,

la salud-enfermedad es la respuesta a la presencia activa de agentes externos. Constituye un fenómeno dependiente de un agente biológico causal y de la respuesta del individuo, donde se busca el agente patógeno o el factor causal de cada enfermedad. Este modelo permitió la investigación de medidas de control y de fármacos que revolucionaron el tratamiento individual del enfermo. (Arredondo,1992, p. 257)

En segundo lugar, una explicación multicausal,

la influencia simultánea de factores que corresponden al agente, al huésped y al ambiente, son en primera instancia los condicionantes del estado de salud que guarda el individuo o un conjunto poblacional. A través del análisis de las variables que incluye este modelo se pueden conocer más de un factor participante en el fenómeno de estudio. (Arredondo, 1992, p. 257)

Asimismo, se ha recurrido a una tercera teorización del proceso proveniente de los aportes realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo Hernández et. al (2017) quienes hacen referencia a estos aportes, refiriendo que la OMS plantea un modelo para el entendimiento del proceso salud-enfermedad basado en tres determinantes fundamentados desde una perspectiva de riesgo, precisamente

el estructural dado por la posición social de la persona, así como los contextos sociales, políticos, económicos y culturales entre otros; el determinante intermedio está dado por las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de los grupos poblacionales como el familiar, escolar laboral o social de la persona, el cual trata de las condiciones materiales en las que viven los individuos, familias y comunidades; por ejemplo, los servicios de Salud constituyen un determinante intermedio. El determinante proximal está representado por factores de riesgo individuales como las morbilidades de base, la edad, carga genética, el sexo y la etnia. Sin embargo, categorías como el sexo o el género pueden ser también determinantes estructurales, en la medida que modifiquen la

posición social de la persona y se traduzcan en una desventaja social o en el acceso y utilización de los servicios de salud. (párr.5)

Por último, una cuarta referencia teórica que abarca cualidades del proceso salud-enfermedad es la de Libreros Piñeros (2012), quien lo define como demandante de “un abordaje epistémico desde la transdisciplinariedad” (p.622) y que “no puede comprenderse en toda su extensión sin tener en cuenta el papel de la cultura y las relaciones sociales” (p.626).

Dados estos 4 enfoques del proceso salud-enfermedad se deja en claro que, dependiendo del entendimiento que el profesional adopte sobre el mismo, se pueden desprender principalmente dos tipos de abordajes; ya sea uno de manera individual, propio de un entendimiento unicausal-reduccionista del fenómeno o, por otro lado, de manera grupal, realizando abordajes complejos formando parte de un grupo de profesionales de manera inter y/o transdisciplinaria.

Resulta pertinente retomar los aportes del Ministerio de Salud de la Nación (2013) donde se refiere que,

La urgencia es un emergente del estado de malestar. No es un acontecimiento aislado sino parte del proceso de salud-enfermedad, en el que la persona debe ser asistida de manera integral (bio-psico-social) en el ámbito socio-sanitario y requiere de un seguimiento para evitar la recurrencia. (p.10)

Resulta relevante aclarar la concepción de grupo que se toma como referencia para el entendimiento del trabajo profesional inter y transdisciplinario mencionado anteriormente; tomando los aportes de Kaes (2010) se comprende lo que un grupo significa ya que implica “una totalidad” y “la totalidad precede a las partes, es más elemental que ellas, no es la suma de sus elementos” (p.43).

En cuanto a los términos referidos previamente, *inter y transdisciplinariedad*, su conceptualización y diferenciación se torna indispensable, sin embargo, resulta pertinente citar de manera introductoria lo que Torres Ortiz (2012) plantea en relación a ambos conceptos,

en la actualidad se habla no solo de interdisciplinariedad, sino también de transdisciplinariedad, multidisciplinariedad, pluridisciplinariedad y polidisciplinariedad y, aunque los autores en muchos casos ofrecen definiciones diferenciadoras entre estos términos, en realidad son matices del mismo fenómeno que refleja la necesidad de una concepción más compleja e integradora de la realidad en objetos de estudio más completos. (p.4)

En segundo término, en lo que respecta precisamente a la interdisciplinariedad, Tamayo y Tamayo (2011) permite a través de sus aportes comprender que esta “no es una epistemología,

es, simplemente, una metodología de la investigación científica.” (p.7); asimismo, en relación a las implicancias de la misma, Stolkiner (1999) plantea que la interdisciplina comprende tanto el cuestionar los criterios unicausales del entendimiento del proceso salud enfermedad basados en una relación lineal causa y efecto, como así también el desafiar la tendencia a fragmentar los fenómenos a abordar.

Siguiendo esta línea de trabajo, y precisamente en relación a la salud mental, resulta pertinente citar un fragmento del artículo de Geller (2022) en el que se refiere que,

las afecciones en salud mental son dinámicas, no se pueden limitar a entidades patológicas previamente definidas “y, además, los escenarios socio-históricos van dando lugar a la emergencia de nuevas formas en las que se expresan esos padecimientos. De ahí la importancia de la interdisciplina y de una multiplicidad de estrategias, más que respuestas de talla única”. (Di Iorio, sección Enfoque interdisciplinario, párr. 3).

En lo que respecta al trabajo interdisciplinario, propiamente en una guardia hospitalaria en contexto de urgencia, se contempla que

en los hospitales generales la urgencia del individuo que llega a la guardia se presenta bajo las formas clínicas del acting-out: impulsión, desborde angustioso, violencia, episodios psicóticos y abstinencia, lo cual requiere un equipo interdisciplinario de profesionales capacitados en su atención y monitoreo. (González et al., 2016, p.60)

Se entiende como acting-out a “la amenaza de suicidio de un paciente durante una sesión podría ejemplificar un acting-out.” (Jiménez Betancourt y García Valdez, 2021, p.5).

En tercer término, cabe destacar el aporte que realiza Miguélez Martínez (2007) al momento de referirse a la modalidad aún más compleja de abordaje actual, precisamente *transdisciplinario*, permitiendo diferenciarlo del interdisciplinario ya que “más que una interdisciplinariedad, implica una auténtica transdisciplinariedad o metadisciplinaridad, donde las distintas disciplinas están gestálticamente relacionadas unas con otras y transcendidas, en cuanto la Gestalt resultante es una cualidad emergente, superior a la suma de sus partes.” (párr.70); más precisamente,

la Transdisciplinariedad implica la negación de todo dogma, ideología extrema y todo sistema cerrado de pensamiento, así como todo facilismo que no se pregunte ¿por qué?, ¿cómo?, ¿quién?, ¿qué?, la cultura de la Transdisciplinariedad es la cultura del cuestionamiento perpetuo, que acompaña las respuestas aceptadas como temporales. (Guerrero Ramírez, 2023, p.146)

la transdisciplinariedad debe ser vista como un proceso, como una acción estratégica encaminada a la transformación científica. Esto permite que surja la construcción conjunta de nuevas teorías, conceptos y métodos que permitan lidiar con las

problemáticas cotidianas de un modo nuevo y holístico; desarrollándose nuevos análisis empíricos y conceptuales que permitan implementar nuevas estrategias de acción en la práctica social. (Carceller Maicas, 2017, p.248)

Es así que, dadas las conceptualizaciones de ambos términos, puede entenderse como la interdisciplinariedad implica una colaboración entre diferentes disciplinas al abordar un fenómeno, con la distinción de que cada una de ellas conserva sus métodos, enfoques y perspectivas; mientras que el trabajo o abordaje transdisciplinar comprende una integración que trasciende cada una de las disciplinas singularmente, permitiendo la creación de nuevos entendimientos y abordajes posibles.

6.4 MODALIDADES DE INTERVENCIÓN

Siguiendo la línea trabajada por López Bados (2008), cuando se habla de intervenciones se hace referencia a la aplicación de diferentes técnicas y demás conocimientos por parte de un profesional al momento de establecer una interrelación con un paciente.

Por su parte, Fiorini (1990) resalta que una de las principales finalidades que las intervenciones tienen, desde el rol de terapeuta, es la de impulsar la capacidad de bienestar y salud en el individuo, en lugar de centrarse únicamente en resaltar los patrones repetitivos y perjudiciales; asimismo cabe destacar el axioma que se busca respetar en las intervenciones planteado por Álvarez Anderson (2021), quien refiere que se debe intervenir preguntando, pero no discriminando, escuchando, pero “sin prejuicios” (p.361) y evaluando y no etiquetando. Es a través de diferentes variables que se puede fijar un *encuadre* en el cual realizar dichas intervenciones.

Siguiendo los aportes de Bleger (1964), las entrevistas (las cuales comprenden un tipo de intervención), se realizan dentro de un contexto determinado en el cual juegan un papel significativo diferentes variables y constantes; estas variables y constantes interactúan de manera tal que culminan con el surgimiento de emergentes que, de no tener en cuenta dicho contexto, carecerían de sentido y significación. Es así que, el tiempo con el que se cuenta para realizar entrevistas, el rol que adoptan tanto el profesional como el usuario, los objetivos establecidos, la frecuencia de los encuentros, entre otras variables y constantes, son aquellas que enmarcan el encuadre. Precisamente al hacer referencia de conceptos como *encuadre* y *entrevista*, resulta imprescindible introducir y conceptualizar dos de las propuestas de Freud *Transferencia* y *Contratransferencia*.

En primer término se cita un fragmento de los aportes realizados por el autor, el cual denota la importancia de la *transferencia* en el vínculo terapéutico refiriendo que esta “surge en el paciente desde el comienzo del tratamiento y durante un tiempo constituye el más poderoso resorte impulsor del trabajo” (1916-17, p.402); según Laplanche y Pontalis (1981) la transferencia comprende, desde una perspectiva psicoanalítica, “el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica” e implica “una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad” (p.439).

En segundo término, para el entendimiento de la *contratransferencia* se recurre a los aportes de Freud, citados por Duer y Guitelman (2012), quien refiere en relación a esta que,

nos hemos visto llevados a prestar atención a la «contratransferencia» que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine. (p. 248)

Asimismo se toman como referencia los aportes de Vega (2008), quien remarca que el psicólogo al momento de intervenir e interactuar con un usuario, por más esfuerzo que realice, no puede desligarse de su propia experiencia, representaciones, recuerdos y/o emociones; es decir que, trabaja con su propio psiquismo, por lo que cuando el usuario trae al encuentro algún tipo de material que pueda llegar a enlazarse con experiencias similares del terapeuta puede darse lugar a , tal como lo plantean Laplanche y Pontalis (1981) “reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste” (84).

Continuando desde una línea psicoanalítica y en relación a los aportes previos, se toman aportes de Baranger (1994) quien refiere acerca de la *situación analítica*, planteando que la misma comprende un *producto artesanal* que varía de paciente a paciente, basándose en el principio de la singularidad en la construcción de un encuadre. Por otro lado, quien también remarca la importancia de este trabajo artesanal y del caso por caso, es la psicoanalista Fernández (2017) quien en uno de sus libros remarca que,

en el plano del trabajo clínico, resguardar la hospitalidad del dispositivo implica, básicamente, que junto con la necesaria escucha del caso por caso se puedan implementar diseños específicos que contemplen la singularidad también en las modalidades de abordaje de ese caso por caso. (p. 59)

Yalom (2020) lo refiere de igual manera cuando plantea que “esa misma acción de estandarizar vuelve la terapia menos real y eficaz” (p.51).

Asimismo, lo da a entender Fiorini (1990) cuando refiere acerca de la *flexibilidad* por parte del terapeuta, comprendiéndola como “el ajuste y adecuación de sus actitudes y recursos técnicos a necesidades muy particulares de cada persona en tratamiento.” (p.110), y que,

las necesidades del paciente estarán referidas a una cantidad de funciones que debe cumplir el vínculo, necesidades de gratificación (a menudo compensatorias), necesidades de rectificación con respecto a vínculos primarios (en especial parentales); estas necesidades aludirán a aspectos tales como cercanía-distancia afectiva, intimidad-respeto de límites, frecuencia del contacto, monto y tipo de suministros del terapeuta (dar-recibir [información u objetos], intervenir-dejar de hacer, guiar-acompañar, recibir-devolver, proteger-automizar, estimular-prescindir, afectivizar-neutralizar.). (p.111)

Por otra parte, en lo que respecta al *vínculo terapéutico*, Fiorini (2015) plantea que “una práctica de psicoterapia psicoanalítica tendría que ser una práctica emocionante, vinculante, pensante, energizante” (p.16) y que,

si estamos vinculándonos, si estamos accediendo a un mundo emocional, el otro asunto es el trabajo de poner al psiquismo en estado de trabajo sobre sí mismo, y ese es un trabajo de pensamiento también, tener que pensar algo que nos vincula y nos emociona. Trabajo de indagación, de comprensión, de interpretación. (p.17)

Por otro lado, si se lo piensa desde una *perspectiva cognitiva-conductual*, puede relacionarse el encuadre con lo planteado por Gagliesi et. al. (2005) en cuanto a la *Selección Sistemática de Tratamiento*, “en los terapeutas, la posibilidad de utilización de su experiencia clínica y sus habilidades terapéuticas de manera flexible para cada caso particular, genera sentimientos positivos que colaboran con el vínculo terapéutico y los resultados” (p. 259).

Tal como plantea Bleger (1964), los psicólogos dan respuesta a las demandas interviniendo mediante la realización de entrevistas, en las que, por un lado, obtienen mediante una *anamnesis* la mayor cantidad de datos del paciente y por otro, pueden ahondar en aspectos más profundos y significativos que comprenden su personalidad.

la regla básica ya no consiste en obtener datos completos de la vida total de una persona, sino obtener datos completos del comportamiento total en el curso de la entrevista. Este comportamiento total incluye lo que recogeremos aplicando nuestra función de escuchar, pero también nuestra función de vivenciar y observar, de tal manera que queden incluidas las tres áreas del comportamiento del entrevistado. (sección entrevista, consulta y anamnesis, párr.7)

Continuando con los aportes del autor, se comprende como la implementación de entrevistas *semidirigidas* implica que, si bien, quien la controla es el profesional entrevistador, quien la dirige es el paciente entrevistado. El uso de estas entrevistas se realiza con la finalidad de poder deducir, a partir de lo que el paciente comente respecto a su historia de vida y esquema de su presente, aquello que no sabe de sí mismo; es decir, facilitan el aportar sentido e historización al sujeto.

“La escucha analítica en las guardias en los hospitales ofrece una oportunidad para que los sujetos puedan subjetivar su sufrimiento, poner el sufrimiento en relación con su historia” (Rodríguez et al, 2018, p.52).

Siguiendo lo trabajado por Sotelo (2022) las distintas intervenciones de los profesionales, dan lugar a que, ya sea de manera inmediata o mediata, circunstancial, transitoria, o eventualmente duradera, se habilite el camino terapéutico y se comience un tratamiento; esto puede pensarse como uno de los fines de la *psicoterapia breve psicoanalítica*. Dicha terapia, siguiendo lo planteado por Sosa Torralba et al. (2020), es utilizada como herramienta a través de la cual se realiza un foco en determinado conflicto y se intenta lograr que el paciente se motive al cambio tras una entrevista motivacional; en estas entrevistas motivacionales se utilizan técnicas como interrogaciones abiertas, certificaciones, recapitulaciones, clarificaciones, señalamientos, sostén y contención, entre otras tantas. Asimismo, se debe tener en cuenta que,

la técnica apunta a la focalización en un conflicto actual, que se considera es derivado de un conflicto de base. Este conflicto de base no es elaborado o puede serlo por añadidura, pero no es esta la finalidad de una psicoterapia breve. (Miari y Fazio, 2017, p.566)

En este tipo de terapia “el terapeuta tiene un comportamiento más activo y directivo que en otras terapias. Mantiene una actitud orientadora y relativa a los problemas del presente. Además, suele existir una interpretación y confrontación precoz del problema.” (Barrado, s.f., sección ¿Qué es la psicoterapia breve?, párr.6) y que “las características principales de la psicoterapia breve son: tiempo limitado y centrada en un foco o problema” (Barrado, s.f., sección ¿Qué es la psicoterapia breve?, párr.2).

Por otro lado, siguiendo con una línea psicoanalítica, se retoman los aportes de Perres (1997), quien en una conferencia acerca de *intervenciones en crisis desde el psicoanálisis* plantea que a través del psicoanálisis se realizan intervenciones en crisis ya que su fundamento teórico facilita al terapeuta una comprensión profunda de los procesos psicológicos en momentos de crisis en los que el psiquismo se desestructura. No obstante, el terapeuta debe adaptar su enfoque y utilizar estrategias tácticas y técnicas más adecuadas a la situación de crisis, que pueden diferir del modelo instrumental tradicional del psicoanálisis; el psicoanalista requiere adaptarse y utilizar enfoques flexibles según las necesidades específicas de cada situación.

Precisamente Ramírez Rocha (2005) aporta que “la crisis es percibida como tal, cuando el sujeto siente que la situación es tan extrema que sus recursos o métodos previamente utilizados para solventar un problema, son ineficaces en la situación traumática” (p.3) y, que,

es importante tener en cuenta que no todos los individuos actúan igual ante la misma situación, ya que cada uno tiene una historia de experiencias anteriores, unos valores, unas estrategias de afrontamiento, unos miedos, unas creencias, unas redes de apoyo, etc. que hacen que la manera de hacerle frente a la situación sea distinta. (p.3)

Asimismo, lo plantea Fernández Márquez (2010) cuando refiere que,

a lo largo de la vida se producen crisis que interrumpen de forma brusca el curso normal de nuestra propia historia. Estas pueden ser de tipo evolutivo, las cuales son previsibles, consustanciales al paso del tiempo y a la consecución de etapas vitales, o bien circunstanciales o accidentales, sobrevenidas e inesperadas. Tienen en común que interrumpen nuestra trayectoria vital generando cambios en nuestro equilibrio emocional. (p.3)

Por otro lado, se resalta otra modalidad de intervención conceptualizada como *interconsultas*; para su entendimiento se tomaron en primera instancia, aportes de Ferrari et. al (1985), quienes plantean que la interconsulta sucede cuando convergen dos o más disciplinas, con sus correspondientes marcos epistemológicos, para el entendimiento de un caso en particular, implicando el asistir la asistencia.

En segunda instancia, precisamente los aportes de Coronel (2015) permiten comprender la modalidad de interconsulta a un equipo de salud mental en instituciones hospitalarias, ya que plantea que esta “comienza en el punto en que el discurso de la medicina, que apunta a una ilusoria totalidad, no alcanza para dar respuestas a una determinada problemática” (p.185) y que el dispositivo de intervención comienza precisamente “cuando el médico solicita nuestra intervención, constituyendo este el primer momento del dispositivo. Lo primero que hacemos es escuchar qué y para quién demanda.” (p.185). Resulta relevante destacar la distinción realizada por la autora acerca de 2 tipos de pedidos de interconsulta, “el que solicita el paciente” (p.186) y, “el solicitado por el médico sin que el paciente lo haya pedido” (p.186), siendo que de esta última posibilidad surgen 3 subtipos de pedido: el que proviene del médico dado que este presupone una posible desestabilidad emocional frente a un diagnóstico o estado del paciente, el que proviene del médico por haberse topado con un obstáculo en el tratamiento y el que proviene de cualquier profesional que ha identificado en el paciente una demanda latente no explicitada.

Asimismo, Gamsie (2009) realiza aportes acerca de las interconsultas, definiéndolas como consultas por parte de profesionales de otras áreas del hospital que consideran al equipo de salud mental como “especialistas capaces de resolver situaciones complejas, como, por ejemplo, hacer un diagnóstico diferencial o ayudar a constituir y/o complementar un diagnóstico ahí donde el diagnóstico médico no cierra, es dudoso o falta”. (p.11).

Finalmente, en relación a las intervenciones que un servicio de salud mental realiza en instituciones hospitalarias, cabe destacar lo planteado por Fernández Valderrama y Treviño (2012) ya que las autoras hacen referencia a cómo en el último tiempo, profesionales psicólogos han comenzado a ejercer y formar parte dentro de los equipos de salud hospitalarios con la finalidad de asistir a 3 tipos de pacientes: entiéndase pacientes como sujetos que acuden al hospital demandando asistencia, familiares y allegados a ellos, y, personal de salud del hospital que se ve influenciado por el contexto laboral y la realidad con la que deben lidiar cotidianamente.

A su vez, otra de las modalidades de intervención que usualmente es indispensable en la clínica en contexto de urgencia es a través de la *derivación*. El *derivar*, según la RAE (2022) es el acto de “encaminar algo o a alguien hacia una nueva dirección”.

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en relación a las derivaciones refiere que,

las derivaciones tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona. (Cap. VIII, Art. 30)

Cuando se realizan derivaciones, resulta imprescindible respetar la *confidencialidad* respecto al paciente asistido; el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (1998) establece que la norma deontológica secreto profesional implica “la obligación de guardar secreto subsiste aún después de concluida la relación profesional. La muerte de los consultantes no exime a los psicólogos de su obligación frente a la confidencialidad” (Secreto profesional, 2.5).

Asimismo, en relación a la *responsabilidad en la práctica profesional del psicólogo*, el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires refiere que “la responsabilidad del psicólogo termina cuando una o ambas partes deciden suspender la relación profesional, o cuando otro colega se hace cargo de la atención, sustituyéndolo” (Cap. II, Art. 13). Por otro lado, en relación a la *obligación del paciente*, la Ley Nacional de Salud Pública 26.529 refiere en su apartado de autonomía de voluntad que, “el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad” (Cap. I, Art.2).

6.5 CONTEXTO HISTÓRICO, POLÍTICO Y SOCIAL

Partiendo del entendimiento de las políticas públicas como,

dispositivos para el control social generados en el contexto de la modernidad, que reflejan las interacciones de un sistema de actores y se expresan en sus reglas y modos de actuación, definiendo la forma de proceder frente a un asunto considerado de interés público; en el caso de la salud pública su asunto son los problemas que afectan la salud. (Denzin NK, Lincoln YS, 2011, como se citó en Hernández et al, 2017, párr. 8)

Se comprende que “las políticas públicas de salud mental constituyen un instrumento con el cual se puede mejorar la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo humano” (Henaó et al., 2016, p.185). Tal como lo menciona Trimboli (2021),

si por parte del Estado no existe un genuino compromiso y un seguimiento de la salud de las personas con diferentes padecimientos- especialmente en poblaciones de bajos recursos económicos- que les permita acceder al hospital general, se corre el riesgo de establecer “guetos” que funcionan como barrera para mantener alejados a los pobres de los hospitales y les impidan circular por los mismos espacios que transitamos la mayoría, con el agravante de que no reciben la atención que deberían. (p.32)

De esta manera, se tiene que tener en cuenta el por qué la descentralización y progresivo desmantelamiento de establecimientos manicomiales es una de las principales enmiendas de La Ley Nacional de Salud Mental; ya que esta defiende un enfoque de derechos. Precisamente contempla que

queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. (Cap. VII, Art. 27)

Así lo destaca Galende Alonso (2006) cuando plantea que años atrás “la crisis del pasaje de la psiquiatría asilar a los principios de Salud Mental, fue esencialmente una crisis de la ética que gobernaba las relaciones humanas en los manicomios” (p.7) y que “la cuestión de los derechos de las personas, su reconocimiento como sujetos de derecho, hace surgir la necesidad del control ético de las acciones médicas” (p.7).

Aun así, desde la Asociación Psiquiatras Argentinos (2019) se plantea que en la actualidad

el manicomio existe. Cada vez más grande y más invisible. Fuera de las paredes de los hospitales: son los pacientes con trastornos mentales abandonados en las calles, los rechazados en las guardias de hospitales generales, los que terminan en las cárceles involucrados o usados para el delito. (p.5)

Por otro lado, con respecto al a la reinserción de pacientes de salud mental a hospitales generales, consecuente al cierre de instituciones manicomiales, la Ley Nacional de Salud Mental

no contempla la situación de los profesionales de instituciones monovalentes y su futura reinserción en hospitales generales, ni tampoco prevé cómo serán formados los médicos que trabajan en hospitales generales para responder a las mayores demandas de atención en salud mental. (González et al., 2016, p.60)

En relación a lo anteriormente mencionado, en una entrevista realizada a Daniel Mosca y Rubén Lescano (2005), los Dres. mencionan que uno de los obstáculos para el trabajo inter o transdisciplinario es “la falta de conocimiento adecuado sobre el tema siempre es el primer obstáculo para un trabajo en equipo”. En relación a la infraestructura de los hospitales generales se destaca que, “en los hospitales generales no existen las estructuras apropiadas para internar a los pacientes con padecimientos mentales más severos.” (González et al., 2016, p.62)

Asimismo, Marcelo Lucero (2021) realiza una entrevista a Iván Ase, médico e investigador de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba, quine en esta asegura que a nivel provincial, el presupuesto destinado a salud mental ha sufrido recortes considerables en los últimos años; remarca que desde el año 2018 hasta el 2020, año en el que la población a nivel mundial comenzó transitar la pandemia por Covid-19 éste se redujo hasta un 3% conllevando, principalmente, a la escasez de profesionales en la red asistencial y, por sobre todo, de establecimientos donde alojar de manera transitoria a quienes fueron externados de manicomios. El profesional menciona que,

no hay manera de ampliar derechos sin recursos. La ampliación de derechos tiene que tener una contraparte que es la disponibilidad de recursos por parte del Estado. Si esos recursos no están, la ampliación de derechos pasa a ser pura retórica. (Ase, 2021, párr.5)

7. MODALIDAD DE TRABAJO

7.1 SISTEMATIZAR

Para realizar la respectiva sistematización de prácticas, se ha tomado como referencia los aportes de Jara Holliday (2018).

Al formar parte de las prácticas, desempeñando roles tanto de observadora no participante como, en ocasiones, de participante activa, se llevó a cabo un meticuloso registro diario de todo lo presenciado en la institución, abarcando tanto aspectos objetivos como subjetivos. Esta práctica se realizó con el fin de, al concluir el período de las mismas y proceder a la posterior sistematización, poder llevar a cabo una revisión detallada de los datos registrados, seguida de una reorganización que fomente la reflexión, la interpretación y el análisis crítico de la experiencia. Este proceso se erige como una herramienta invaluable para consolidar el aprendizaje adquirido y para elevar el nivel de comprensión sobre la dinámica y las complejidades de la institución en cuestión. Tal como lo plantea Jara,

no se trata tanto de mirar hacia atrás, para apropiarnos de lo ocurrido en pasado, sino, principalmente, recuperar de la experiencia vivida los elementos críticos que nos permitan dirigir mejor nuestra acción para hacerla transformadora, tanto de la realidad que nos rodea, como transformadora de nosotros mismos como personas. (Jara Holliday, 2018, p.21)

7.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

Han sido seleccionados diez (10) sujetos con los cuales se ha compartido el mayor período de tiempo durante el 2022 en el HMU. Por un lado, seis (6) sujetos caracterizados como *pacientes* asistidos por SP, y por otro, cuatro (4) sujetos caracterizados como *profesionales*, encargados de asistir las demandas de dichos pacientes.

Durante el transcurso de las prácticas, en el año 2022 en el HMU, se interactuó primordialmente con un total de diez (10) individuos. Este grupo se divide en dos categorías distintas: por un lado, se encuentran seis (6) individuos que se identifican como pacientes asistidos por la SP, y por otro, cuatro (4) individuos que desempeñaron roles profesionales y estuvieron a cargo de responder a las necesidades de estos pacientes.

Este período de interacción extendida permitió una comprensión más profunda de las dinámicas y necesidades tanto de los pacientes como de los profesionales involucrados en el proceso de asistencia en el hospital.

La selección de los *pacientes* se basó en un criterio personal fundamentado en la diversidad de motivos de asistencia presenciados durante la práctica. Es importante destacar que la intervención desde la SP no se limitó en ningún momento a un espacio particular del hospital, ni tampoco a un motivo específico. Aunque es posible resaltar una prevalencia de asistencia a casos ingresados por guardia debido a intentos de suicidio, es crucial reconocer la importancia de las intervenciones realizadas en otras áreas del hospital. Por esta razón, se eligieron tres (3) casos de asistencia en el sector de *guardia*, dos (2) en el *Sector A* y uno en el *sector C* del hospital; comprendiendo dos intentos autolíticos, violencia interpersonal, secuelas neurocognitivas, ataques de pánico y estado angustioso. Esta elección tiene como objetivo visibilizar diferentes modalidades de intervención y abordaje, permitiendo así una comprensión más completa y enriquecedora de la labor de la SP en diversos contextos hospitalarios.

La selección de los *profesionales* se basó en la estrecha relación que se estableció con cada uno de ellos durante el período de prácticas. Inicialmente, se pasó la mayor parte del tiempo junto a la Licenciada en Psicología referida en este trabajo como Licenciada Referente Institucional I. Posteriormente, se tuvo la oportunidad de acompañar a la Licenciada Referente

Institucional II, también con formación en psicología. Con el transcurso del tiempo, se abrieron otras oportunidades para experimentar intervenciones en distintos espacios de atención psicológica, lo que habilitó el acompañamiento a la tercera integrante de la SP, quien se especializaba principalmente en casos relacionados con traumatismos de cráneo y columna.

En lo que respecta al profesional psiquiatra, este desempeñaba el rol de jefe de la Sección de Salud Mental. Aunque no se tuvo la oportunidad de presenciar muchas de sus intervenciones directas, se compartió con él en el espacio del consultorio de Salud Mental. Durante este tiempo, se tuvo el privilegio de participar en debates entre profesionales y de sostener extensas conversaciones y entrevistas en las que el profesional compartió su vasta experiencia y conocimientos en el campo de la salud mental. Esta interacción resultó profundamente enriquecedora y contribuyó de manera significativa a mi formación durante el período de prácticas.

Tabla 1. Caracterización de pacientes. Fuente: elaboración propia.

Sexo y edad	Fue asistido/a en	Motivo de asistencia de SP	Siglas de paciente de referencia	Circunstancia disruptiva	Derivación realizada por salud mental
M 18	Guardia	Intoxicación medicamentosa en intento autolítico.	SS	Falleció su abuelo quien lo crió; hace 5 meses.	CPC
M 32	Guardia	Herida de arma blanca: machete, en la cara.	CCO	Muerte de su esposa por Covid-19 hace un año. Diagnosticado con VIH hace 4 años. Herida infligida por su padre.	HNPP
F 36	Sector C	Derivación de enfermería por estado depresivo de la paciente, quien refiere no querer operarse.	CCA	Es la quinta vez que tiene que someterse a la misma operación de fémur en pocos años.	---

Sexo Y Edad	Fue asistido/a en	Motivo de asistencia de SP	Siglas de paciente de referencia	Circunstancia disruptiva	Derivación realizada por salud mental
M 47	Sector A	Paciente derivado al comité Neuro-Crónico.	MM	Paciente que hace dos años había conformado pareja con mujer víctima de violencia de género. Tras el accidente se ve afectado cognitivamente y motoramente; su mujer debe acompañarlo y adaptarse a esta nueva vida.	Derivación en proceso a institución de rehabilitación neurológica.
F 40	Sector A	Paciente esposa de MM: derivada al comité Neuro-crónico.	EE	Su esposo sufre un accidente de alto riesgo y es internado en el HMU por un periodo prolongado, teniendo consecuencias graves irreversibles.	---
F 18	Guardia	Intoxicación medicamentosa en intento autolítico.	RR	Alcanza la mayoría de edad, debiendo dejar atrás su hogar en la ONG.	Criterio de internación urgente en Casa del Joven.

Tabla 2. Caracterización de profesionales. Fuente: elaboración propia.

Profesionales	Aproximación	Referencia en análisis
Lic. Referente institucional I	Entrevista y acompañamiento diario.	Profesional N°1
Lic. Referente institucional II	Entrevista y acompañamiento diario.	Profesional N°3
Lic. Psicóloga	Entrevista y acompañamiento diario.	Profesional N°4
Dr. Médico Psiquiatra	Entrevista.	Profesional N°2

7.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Siguiendo lo trabajado por Ameigeiras (2006), la técnica utilizada para recoger datos fue principalmente el registro de los mismos. Tal como lo plantea el autor, “así, si bien es imposible registrar todo, todo es factible de ser registrado en cuanto puede constituir una información relevante o un dato potencial de nuestra investigación” (p.130). Un aspecto clave al momento de registrar y sistematizar es que “es importante no utilizar apreciaciones que impliquen en sí un juicio de valor o una evaluación de las personas o de la situación, sino descripciones que se refieran a lo que el investigado <<observa>>” (Ameigeiras, 2006, p.132).

Este registro de datos e información es considerado como una herramienta indispensable para la sistematización de la práctica, ya que ocurrieron numerosos acontecimientos durante el paso por la institución que, de no haber sido registrados, habría implicado la pérdida de elementos clave para llevar a cabo un análisis exhaustivo de la experiencia vivida en dicho contexto.

Este registro, por tanto, se erige como el pilar sobre el cual se construye la comprensión profunda de los matices y complejidades inherentes a la dinámica de la institución.

De esta manera, es importante destacar que se ha documentado, por un lado, como *observadora participante*, adoptando esta perspectiva en consonancia con las reflexiones de Guber (2001) sobre cómo nos posicionamos frente a la realidad. Este enfoque ha permitido un involucramiento de manera activa en las situaciones; el autor refiere que “se participa para observar y que se observa para participar, esto es, que involucramiento e investigación no son opuestos sino panes de un mismo proceso de conocimiento social” (p. 62). Por otro lado, desde el rol de *observadora no participante* se han documentado diversas intervenciones donde se destaca la actitud de pasividad, la ausencia de interacción directa con pacientes o familiares y una postura neutral que ha permitido dejar de lado cualquier tipo de estigma o prejuicio previo, contribuyendo así a que la observación sea lo más objetiva e imparcial posible.

Asimismo, se llevaron a cabo cuatro (4) entrevistas a profesionales de la Sección de Salud Mental, las cuales fueron registradas en audio y posteriormente transcritas para un análisis detallado. Tanto lo registrado en el diario de campo como lo obtenido en las entrevistas, se presenta a lo largo del apartado de *análisis de la experiencia*, en la sección de *análisis de datos*.

7.4 NORMAS DEONTOLÓGICAS Y PRINCIPIOS RESPETADOS

Para la sistematización de la práctica se ha adoptado una posición ética, respetando el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016), que fomenta la recolección y registro de datos de manera responsable, resguardando la confidencialidad y el

secreto profesional, tanto de los pacientes como del personal de salud del hospital, bajo el secreto profesional.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

8.1.1 PRIMER ENCUENTRO

El día 28 de abril de 2022, se llevó a cabo el primer encuentro presencial en el HMU con la Licenciada referente institucional I. Al inicio del mismo, se planteó la sugerencia de añadir un referente adicional, ya que éramos dos pasantes asignadas al mismo espacio, por esa razón se sumó como Referente Institucional II otra de las Licenciadas de la Sección. Durante la reunión, se abordaron diversas variables, incluyendo el funcionamiento del hospital y las expectativas de la Sección de Salud Mental del HMU con respecto a las practicantes. Además, se establecieron los días de asistencia, los cuales, con el transcurso de los meses, experimentaron ciertas variaciones.

8.1.2 DÍA A DÍA

Cabe destacar que, conforme transcurría el tiempo, se evidenció una adaptación de las rutinas de trabajo en función de la urgencia y particularidades de los casos que se presentaban.

Usualmente, las rondas de psicología daban inicio temprano en la mañana, con el fin de recopilar información relevante sobre los pacientes recién ingresados y evaluar el progreso de aquellos que ya estaban bajo atención. A continuación, se participaba en la *revista de sala o pase de revista*, que consistía en una dinámica reunión en la que intervenían diversos profesionales del hospital, como médicos, fonoaudiólogos, gastroenterólogos, psicólogos, enfermeros, entre otros. Durante esta reunión se analizaba en detalle la situación de cada paciente en los distintos sectores del hospital, dando a conocer su motivo de ingreso e internación, así también como cuan prolongada estaba siendo su estadía o cuan pronta estaba su alta o derivación de ser efectuada, su estado más reciente de salud incluyendo mejoras o complicaciones, entre otros tantos datos, lo que generaba discusiones sobre las distintas intervenciones y derivaciones que se podían llevar a cabo; estas conversaciones se caracterizaban por su enfoque interdisciplinario.

Con el transcurso del tiempo, se fue adquiriendo un vocabulario específico del ámbito psicológico clínico hospitalario, así como términos relacionados con infecciones, patologías y diversos cuadros médicos; incluyendo un enfoque particular en los medicamentos psicofarmacológicos, ya que, si bien durante la carrera de Licenciatura en Psicología se brinda formación sobre estos fármacos, en el hospital se tuvo la oportunidad de presenciar indicaciones psiquiátricas y pacientes que los consumen.

Además, algunos jueves de cada mes, previo a la revista de sala, se llevó a cabo el dictado de un ateneo. Estas reuniones reunían a profesionales de la salud del HMU para discutir uno o varios casos previamente atendidos en el hospital, reflexionando sobre la modalidad de intervención implementada y su eficacia. En el período de prácticas, desde la Sección de Salud Mental no se dictaron ateneos.

Cuando se trataba de casos en los que había sospecha de violencia de género o se había verbalizado por la paciente o algún familiar que así lo fuere, el protocolo consistía en realizar

una intervención multidisciplinaria, involucrando el accionar de las Licenciadas en Servicios Sociales y también del Polo de la Mujer; dentro del HMU se encuentra habilitado, pero no en funcionamiento propiamente dicho, el Punto Mujer Salud.

Al haberse dado la posibilidad de alternar días de asistencia y acompañamiento a diferentes profesionales se ha propiciado el experimentar diferentes modalidades de intervención posibles con pacientes que presentan características similares. En algunas ocasiones, se han llevado a cabo entrevistas breves, mientras que en otras se han desarrollado conversaciones más extensas. Estas interacciones pueden incluir tanto preguntas cerradas como abiertas, así como la mención o no de datos personales, entre otros enfoques. Asimismo, se ha tenido la oportunidad de presenciar intervenciones psicológicas efectuadas por el Comité de pacientes Neuro-Crónicos con Abordaje Familiar. Este comité se dedica a crear un entorno fuera del HMU para el paciente y su familia, reconociendo que son los familiares quienes deben adaptar y acondicionar sus vidas para brindar apoyo. Desde este comité se trabaja arduamente para que, en la medida de lo posible, los familiares se conviertan en coterapeutas para la neurorrehabilitación del paciente, desempeñando así un papel fundamental en su proceso de recuperación.

A su vez, se han abordado de manera recurrente otras temáticas cruciales durante el período de prácticas, como la ideación suicida y los intentos de suicidio, el consumo problemático de sustancias y la problemática de la violencia intrafamiliar. Se remarca como las Licenciadas intervinieron diariamente en todos los sectores de la institución, a excepción del área de quirófano.

Finalmente, se resalta el hecho de que, al haber formado parte de un equipo de salud en el ámbito público, se ha tenido el privilegio de participar en numerosos congresos y jornadas enfocadas en la salud mental. Incluso, se tuvo la oportunidad de colaborar con el equipo de psicólogas en la presentación de una ponencia vinculada a un relevamiento estadístico sobre los intentos de suicidio atendidos durante el período de enero a septiembre de 2022 en el HMU, titulada “Caracterización, del comportamiento suicida, en sujetos asistidos por guardia del HMU durante el período de enero-octubre de 2022”. La misma fue presentada en el 47° curso anual emergencias médico-quirúrgicas del Hospital Municipal de Urgencias. Esto no solo fortaleció el conocimiento sobre la temática, sino que también permitió compartir aprendizajes con otros profesionales del campo de la salud mental.

8.1.3 TRAMO FINAL

A mediados de noviembre y a lo largo de octubre de 2022, se implementó una nueva modalidad de asistencia en el HMU para las practicantes. Durante este período, se asistió un día de lunes a viernes, y un sábado cada quince días. Esta adaptación facilitó el abordaje de los casos por parte de las profesionales, especialmente cuando la presencia de dos o tres personas en la sala de atención podía resultar complicada.

La asistencia los días sábados demostró ser de gran utilidad tanto para el registro estadístico de los intentos de suicidio atendidos en la guardia, como para observar la dinámica del hospital durante los fines de semana. Además, a finales de octubre, se retomó la presencialidad de los profesionales a un cien por ciento, lo que permitió presenciar cambios en la dinámica y funcionalidad de la institución en este período postpandemia.

8.2 ANÁLISIS DE DATOS

A continuación, teniendo como referencia los contenidos desarrollados en la perspectiva teórica del presente trabajo, y, con el fin de aportar una interpretación crítica, a modo de aprendizaje y aprehensión de conocimientos, se desarrolla la articulación teórico-práctica de la experiencia vivida en la institución. Se tomaron como unidades de análisis del eje “Asistencia de la Sección de Salud Mental, en contexto de urgencia, a pacientes involucrados en situaciones disruptivas en un hospital público monovalente de la Ciudad de Córdoba”.

8.2.1 RECONOCER EL CARÁCTER DISRUPTIVO DE LAS SITUACIONES VIVENCIADAS POR LOS PACIENTES QUE REQUIRIERON ASISTENCIA DE SALUD MENTAL, EXAMINANDO LA NATURALEZA DE DICHAS SITUACIONES Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LOS PACIENTES.

Durante el transcurso de práctica pre profesional supervisada, se ha tenido la posibilidad de presenciar la asistencia psicológica, psiquiátrica, médica y social de vasta cantidad de pacientes, siendo estos, en su mayoría, casos de víctimas de violencia intrafamiliar, intentos autolíticos, y accidentes o incidentes con secuelas neurocognitivas. Así lo refiere una de las profesionales a cargo de la Supervisión Psicológica (SP) cuando se le pregunta acerca de los principales causantes de hospitalización de la población que demanda asistencia del servicio:

Lo que demanda asistencia del servicio de salud mental en particular, son intentos de suicidio en primer lugar ... que a nosotros nos los deriven o no, es la prioridad de atención. Pacientes con accidentes, ya sean neuro críticos, que los atiende el comité o pacientes que tienen accidentes y pueden haber quedado con alguna situación post traumática. (Entrevista, Profesional N°1, 04/11/22)

Cualquiera sea el caso, se trata de situaciones de marcada intensidad, que movilizan basta cantidad de sentimientos y emociones, provocando que el psiquismo se desborde, culminando de esta manera, en un estado propiamente de *crisis*. Estas situaciones, marcan un antes y después, tanto en la vida del sujeto envuelto directamente en ellas, como también en la vida de sus allegados más significativos; con esto se refiere que la situación no solo influye y condiciona al paciente identificado en primera instancia, sino también a su familia, amigos, conocidos, quienes también son caracterizados como pacientes con los que, uno como profesional, debe involucrarse, vincularse e intervenir.

Es así que, teniendo en cuenta los aportes Yalom (2002) en relación a la imagen fantaseada que un profesional puede llegar crearse mentalmente de un familiar o allegado significativo a partir de la información proporcionada por el paciente, se vislumbra la relevancia que tiene, en estos casos, el también intervenir con ellos con el objetivo de adentrarse aún más en la vida del paciente, contando de esta manera, con referencias propias y no sesgadas. Precisamente:

Hacemos intervenciones puntuales en asistencias familiares de víctimas de intentos de suicidio, de accidentes de vía pública, de violencia... a familiares y a pacientes cuando están en condiciones de ser asistidos. Nosotras intervenimos ante una crisis, ante un evento disruptivo. (Entrevista, Profesional N°3, 28/10/22)

Situaciones de esta índole no carecen de especificación y conceptualización teórica, sino que, siguiendo la línea teórica planteada por Benyakar (2005) son caracterizadas como *disruptivas* y pertenecientes u originadas en el *mundo externo*; hacen alusión a un evento o circunstancia determinada con carga emocional que impacta en el sujeto de manera momentánea. La temporalidad e inevitabilidad son dos características fundamentales de lo disruptivo, y es precisamente sobre ellas que el profesional debe trabajar con el paciente para lograr que este efecto displacentero, este desorden psíquico, pueda traducirse, interpretarse, metabolizarse y no instalarse como lo refieren Vallejo Samudio y Terranova Zapata (2009), a modo de trauma.

Con el fin de articular la teoría con la práctica, se seleccionaron diferentes casos asistidos por la SP en el HMU durante el período de práctica.

Uno de ellos, contempla un accidente doméstico que, sin lugar a dudas, puede ser catalogado como punto de inflexión tanto para la vida de MM (paciente de referencia) como para la totalidad del sistema familiar que integran él, su esposa e hijos.

Precisamente al entrevistar a su esposa, EE (paciente de referencia), ella refiere que *“MM estaba en el techo de casa, y de un momento a otro, se cayó de espalda y se golpeó muy fuerte la cabeza, cuando ingresó al hospital estaba inconsciente...lo daban casi por muerto”,* y que *“lo operaron apenas entró, pero me dijeron que lo daban por muerto casi”* (Registro, EE, 22/09/22).

EE aporta información de utilidad acerca de su vínculo con MM que les sirve a los profesionales para evaluar la gravedad del impacto emocional que ella pueda llegar a vivenciar. La paciente refiere:

MM me salvó...al año de estar juntos quedé embarazada y tuvimos al bebe, y al año MM tiene este accidente...se trata de una tragedia que nunca he vivenciado antes y que afecta, no solamente a mí, sino a mi familia, a mi beba de 3 años y a mi hijo de otra pareja, de 9 años, para quién MM es como un padre. (Registro, EE, 22/09/22)

También se ha registrado que:

MM ingresa inmediatamente a cirugía en condición de riesgo alto, ante la cual, el equipo médico le dice a EE que no esperan que salga con vida; sin embargo... lo

hace...sobrevive y pasa al sector C donde inicia un proceso de recuperación progresiva... desde el período de marzo a noviembre, continúa internado en dicho sector, superando los 200 días de internación; durante la cual han habido veces en las que ha tenido que ser internado en otros sectores, como puede ser UTI o Shook Room, dependiendo las complicaciones que se fueron generando a lo largo de su período de internación. (Registro, 22/09/22)

De esta manera, se podría calificar a este accidente doméstico como un evento disruptivo; sin embargo, se considera limitante calificar únicamente al evento que provocó el ingreso del paciente al HMU como disruptivo, siendo que tanto este suceso en particular como su estadía en el hospital, son precisamente disruptivas; tal como lo plantea una de las profesionales “*para muchos pacientes y familiares el hospital es un lugar hostil; hay un antes y un después de haber llegado al hospital.*” (Registro, Profesional N°4, 22/09/22).

En el marco de la urgencia, propio del HMU, donde las internaciones tienden a ser en períodos cortos, doscientos (200) días denota la gravedad del caso en cuestión; particularmente en una entrevista con su esposa ella refirió que, “*No daba más...cada vez que yo subía por esa rampa me agarraba una cosa en el pecho...como una cosa que no podía respirar, caminar, me agarraba muy feo... una angustia que no...no soportaba y no quería entrar a verlo*”. (Registro, EE, 06/05/22)

De esta manera puede vislumbrarse que, a partir de aquello que sucede en el entorno, en este caso que su marido se accidente y que su cotidianeidad se transforme al habitar un hospital durante casi un año, el psiquismo se ve afectado de manera tal que provoca diferentes reacciones. Continuando la línea trabajada por Benyakar (2016) se comprende como esta angustia que ella menciona, que en el tiempo se convirtió en ataques de pánico, trata de un desorden físico que se activó por la irrupción de ambas circunstancias, precisamente comprende un *desorden por disrupción*.

EE comenzó a verse afectada de manera sintomática...en el primer período de internación de MM, EE concurría al hospital en una rutina diaria de lunes a lunes... en la que algunos días se turnaba con la hermana de MM...lo cual terminó con un agotamiento de ella...después de un tiempo comenzó con asma, se vio como comenzó a deteriorarse, preocupada por sus hijos, por su bebe, por MM y terminó con la sintomatología de que sufría de ataques de pánico cada vez que ingresaba al hospital. (Registro, Profesional N°3, 13/09/22)

Otro de los casos seleccionados para realizar el análisis comprende a CCA (paciente de referencia), de treinta y seis (36) años, que se encontraba internada en el Sector C, traumatológico, y que se vio obligada a enfrentar una realidad devastadora.

Cuatro años atrás, CCA se vio involucrada en un accidente automovilístico en el que sufrió politraumatismos y heridas, debiendo, entre otras indicaciones médicas, colocarse una prótesis de fémur que año más tarde se rompería, y así sucesivamente hasta el día de la fecha. En junio del 2022, CCA debe realizarse su quinta operación de fémur, en la que deben extraerle la prótesis que se ha roto y colocarle una nueva; siendo una realidad que a ella le cuesta asimilar y afrontar. Precisamente la paciente refiere que:

Estaba sentada, sin moverme casi, porque aún estaba en proceso de recuperación de la prótesis que me pusieron este año...estaba haciendo uñas, un service, y en un momento me muevo, con la silla que tiene ruedas, y siento un ruido y algo de molestia en la pierna... inmediatamente supe que se había roto de nuevo. (Registro, Paciente CCA, 16/06/22)

Esta situación, y, el hecho de retornar y verse internada en el hospital nuevamente, precisamente por segunda vez en el año y por quinta vez en cuatro (4), obligó a CCA a afrontar una realidad externa a ella, cargada de emociones, recuerdos, sentimientos, movilizaciones que pusieron en juego sus mecanismos psíquicos de afrontamiento y metabolización. Se trata de una situación disruptiva, ante la cual CCA reacciona con diferentes tipos de sintomatología, tales como “*la paciente no sabe cómo hacer para expresar cómo se siente, si habla llora. Refiere no dormir bien, estar hiperactiva, picazón en todo su cuerpo, que al levantarse de la cama queda en su almohada mucho pelo...desgano.*” (Registro, Paciente CCA, 16/06/22) y, sobre todo, reacciona tomando la decisión de no querer operarse.

En el transcurso de los días de internación, existía un factor que empeoraba la situación, la falta de explicación racional/científica que le justificara a CCA por qué las prótesis se rompían; ella refiere “*no entiendo por qué me pasa esto, se me meten un montón de cosas en la cabeza que no logro, no puedo entender*” (Registro, Paciente CCA, 16/06/22). La paciente se mostraba, según una de las profesionales de la SP, con “*rasgos depresivos...desesperanzada y con desvalimiento psíquico*” (Registro, Profesional N°4, 16/06/22). El escenario a futuro, de pasar nuevamente por una operación de estas características, con la rehabilitación correspondiente que requiere, desesperanzaba aún más a la paciente, quien refería, “*sería una pérdida de dignidad en el post y pre operatorio estar en este estado de nuevo frente a mis hijos y pareja...además no tengo certeza de si esta vez funcionará la prótesis*”. (Registro, Paciente CCA, 16/06/22)

Con estos tres casos a modo de ejemplificación, se vislumbra lo que implica el desarrollar la labor psicológica en un contexto hospitalario dedicado a la urgencia, en el que los pacientes no arriban como consultantes por voluntad propia, sino que, son individuos que se

vieron envueltos y comprometidos en situaciones de riesgo, displacenteras e imprevistas, por las cuales debieron ingresar y permanecer internados, con todo lo que ello conlleva.

En lo que respecta a la urgencia de salud mental propiamente, uno de los profesionales refiere que:

Si la urgencia en salud mental es, por ejemplo, un intento de suicidio, ahí sí que se aborda. Lo que no se aborda, en general, es la urgencia del brote psicótico, aunque también se aborda porque muchas veces traen pacientes descompensados de la calle, pacientes bajo efectos de drogas o pacientes que en la calle presentan situaciones como violentas y cuando interviene la policía los trae acá, o intervienen los bomberos que llaman a la policía y la policía los trae acá, y acá se valora... eso es una urgencia en salud mental porque el paciente físicamente no tiene nada. (Entrevista, Profesional N°3, 27/03/23)

Es así, que, el HMU comprende un contexto hospitalario en el que los profesionales deben posicionarse ante la *demanda* como defensores y promotores del trabajo en equipo, y de la mirada del *proceso de salud-enfermedad* desde una perspectiva bio-psico-social, en la que no solo toma relevancia el padecer físico y biológico, sino también la influencia del ambiente en el que se encuentra la persona y su propia capacidad de metabolización y tramitación de aquello que le sucede.

Cuando se asiste a pacientes que han experimentado y transitado eventos, situaciones o circunstancias disruptivas, el terapeuta no se propondrá buscar causalidades en el individuo, sino que hará hincapié en su medio ambiente debido a que, siguiendo la línea de trabajo de Benyakar (2005), no importa el evento o circunstancia de la que se trate, éstos devienen disruptivos dependiendo de la capacidad de tramitación psíquica que el individuo tenga sobre estos. De esta manera, puede ocurrir que en una familia en la que fallece un integrante, un solo individuo luego tenga reacciones patológicas y el resto continúe con su vida cotidiana como si nada hubiese ocurrido; “cada individuo tiene un mundo interno diferente y el estímulo tiene un significado distinto para cada uno” (Yalom, 2002, p.68).

En relación al carácter disruptivo de dichos eventos o situaciones, una de las profesionales de la SP refiere, siguiendo la línea de trabajo de Benyakar (2005), que lo *disruptivo* debe ser distinguido de lo *traumático*, ya que esto último ocurre “*cuando el evento tuvo la intensidad, el imprevisto y la posibilidad de que la persona lo viviera, es el estrés que sobrepasa al sujeto*” (Entrevista, Profesional N°1, 04/11/22); mientras que lo disruptivo es aquello propio del afuera, es la característica o cualidad de determinado acontecimiento que tiene la capacidad de desestabilizar el psiquismo del sujeto, generando que posiblemente se

vivencie, internamente, como traumático. Precisamente refiere también que, “*traumático es que la persona vive ese evento disruptivo como tal...fue de tal intensidad*”. (Entrevista, Profesional N°1, 04/11/22)

Otro de los casos seleccionados, es SS (paciente de referencia) de dieciocho (18) años que ingresa a guardia por intento autolítico. En la entrevista de evaluación psicológica se puede recabar información acerca de la historia de vida del sujeto, quien relata que:

Vivo en lo de mi abuela, pero porque no tengo plata, me gustaría irme, pero no puedo por eso y porque me retiene mi abuela...por mi abuelo...falleció hace 5 meses...yo me crie con él; me ayudó en un momento en que me echaron de su casa por problemas con un tío que vivía ahí también... después, mamá me aloja en su casa y al mes me echa, y volví a la casa de mi abuelo, así que de ahí empezamos a vivir juntos en su habitación ya que dormía separado de mi abuela. (Registro, SS, 20/08/22)

Los profesionales de salud mental del HMU, pueden, a partir de lo relatado por el paciente, ir descifrando e infiriendo cual es o cuáles son, los verdaderos motivos que aquejan al sujeto; qué es aquello que este no ha podido tramitar o elaborar en su psiquismo que provoca en él sensaciones y emociones tan displacenteras. El paciente refiere también que viene pensando, desde hace un mes aproximadamente, que “*la vida ya no tiene sentido*” (Registro, SS, 20/08/22) y, al preguntarle “*¿Estás muy bajón?*” (Registro, Profesional N°4, 20/08/22) el paciente refiere que:

Son como bajones de momento, pero este tuvo algo en particular que fue como que me di...como que me rendí. Me agarró un toque de ansiedad, soy muy ansioso (muestra sus uñas mordidas) ...ehh soy muy ansioso, y sobrepienso mucho las cosas y esta vez fue como algo que vino...un pensamiento y dije vamos...pero no sé por qué lo hice...hasta yo me sorprendí, me veo acá y digo, ¿que hice? (Registro, SS, 20/08/22)

A su vez, ante las preguntas “*¿Venias pasando una situación difícil?*” y “*¿Que podrías descubrir vos, de lo que te viene pasando, que puede ser algo con lo que vos hayas cargado?*” (Registro, Profesional N°4, 20/08/22), el paciente responde que:

Desde hace tiempo estoy meado por un elefante, las cosas que yo hago ninguna me está saliendo, arreglé la bici, porque está caro el boleto, así que en esa fui al trabajo un día y se me rompió el caño, no pego ni una...me estafaron con un celular...me robaron. (Registro, SS, 20/08/22)

Ante las circunstancias que SS menciona, se puede analizar su modalidad de afrontamiento desde los aportes de Zukerfeld (1999) quien refiere el concepto de *vulnerabilidad somática* entendiéndola como el “*resultado del predominio de una forma de funcionamiento psíquico que consideramos propio de la ENN*” (sección La Noción de Vulnerabilidad, párr. 2);

demostrando una tendencia a la descarga directa al dificultársele enfrentar situaciones conflictivas.

Es así que, desde esta perspectiva, clínicamente se puede identificar como el paciente ante situaciones estresantes reacciona, no demostrando un tipo de procesamiento psíquico y dando lugar a que el enfrentamiento se torne disfuncional; estas situaciones estresantes engloban tanto la muerte de su abuelo, como circunstancias más de índole cotidianas, como un robo o rotura de bicicleta, y, a consecuencia de ellas, comenzó a padecer de pensamientos automáticos negativos y comportamientos riesgosos que culminaron con un acting-out; precisamente con este intento de suicidio. De esta manera, se pudo inferir que el paciente no contaba, al momento en que estas circunstancias se dieron, con los recursos psíquicos necesarios para tramitar lo vivenciado, y su modalidad de funcionamiento tendió a la *descarga directa*.

En este sentido, se puede identificar como ciertas experiencias y vivencias, cargadas de emocionalidad y significación, al no ser elaboradas y tramitadas, pueden desencadenar reacciones desadaptativas tales como ansiedad, depresión y compulsiones. Para el paciente, el perder a su abuelo, quien fue quien lo crio y acompañó durante su crecimiento, fue un acontecimiento sumamente abrumador, ante el cual se vio sobrepasado al no contar con las defensas apropiadas.

La lesión o herida física que se auto provocó puede comprenderse como medio de defensa ante la intensa angustia psicológica que se le tornó insoportable; como un intento de corporizarla y como distractor emocional, implicando únicamente un alivio temporal. Así es como lo desarrolla Dr. López Rosetti (2020), cuando refiere que el dolor psíquico, el dolor que comprende emociones y sentimientos, puede ser difícil de expresar, por lo que la única vía que le resta al sujeto es materializarlo a través del propio cuerpo a modo de canalización de aquello que no ha sido tramitado.

Asimismo, es importante retomar el interrogante que emerge en relación a su ingreso e internación en el HMU, la frase “*me veo acá y digo, ¿Qué hice?*” (Registro, SS, 20/08/22), siendo una clara ejemplificación del carácter disruptivo que comprende el ingreso e internación hospitalaria.

8.2.2 DESCRIBIR ESTRATEGIAS DE INTERVENCIONES CLÍNICAS, IMPLEMENTADAS POR LAS PSICÓLOGAS, FRENTE A LA DEMANDA EN EL HMU.

La intervención psicológica en el HMU tiene lugar cuando se discrimina una demanda, ya sea esta perteneciente al paciente, a sus familiares/allegados o al equipo médico que lo asiste; estas demandas comprenden algo que va más allá del motivo de consulta.

La Sección de Salud Mental puede recibir *consultas* por parte del personal de trabajo del hospital, ya sean médicos, enfermeros, guardias, trabajadores sociales, entre otros. Particularmente estas consultas son entendidas como de índole objetivo ya que comprenden una mera descripción de datos, comportamientos, y/o necesidades específicas que no deben dejarse de tener en cuenta, ya que trabajar sobre estos puede resultar fortalecedor del vínculo terapéutico. En relación a su esencia objetiva, uno de los profesionales de salud mental plantea que *“la consulta es sintomática, necesitamos que nos digan por qué nos derivan”* (Registro, Profesional N°2,5/07/22). Asimismo, autores como Ferrari et. al (1985) desarrollan que estas consultas, consideradas específicamente como *interconsultas*, comprenden *intervenciones inter y transdisciplinarias* per se, ya que implican para las agentes de salud mental el posicionarse como individuos poseedoras de un saber que provee la capacidad de comprender e identificar aspectos cruciales de un paciente, descubriendo qué es realmente lo que este desea o necesita; acciones que otro/s profesional/es, de diferente concepción epistemológica, quizá no logran realizar, ocasionando que a la demanda se le reste importancia y se realicen directamente derivaciones.

Siguiendo la línea de trabajo de Martínez (2006), estas consultas se transforman en *demandas* en el momento en que se comienza a expresar un anhelo de pedido de ayuda o auxilio, cuando el pedido trasciende lo meramente objetivo y su esencia se torna subjetiva.

En relación a la demanda, se refiere desde la Sección de Salud Mental que:

La demanda casi nunca es del paciente...esto es muy importante, la demanda es siempre del médico, de la enfermera, es de la guardia...ven en un paciente algo que llama la atención, ante una situación que desborda y ahí se pide la intervención del servicio, eso de que la demanda no es propia del paciente es muy significativo. (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22)

Al recibir derivaciones desde otros servicios, a modo de interconsultas, se prosigue a realizar una primera evaluación del paciente; *“a partir de la derivación evaluamos al paciente, si requiere continuación lo seguimos viendo”* (Entrevista, Profesional N°3, 28/10/22); es a partir de estas evaluaciones que se comienza a diseñar un esquema de abordaje ya que estas intervenciones, realizadas por psicólogas clínicas en el HMU, son pensadas a modo estratégico, teniendo en cuenta diferentes variables que posiblemente las condicionen.

Las variables que usualmente condicionan las intervenciones son:

- Contexto
- Temporalidad
- Rol del psicólogo

En primer lugar, resulta pertinente comprender el *contexto* en dónde estas se realizan; precisamente:

El lugar nuestro está al lado del paciente, al lado de la cama del paciente, nosotros salimos del espacio del consultorio para ir a lado del paciente y estar ahí... acá no hay pacientes en el consultorio porque nosotros vamos a él. (Entrevista, Profesional N°3, 28/10/22).

Este es un punto importante a tener en cuenta, sea cual sea la disciplina que un profesional aplique y despliegue en el HMU, siempre lo hará en un marco asistencial de urgencia demandante de constantes adaptaciones y en el cual lograr aplicar cualquier tipo de técnica o conocimiento dependerá de la capacidad de flexibilidad y adaptación del profesional a las exigencias del propio campo de trabajo.

Ya sea el ingreso por guardia o el ingreso al hall por calle Salta, los pasillos del internado, las afueras del hospital, los consultorios, o las habitaciones donde se encuentran internados los pacientes, todos son escenarios donde el profesional de salud mental puede intervenir; no tratándose de un espacio único y delimitado como lo puede llegar a ser un consultorio, sino particularmente de múltiples espacios en los que se realizan asistencias y acompañamientos a pacientes.

Por otro lado, la variable *temporalidad* es un factor central para comprender y caracterizar el modo de intervención en el HMU; al tratarse de un marco asistencial de urgencia, se espera que los dispositivos de intervención se logren efectuar rápidamente, en el período de tiempo más corto posible y de la manera más eficaz que se pueda; precisamente *“a nivel intrahospitalario el desafío que tenemos como servicio es la más rápida atención del paciente,*

en el más rápido diagnóstico y el alta más rápida” (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22). En términos generales, en el HMU, tanto los profesionales de salud mental como los integrantes de otras áreas y servicios, a excepción de algunos casos, no cuentan con períodos prolongados en los que asistir a pacientes, por lo que los modos de intervención deben ser pensados en función de esta variable.

Asimismo, por otra parte, es importante caracterizar el *rol* que adoptan los profesionales de salud mental en el HMU; este debe adecuarse al contexto en el que se desarrolla la labor profesional. Tradicionalmente, se espera de un psicólogo que se posicione desde un rol pasivo, de escucha, de observación y de intervenciones que habiliten el despliegue de una terapia de interpretación e insight que permita una reelaboración de conflictos pasados, para una mejora en el bienestar del usuario. Sin embargo, en relación a lo previamente desarrollado se refiere desde la Sección de Salud Mental que *“psicoanálisis de insight e interpretación no es adaptable a nuestro hospital de urgencias, excepto que tenga un paciente de mucho tiempo de internación y me dé pie a profundizar”, “profundizar con alguien que está en crisis es totalmente inoportuno...no se puede trabajar con ese encuadre en un hospital de urgencias”* (Entrevista, Profesional N°1, 04/11/22) y que *“al no haber en este hospital un espacio para tratamiento, no observamos desde una mirada teórica, ni desde el psicoanálisis, ni desde lo puramente conductual”* (Entrevista, Profesional N°4, 27/03/23).

Es así que, contrariamente al escenario tradicional y, concordando con los aportes de Fiorini (1990), en el HMU el rol del psicólogo implica el ser activo, el intervenir de múltiples maneras, el orientar el trabajo, y el promover al diálogo desplegándose en trabajos inter y transdisciplinarios, en los que el sostén y acompañamiento son posicionamientos centrales. Así lo refieren las licenciadas cuando plantean que:

Las estrategias dependen de cada agente, manejamos distintos modelos teóricos. Yo algún tipo de formación psicoanalítica a la hora de ver un caso...tengo también formación en terapias cognitivas conductuales, ya sea DBT o intervención en crisis, ese es mi posicionamiento; me he formado en psicoterapia breve, que está dentro de la teoría psicoanalítica más actual, donde se piensa que a un paciente en una situación de crisis no se lo puede tratar como se trata a un paciente en el psicoanálisis de interpretarlo y de hacer una terapia de insight, sino, tratar de trabajar con otro tipo de estrategias más ligadas a la contención y al acompañamiento...la uso mucho, es totalmente adaptable. (Entrevista, Profesional N°1, 04/11/22)

Trabajamos con intervención en crisis con el paciente que ingresa por intoxicación, o sea con intento de suicidio por intoxicación...es un acompañamiento y una contención al paciente, una entrevista familiar y una articulación que se realiza con algún lugar

en caso de que el paciente no esté en tratamiento, o con su equipo tratante si estuviera concurriendo a un tratamiento. (Entrevista, Profesional N°4, 27/03/23)

De esta manera se puede comprender cómo se enmarca y fija el encuadre de trabajo en la institución a partir de la interacción de estas tres variables y ¿por qué no? de tantas otras.

Siguiendo lo aportado por Fernández Valderrama y Treviño (2012), los dispositivos de intervención hospitalarios pueden ser aplicados tanto de manera directa a los pacientes y a familiares o allegados, como también al personal del HMU. Tal como se refiere desde la Sección de Salud Mental:

Trabajar la relación médico-paciente...porque muchas veces por estas conductas se rompe esa relación...intervenir restaurando la relación o haciendo que el médico se implique más...porque por ahí, ante características problemáticas del paciente, el médico trata de evitarlo o evadirlo y la idea es que el médico se pueda implicar más con un paciente... que pueda hacerse más cargo de su paciente. (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22)

Si bien el desarrollar la labor profesional en un hospital de estas características comprende primordialmente vocación, los efectos nocivos que produce el estar en contacto día a día con emergencias y urgencias médicas de alta complejidad, son totalmente esperables. *“En relación al impacto personal...siempre afecta porque somos humanos, en el mejor de los casos hay buena posibilidad de defendernos de lo que pasa, trabajar técnicas y procedimientos”* (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22).

A modo de ejemplificación se retoma el caso CCA en el que, al momento de la entrevista, su esposo refiere que una explicación por parte del médico cirujano a cargo de su cirugía empeoró la situación que, de por sí, ya era movilizante; precisamente refiere que *“todo comenzó a ir mal cuando un médico le dio el informe diario, en el que usó una metáfora de – intentar clavar un clavo en una madera podrida para explicarle su condición”* (Registro, 21/06/22). A partir de esto, la paciente se respaldó detrás de sus dichos, se rehusó a operarse y su estado de angustia y desesperanza se incrementó; pudiendo una de las profesionales de la SP identificar que el vínculo entre paciente y médico se había quebrado y era inexistente tornándose la situación, perjudicial para ambos.

Particularmente en relación a este caso, salud mental recibió dos derivaciones, una por parte de personal de enfermería que identificó que la paciente no se encontraba en buen estado de salud mental debido a que *“no come lo que le dan las nutris, siempre está muy angustiada...llorando todo el tiempo...dice que no se va a operar.”* (Registro, 21/06/22) y otra por parte del personal de medicina traumatológica, ya que no podían programar la intervención

quirúrgica debido a que la paciente rehusaba a acceder a la misma. En relación a la *demanda* por parte de personal médico traumatológico se refiere, desde SP, que:

Uno se pregunta, la demanda ¿es del paciente? ¿es del médico por el paciente? o ¿es una demanda para el que ya se le va el caso de las manos? Cuando el paciente lo desborda al médico, lo ideal, es intervenir con el médico para ayudarlo a ver...ayudarlo a explicarle qué es lo que está pasando con su paciente, que lo entienda, para tratar de despersonalizar la problemática en él. (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22)

Ante las interconsultas, desde SP se interviene realizando una entrevista con la paciente y su esposo en la que refieren los dichos del médico y en la que se pudo identificar la verdadera demanda; entiéndase la demanda como lograr que la paciente se encuentre mejor de salud y que restablezca su vínculo con el médico, aceptando la operación. Por consiguiente, se realiza una entrevista con el médico en cuestión, a quien se le sugiere el uso de un lenguaje diferente, más alentador y esperanzador; aun así, respetando el no proporcionar falsas expectativas.

Por otro lado, para comprender aún de mejor manera como se enmarca el encuadre de trabajo y cómo se desarrollan y aplican los dispositivos de intervención, se retoma el caso SS, quien ingresa a guardia por ingesta de medicamentos varios, en un intento autolítico.

Con SS se realiza una primera intervención luego de recibir una derivación por parte del personal médico de guardia, equipo al que solo le faltaba el alta de laboratorio y de salud mental para indicar el alta definitiva. Nuevamente aquí puede vislumbrarse la modalidad de trabajo de manera inter y transdisciplinaria, ya que el paciente fue asistido de manera integral tanto por personal médico, como por personal de salud mental; tal como lo plantea Fiorini (1990) “es necesario construir un modelo de la situación por la que se consulta, y a esa construcción aportan datos significativos cada uno de los profesionales que, desde su abordaje específico, se pone en contacto operante con la situación.” (p.191)

El proceso consiste en una minuciosa indagación grupal, la del equipo asistencial, que debe realizar un arduo trabajo de confrontación interna: ya que lo que detectan el terapeuta individual, el entrevistador familiar y la asistencia social, por ejemplo, son recortes de hechos conceptualizados con categorías diferentes, específicas para cada uno de esos enfoques. Es necesario encontrar un panorama común pensado como un lenguaje compartido. (p.192)

La intervención inter y transdisciplinaria se lleva a cabo debido a que el alcance de la misma es mucho mayor que el de una intervención limitada a la dimensión física-orgánica del paciente. Asimismo, de esta manera se aborda más de un fragmento o dimensión de la problemática, logrando en este caso particular de SS, que las probabilidades de que repita el episodio, quizás incluso logrando su propósito, disminuyan. Retomando lo publicado por la

OMS (2021) cuando se refiere que los intentos autolíticos son el factor de riesgo más relevante y alarmante en lo que respecta a suicidios consumados. Luego de intervenir desde salud mental se decide de manera conjunta que el paciente se encuentra fuera de peligro y en condiciones de extenuación. De esta manera, puede vislumbrarse cómo en la actualidad se reconoce al sujeto desde una perspectiva de lo complejo, a eso apunta la multi causalidad planteada anteriormente en lo que respecta al proceso salud-enfermedad.

Desde salud mental, con el paciente SS se efectuó una intervención de primera instancia cuando este ingresó al HMU a horas de la madrugada; esta fue realizada por parte del personal de psiquiatría quien se encontraba realizando guardia pasiva y cuya asistencia consistió en estabilizar al paciente en crisis mediante la utilización de psicofármacos. Tal como lo plantea uno de los profesionales de psiquiatría:

Primero lo más grosero es cuando hay un paciente que pueda responder; un paciente que está muy intoxicado o un paciente que está con un traumatismo de cráneo que no deja pensar y que está muy agitado, un paciente con mucha cuestión orgánica, con patología orgánica, es un paciente puramente para psiquiatría. (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22)

Con pacientes con los cuales hay condición de hablar, de responder, de comunicarse, inmediatamente empieza a trabajar psicología para ver cómo lo va a apoyar, pero también si el paciente requiere medicación para sedarse o dormir o disminuir agitación, bueno ese paciente termina siendo para psiquiatría. (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22)

Un paciente que tiene angustia, que está sin dormir, con fobia, con ataques de pánico, tiene que estar medicado...si está muy ansioso y entra a sesión y habla de todo... sale igual; hay que medicar, es psicoterapia más medicación; medicación de cambios que son estructurales, que deben ser significados para armar un proyecto de vida. (Entrevista, Profesional N°2, 14/07/22)

Siguiendo las citas anteriores, se comprende como a la mañana siguiente, cuando SS se encontraba en condiciones estables físicas, y con capacidad de habla, se realizó una entrevista de evaluación desde la SP en la que se indagaron aspectos varios acerca de su historia de vida, recabando información del pasado, pero acentuando la importancia de su presente. Precisamente, “cuando tiene condiciones para hablar, inmediatamente se requiere la participación de psicología para que vuelva a tratar de armar la vida psíquica del paciente y ver qué vínculos tiene” (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22). Siguiendo lo aportado por Bleger (1964) se caracteriza a la entrevista realizada a SS como de índole semidirigida, en la que, por un lado, la profesional se encargó de efectuar las preguntas necesarias para recabar una completa anamnesis del paciente, tales como: “¿Tu nombre es SS?; ¿Qué edad tenés?; ¿Con quién vivís?; ¿A dónde vivís?; ¿A qué te dedicas?; ¿Trabajas o estudias?; ¿Estás en pareja?”

(Registro, 20/08/22), entre otras preguntas, y también se encargó de indagar aspectos más profundos y significativos de su personalidad, tales como:

Bueno, contame que te pasó...; ¿Estás muy bajón?; ¿Por qué decís que sos ansioso?; ¿Siempre fuiste así?; ¿Has hecho tratamiento?; ¿Venias pasando una situación difícil?; ¿Qué podrías descubrir vos de lo que te viene pasando que puede ser algo con lo que vos hayas cargado? (Registro, 20/08/22)

De esta manera, la entrevista le fue útil tanto a la licenciada como al paciente en el sentido de que pudo aportarle a este, aunque sea de manera transitoria, nuevas significaciones a fragmentos de su historia de vida. A través de este tipo de intervención, las psicólogas clínicas buscan recabar información pertinente de la historia de vida del paciente, para poder contar con diferentes parámetros a partir de los cuales valorar el grado de urgencia de internación o inicio de tratamiento. Siguiendo la línea de trabajo de Bleger (1964) uno puede comprender la finalidad de la entrevista como un medio de investigación de rasgos de personalidad, de estructura, y de comportamientos del sujeto.

Siguiendo lo aportado por Sotelo (2022), si se realiza una lectura desde una perspectiva psicológica y no médica, acerca de un caso de intento de suicidio ingresado a guardia, se puede pensar como el mismo deja de ser considerado una urgencia clínica en el momento en que el sujeto puede apropiarse de su problemática; al momento de la entrevista pueden emerger huellas mnémicas que parecían olvidadas para el sujeto en cuestión, pero que al surgir en la conversación le aportan sentido e historización. Es por ello que se considera que un alta médica, sin la intervención de salud mental, en casos como el de SS, no sería pertinente ya que su propio accionar continuaría siendo ajeno a él. El trabajo psíquico que hace el paciente posibilitado por las intervenciones de las profesionales da lugar a que se habilite, ya sea de manera transitoria o momentánea, la posibilidad de iniciar un proceso terapéutico.

A su vez, retomando la utilidad de la entrevista, el profesional a partir de la misma pudo ir formándose una idea acerca de la estructura y rasgos de personalidad del paciente, como también el nivel de riesgo para sí mismo y para con terceros que denotaba su estado. Durante esta entrevista se utilizaron técnicas de psicoeducación, como la explicación de lo que implica la ansiedad como *“algo adaptativo ser ansioso, pero que en medidas equilibradas”* (Registro, 20/08/22), o que ante situaciones de carga emocional intensa, como las que SS comentó que debió atravesar recientemente *“a veces todos necesitamos acompañamiento para elaborar y trabajar ciertas cosas, hay perdidas que hay que trabajar más, porque se extraña mucho”* (Registro, Profesional N°4, 20/08/22).

La entrevista duró más de quince (15) minutos, y su despliegue se debe, en gran medida, a la fortaleza del vínculo terapéutico que pudo establecerse entre la profesional y el paciente; retomando los aportes de Barenger (1994) en relación a la situación analítica, el autor plantea que la misma se orienta por una intervención y que comprende un artificio a modo de producto *artesanal*, que se establecerá y desplegará dependiendo de las estrategias, técnicas y herramientas con las que cuenta el profesional, como también de las características propias del paciente. Dicho autor, tal como lo hace también Fernández (2017), remarca lo indispensable que resulta que el profesional de salud mental, desarrolle la capacidad de detenerse ante el caso por caso, reflexionar acerca de los posibles y mejores esquemas terapéuticos y de acción viables de aplicar, identificar las necesidades y demandas particulares del usuario, y siempre respetar la singularidad de cada sujeto.

Así lo refieren las profesionales con respecto al gran desafío que esto implica:

Y el día día...nunca tenés un día igual a otro, y nunca un paciente es igual al otro...mira con el chico de esta mañana...para mí, el día porque para mí, es eso... cada paciente es distinto, incluso el mismo paciente es distinto todos los días y los familiares interaccionan distinto con el transcurso de los días...y cuando están atravesados con esta situación de trauma y estrés, de hiper vulnerabilidad en la que están...todos los días tenés una situación que te cambia, que decís ¡oooh! ¡oooh!... Para mí, es eso, todos los días son un desafío. (Entrevista, Profesional N°3, 27/03/23)

“No es un caminito igual que se sigue para cada caso, cada caso es único”. (Entrevista, Profesional N°3, 27/03/23)

Siguiendo esta línea de trabajo particular en el caso por caso, Yalom (2002) hace referencia a que optar por el camino de los discursos universales, de terapias estandarizadas y uniformes, conlleva a defender un tipo de terapia ineficaz, sin esencia ni espontaneidad, “el terapeuta debe esforzarse por crear una terapia nueva para cada paciente” (p.52). El autor defiende la postura de superar la técnica e ir más allá, confiando en la capacidad de poder fluir a partir de las demandas y exigencias que emergen de cada encuentro singular; respaldando que únicamente de esta manera se podrá establecer una transferencia positiva que habilite el intercambio con el paciente. De la misma manera lo plantea Fiorini (1990), “pacientes diferentes requieren tratamientos diferentes” (p.33); quien, a su vez, refiere que el vínculo terapéutico debe adoptar una postura flexible, ya que debe establecerse mediante la adecuación del profesional a las necesidades propias de cada beneficiario, mediante la actualización de estrategias y técnicas a implementar.

Si bien Fiorini (2015) hace referencia a la clínica de psicoterapia psicoanalítica, práctica que no se lleva a cabo de manera estricta en el HMU, cabe destacar su propuesta de lectura de la misma comprendida por polos que interaccionan entre sí habilitándola. Precisamente, uno de estos se relaciona con el *vínculo terapéutico* defendiendo que la práctica es *vinculante*, que requiere de ese lazo, de esa construcción de una relación terapéutica basada en pilares de confianza y neutralidad, propiciadoras del diálogo y la puesta en escena del padecimiento del beneficiario. La relación establecida entre terapeuta-paciente se transforma en un vínculo basado en la confianza, en el respeto, en el reconocimiento del otro como sujeto y en el contacto humano; el vínculo terapéutico es lo que enlaza, moviliza y permite la cura. A su vez, hace referencia a los polos *emocionante*, *pensante* y *energizante*, dando cuenta la relevancia de las emociones con las que carga el sujeto, tanto aquellas relacionadas a su padecer como las que emergen en el encuentro con el profesional que lo asiste, es decir, movilizaciones que surgen del encuentro con ese Otro que dispone cuerpo y mente escuchando, sosteniendo y acompañando, comprendiendo así, en múltiples ocasiones, la primera oportunidad y aproximación del beneficiario a un otro con quien vincularse y apuntalarse.

De la misma manera lo plantea Freud (1916-17) y Vega (2008) cuando refieren acerca de la *transferencia*, presente en toda relación significativa, planteando que comprende un elemento indispensable y elemental para el establecimiento de un vínculo terapéutico que propicie apertura y, por consiguiente, un mejor entendimiento del padecer del paciente; y, en cuanto a la contratransferencia, lo indispensable que se torna el detectarla con el fin de no perjudicar la labor profesional.

Como profesional de la salud mental se tiene una responsabilidad para con el paciente, tal como lo refiere uno de los profesionales “*detrás de cada demanda hay una de afecto de ser cuidado, escuchado, atendido*” (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22); ahí radica la importancia del abordaje singular en el cual las subjetividades cobran protagonismo.

Asimismo, en el afán de reinventar la práctica psicológica clínica y adaptarla a nuevos contextos de implementación, se considera menester desarrollar la capacidad de adaptación de técnicas y modalidades de abordaje al contexto en el que el profesional se encuentra. A modo de ejemplificación, se resalta que en el HMU los pacientes asistidos durante el año 2022 se vieron envueltos en una institución que contaba con protocolos de visitas y acompañamientos de familiares o allegados, y que, hasta octubre de ese año, mantuvo restricciones por Covid-19. Por esta razón, los pacientes se encontraban la mayor parte del tiempo aislados de sus seres queridos ante lo cual, desde salud mental, se defendió y apostó aún más a la contención,

acompañamiento y cercanía del profesional con ellos; Yalom (2002) precisamente en relación al contacto físico, aporta que el mismo puede utilizarse a modo de herramienta ya que facilita el encuentro interpersonal con el paciente.

Con la mano, la mirada, el apretón de manos, también es comunicarse con el paciente, el encuadre es al lado del paciente, el contacto físico es importante, es de un encuadre que trabaja con pacientes en situación de trauma...humanizar las técnicas. (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22)

Siguiendo lo aportado por Rodríguez et al (2018) se puede reflexionar acerca de la *escucha analítica* aplicada en esta relación paciente-psicóloga, la cual requiere de disociación instrumental por parte de la profesional; tal como lo plantea Bleger (1964) cuando refiere que, al operar como entrevistadores, el profesional se identifica proyectivamente con el paciente, pero se limita a observar y a permanecer fuera de esa identificación no permitiendo una identificación profunda a través de la cual emerjan emociones, sentimientos y reacciones por parte del entrevistador obstaculizando la entrevista. Esta relación también requiere de neutralidad, que no debe ser confundida con frialdad por parte del profesional, sino que comprende la evitación de comentarios peyorativos, invalidantes, posturas omnipotentes y la habilitación a formar un vínculo en el cual manifestar lo latente; la *escucha analítica* habilita que el paciente realice un trabajo de historización que le permite ir subjetivando su malestar. Remarcando que se trata de un contexto de urgencia, retomamos lo aportado por uno de los profesionales, cuando menciona que *“la urgencia siempre tiene un componente subjetivo, es siempre para quien la vive”*. (Registro, Profesional N°2, 20/05/22)

Una vez realizada esta entrevista con SS, se realizó una con su allegado, quien se hallaba expectante en los pasillos externos de la guardia para saber en qué estado se encontraba; tal como refiere uno de los profesionales, *“al abordar un sujeto lo hacemos individualmente, pero pensando en su entorno y sus vínculos, se espera que tengan palabra, que haya un yo posible de interactuar. Se aborda la familia que a veces se desborda”* (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22). En este caso, el allegado significativo era la madre del paciente, quien al momento de entrevistarla aportó información central para la licenciada, tal como *“es su segundo intento”, “todo lo que empieza, todo proyecto, lo deja a medias...arrancó a entrenar, fue un solo día...se quiere ir a Buenos Aires a estudiar, pero falta a todas las clases de sexto año”, “tuvo una relación amorosa muy conflictiva, que terminó muy mal y que le hizo muy mal...la muerte de mi papá también le hizo muy mal”* (Registro, 20/08/22).

A partir de este abordaje familiar, la profesional pudo continuar infiriendo y generando hipótesis de trabajo a modo diagnóstico, siempre teniendo en cuenta que:

Se debe diferenciar entre un trastorno de personalidad, de rasgos como defensa. Hay que tener en cuenta la diferencia entre un diagnóstico situacional o clínico, basado en el DSM, de una estructura. Usualmente hablamos de neurosis con rasgos tal y tal. (Registro, Profesional N°1, 01/09/22)

“El diagnóstico es provisional, importa si hay historia relatada por familiares...se puede no estar de acuerdo con diagnóstico que vienen de afuera”. (Registro, Profesional N°4, 14/07/22).

De esta manera, se torna imprescindible para el armado del esquema terapéutico o dispositivo de intervención, el elaborar una hipótesis a modo diagnóstica, comprendida como una explicación teórica de utilidad para el profesional a partir de la cual orientar el proceso terapéutico, tomándola como una guía a partir de la cual poder diseñar diferentes estrategias e intervenciones.

Es así que, el diagnóstico en el HMU, es utilizado a modo de orientación o guía de intervenciones, y no como una simple etiqueta o rotulación basada en discursos homogéneos y manuales universales; el diagnóstico abre caminos y permite que se despliegue una intervención. Tal como lo plantea Fiorini (1990) “el diseño de una estrategia terapéutica parte de un diagnóstico exhaustivo de la situación” (p.191). Precisamente la *Ley Provincial 9848 Régimen De La Protección De La Salud Mental En La Provincia De Córdoba*, refiere como requisito, en relación al diagnóstico interdisciplinario en SM que, “el padecimiento mental no debe ser considerado un estado inmodificable”. (Título III, Cap. I, Art. 46)

Tal como lo plantea Yalom (2002), en el intento de conocer al paciente de la manera más integrativa y completa posible, el diagnóstico puede tornarse limitante de la visión que el profesional puede llegar a conjeturar acerca del paciente, ya que, en el afán de confirmar el mismo, este puede llegar a desviar y focalizar su atención selectivamente hacia algunos rasgos de su personalidad y evitar otros de igual relevancia; es por ello que se considera menester el mantener y respetar la postura del no diagnosticar con la finalidad de etiquetar y encasillar, ya que debería utilizarse con la finalidad de dar cuenta de las subjetividades, comprender en profundidad qué es aquello que manifiesta el sujeto, sus percepciones y significaciones.

El diagnóstico utilizado en el HMU es uno presuntivo situacional; este puede vislumbrarse en un fragmento de entrevista en el que una de las profesionales, en referencia a un caso determinado, explica la función que este cumple:

Paciente que fue entrevistada y valorada por supervisión psicológica en primera instancia; quien identifica, según criterios diagnósticos en relación a un diagnóstico preliminar o situacional, que la paciente no se encuentra orientada en tiempo y espacio y que presenta un discurso desorganizado, que se encuentra muy excitada, con mucha excitación psicomotriz, que no tiene un registro de su propio cuerpo, que presenta ideas incoherentes, por lo cual se decidió intervenir derivando a psiquiatra el caso para que se tomen los recaudos posibles. (Registro, Profesional N°3, 02/06/22)

Tal como lo defiende Kerman (2008) el diagnóstico comprende el producto de la evaluación actual del sujeto en lo que respecta a su estado mental y biológico y su estado en relación a lo interpersonal; esto se relaciona con la comprensión de la complejidad del aparato psíquico planteada por Berenstein y Puget (1997) quienes refieren que este se compone y organiza en tres espacios psíquicos, particularmente:

- Lo que sucede a nivel social
- Las representaciones del propio cuerpo y funcionamiento mental
- Lo que sucede en lo interpersonal

Asimismo, también se relaciona con las *fuentes de sufrimiento* desarrolladas por Freud (1981), entiéndase estas como mundo externo, propio cuerpo y vínculos con otros; sin dejar pasar desapercibido, que el autor realiza la distinción de una de ellas, la proveniente de las relaciones humanas, tildándola como aquella que más dolor puede ocasionar en el hombre.

Teniendo en cuenta esta concepción de aparato psíquico complejo, desde la que se parte de la idea de que el sujeto desde su nacimiento establece vínculos con otros, que se encuentra inmerso en una comunidad en la que suceden múltiples acontecimientos, que logra desarrollar una mirada o idea sobre sí mismos a lo largo del tiempo, comprendemos que es en cualquiera de estos espacios que pueden ocurrir vivencias disruptivas, ya sea, la pandemia de Covid-19, la agresión de un familiar, el fallecimiento de un ser significativo, la pérdida de trabajo, disconformidad consigo mismo por una razón específica, la inestabilidad económica del país, situación económica- financiera de la persona, entre otros.

Retomando el caso SS, una vez establecido dicho diagnóstico, se continúa con la explicación y consenso tanto con el paciente y su familia, acerca de lo que se considera como mejores indicaciones posibles. En este caso, tanto por parte de psiquiatría como de psicología,

se indicó que lo más recomendable era que el paciente inicie un tratamiento terapéutico lo antes posible, que permita potenciar lo más positivo del paciente y sanar aquello que lo aqueja.

Siguiendo lo referido por una de las profesionales de la SP, en tanto, “*en el padecimiento humano nos toca potenciar lo positivo.*” (Registro, Profesional N°3, 17/08/22), se comprende cómo se pudo identificar que se mantenía preservada la pulsión de vida del paciente a partir de fragmentos de la entrevista, en los que SS refirió proyectos que desea concretar en el futuro, tales como:

Ahora me dedico a ser zapatero, arreglo calzado, botas...eso lo hago todo el día, a la tarde me voy al cole...me anoté en el nocturno para poder trabajar de día, estoy haciendo el último año...me quiero ir el año que viene a estudiar maquinista naval... estoy atrasado con varias materias, pero aprobar puedo, y me voy. (Registro, SS, 20/08/22).

Resulta importante remarcar que este intento autolítico corresponde a un acting-out del paciente, es decir, una conducta que en cierto sentido resalta también la preservación de su pulsión de vida. Por un lado, el riesgo de letalidad de la sustancia ingerida, se calificó como no altamente letal, y por otro, el lugar donde cometió el acto, precisamente en su casa donde convive con demás familiares, consistía un escenario en el cual era de esperarse que alguien lo encontrara en mal estado, previo a que la situación empeore. Esto comprende el acting-out, el realizar un acto determinado con la finalidad de que haya otro que lo mire, que lo registre, como si la conducta estuviese dirigida hacia uno o más sujetos en un llamado de atención; como si ese otro debiese descifrar la conducta riesgosa, tal como lo plantean Jiménez Betancourt y García Valdez (2021) “el acting-out tiene la característica de ser una acción mostrativa” y, “es un llamado al Otro en un contexto transferencial,” (p.5) ; no implicando la autodestrucción total y la identificación con un objeto inerte.

Tal como se refiere:

Sí, hay pacientes que ingresan con autoagresión y, que definitivamente, en la entrevista vos podés valorar que no tiene la intencionalidad de muerte o sea que no tiene la pulsión de muerte presente... súmalo que últimamente vemos todos estos pacientes que tienen conducta parasuicida, que en realidad todo lo que hacen es para autoagredirse, pero no tienen una ideación activa de quitarse la vida. (Entrevista, Profesional N°4, 27/03/23)

Conductas parasuicidas, conductas de riesgo... vos les preguntas...pero ¿qué hacías? ¿caminabas por el borde?... y ellos te contestan sí y ahí les preguntas, pero ¿qué pasa por tu cabeza? ¿Tenés intención de quitarte la vida? ...Y te dicen que no! Pero la conducta de riesgo está...es como que te dicen los pacientes de una que están

arrepentidos...otros que no movilizan nada de angustia y les da lo mismo lo que pasa, eso sería una alerta en roja. (Entrevista, Profesional N°4, 27/03/23)

A diferencia de casos en los que sí hay pulsión de muerte predominante por sobre la pulsión de vida, en los que hay que tener en cuenta clínicamente múltiples factores como:

También se evalúan los antecedentes...si es el primer intento, como la niñita que tuvimos el otro día, venía desde el sur con un montón de intentos encima, y ella decía que ya no lo iba volver a hacer, pero tenía tres o cuatro intentos, o sea es un paciente que prende todas las alertas. (Entrevista, Profesional N°3, 27/03/23)

Un paciente que se despide de todos con frialdad, que deja cartas, que había organizado todo, que había desocupado su departamento... son pautas que a vos te dicen, ¡y... tiene la decisión tomada entendés! (Entrevista, Profesional N°4, 27/03/23)

Al paciente SS se le dio de alta de salud mental, junto a una derivación escrita por parte de la SP, en la que se detalló que:

Se deriva a S.S., DNI, a CPC para valoración e iniciar tratamiento. Paciente que ingresa al HMU por intoxicación medicamentosa (intento de suicidio). Antecedente de intento previo de suicidio. Con antecedente de tratamiento de salud mental según refiere. En el día de hoy SS se encuentra bajo efectos de clonazepam, indicado por psiquiatría; refiriendo aceptar derivación para tratamiento. (Registro, Historia Clínica SS, 20/08/22)

Sin embargo, la intervención no finalizó allí, ya que, teniendo en cuenta inconvenientes que pueden darse al momento de conseguir un turno en dicha institución, se le ofrece un seguimiento por parte de psiquiatría a dos días del hecho para que, en el caso de no conseguir turno con rapidez, el paciente pueda contar con una red de apoyo y no ejecutar un pasaje al acto en la espera. Este tipo de intervención y modalidad de asistencia, se ve respaldado también por los dichos de una de las profesionales quien refiere que:

Lo que hacemos es que cuando un paciente con intento de suicidio o de internación prolongada se va de alta con derivación a otro lado, se le hace un seguimiento de dos o tres entrevistas en psiquiatría hasta a que el paciente consiga asistencia psicológica-psiquiátrica afuera. (Entrevista, Profesional N°3, 28/10/22)

Otro de los casos seleccionados, es CCO (paciente de referencia) de treinta y dos (32) años, quien recibe asistencia psicológica en guardia del HMU; ingresa por herida de arma blanca en su cara, precisamente provocada por un corte de un machete. Teniendo en cuenta la clasificación de violencia de la OMS (2002), el paciente fue víctima de violencia interpersonal, debido a que la agresión desmedida que sufrió fue por parte de su padre. En la entrevista realizada al paciente, se obtuvieron datos sociodemográficos, tales como donde vive, con quien vive, si está en pareja o no, si tiene antecedente de intento de suicidio, entre otros factores.

El paciente refiere de manera melancólica diferentes sucesos displacenteros que ha debido vivenciar en los últimos años, *“fui diagnosticado hace 4 años con VIH...pero dejé la medicación hace rato”*, *“Mi papá estuvo detenido durante 4 años...salió de prisión siendo otra persona, muy violento”*, y refiere *“mi esposa falleció hace un año...por Covid-19...a los dos nos agarró juntos, estuvimos internados”* (Registro, 13/08/22). Estas circunstancias que refiere el paciente, son todas disruptivas; durante la entrevista se identificó que, en relación al diagnóstico de VIH y al estado de su padre tras salir de prisión, de cierta manera lo ha podido trabajar y elaborar, pero es precisamente el fallecimiento de su esposa que aún lo aqueja y angustia.

Se realizó entrevista a familiares que se encontraban a las afueras del hospital; su hermano, quien refiere hartazgo en relación a CCO, relata *“solo vine para saber el riesgo que está corriendo, pero ya de ahí, que se cuide solo, me tiene cansado, siempre con algún problema, siempre angustiado”* (Registro, CCO, 13/08/22), y su hermana, quien permaneció atenta y expectante ante los comentarios y devolución de una de las psicólogas. En esta entrevista familiar, se hizo hincapié en que:

Es muy importante que ustedes puedan como familia que...logren entender lo importante que es el acompañamiento y sostén de una persona que tuvo un episodio así...además, tienen que comprender que, CCO, tiene sin lugar a dudas una depresión no elaborada, del duelo de su mujer, salta a simple vista, ese es mi diagnóstico presuntivo...y teniendo en cuenta la características del hecho actual...de esta agresión que recibió de su papá, es importantísimo que lo acompañen y motiven a realizar el tratamiento necesario. (Registro, CCO, 13/08/22)

Se finalizó la intervención con la correspondiente derivación a la guardia del HNPP, con indicación de valoración de urgencia; un dato no menor es que el paciente, si bien fue diagnosticado con VIH, no toma su medicación aproximadamente desde el fallecimiento de su esposa.

Retomando los casos anteriormente desarrollados, MM, EE, SS, CCA Y CCO, se pueden identificar diferentes tipos de intervenciones y modalidades de abordaje.

Por un lado, MM, desde el momento que ingresa al HMU, fue identificado como un paciente Neuro-Crónico. Debido a la gravedad de la lesión craneal con la que contó al ingresar, el paciente quedó con secuelas cognitivas y motoras, por lo que se tornó indispensable que sea abordado por el Comité Neuro Crónico integrado por salud mental, trabajo social, personal médico, personal de enfermería, personal de fonoaudiología, entre otras disciplinas, encargado de abordar a pacientes con traumatismos cerebrales y hemi o cuadripléjicos.

Es interesante poder comprender cómo se posiciona este Comité frente a dicho padecer tan invalidante y limitante de los pacientes. En primera instancia, cabe remarcar como el trabajo inter y transdisciplinario continúa siendo uno de los ejes principales para el abordaje de pacientes en el HMU, demostrando un modelo de atención basado en un sistema integral, donde los beneficiarios tienen la posibilidad de acceder a una red de atención y no a servicios aislados; tal como lo plantea Stolkiner (1999) se requiere de la presencia y aportes de profesionales de diferentes disciplinas para lograr una intervención de manera integral, que cubra todas las áreas y necesidades que el paciente y/o su familia requiera; el sujeto es un todo, tiene cuestiones cognitivas, sistemáticas, corporales y mentales. De igual manera sucede dentro de la Sección de Salud Mental:

Se trata de un trabajo en equipo, se habla del paciente, se sacan conclusiones de los mecanismos psicológicos que se están poniendo en juego o la estructura de su personalidad o su condición dominante de personalidad y de acuerdo a eso se habla de un esquema terapéutico. (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22)

En el caso del Comité, se recupera de una de las entrevistas que “*el comité trabaja necesariamente de manera interdisciplinaria sino no se puede, nos pasamos informes de los pacientes...sí o sí estamos interactuando siempre, sino no hay forma que funcione el comité*” (Entrevista, Profesional N°3, 28/10/22).

En el caso de MM, este tipo de abordaje interdisciplinario puede ejemplificarse con la visita de su bebe de tres (3) años al HMU:

En el hospital no se permiten visitas de niños por múltiples factores, siendo ellos posibles transmisiones de bacterias o virus, pero en este caso se consideró, desde el servicio de psicología, que sería pertinente tanto para el bienestar de la hija de 3 años como para el paciente MM y la paciente EE, que su hija pueda verlo. (Entrevista, Profesional N°3, 28/10/22)

Es así que, se trabajó de manera interdisciplinaria consultando con el servicio de enfermería a cargo del Sector A, con el servicio de guardia policial y con el servicio médico para coordinar dicha visita; la cual no se había realizado previamente debido a que se esperó a que MM se encontrara con una evolución favorable de su cuadro.

El objetivo de intervenir, desde salud mental como parte del comité Neuro Crítico, es permitirle al paciente que una vez fuera del HMU continúe con el trabajo de rehabilitación que le corresponde y, es por ello que, “*el comité Neuro Crítico aborda a la familia desde el comienzo, para prepararlos para esta nueva realidad*” (Entrevista, Profesional N°3, 13/09/22); en el sentido de habilitarle a la familia la capacidad de enfrentar esta nueva realidad,

acompañándolos y brindándoles herramientas suficientes para que una vez fuera del HMU, puedan posicionarse como coterapeutas del paciente afectado. En este sentido, el psicólogo clínico dentro este ámbito hospitalario realiza tareas de promoción de la salud debido a que se detiene en la singularidad de cada caso, comprendiendo al sujeto y su malestar, y propiciándole herramientas para su cuidado, encaminándolo de esta manera a un mejor estado de bienestar. La paciente EE refiere que:

Tanto el abordaje de psicólogas, de la persona que limpia, de la persona de guardia, de cada uno de los integrantes del equipo del Hospital Municipal de Urgencias me ha salvado la vida, me han dado una nueva oportunidad de vida tanto a mi como a mi marido. (Registro, EE, 11/10/22)

En el caso de MM, en el que su estadía fue tan prolongada, se realizaron intervenciones con su esposa; ante la aparición de sintomatología en ella se indicó una derivación desde SP a psiquiatría. Es así que, por un lado, es abordada por uno de los psiquiatras del servicio quien le indica una benzodiacepina para atacar el síntoma mientras que, por otro lado, desde SP se continúa con el seguimiento y se realizan intervenciones tales como:

En vez de venir de lunes a lunes, que asista al hospital tres veces...de lunes a viernes y que venga sábado y domingo, pero que recuerde que necesita tomar descanso, resguardarse, ya que tiene una familia por un lado... son sus dos hijitos que debe sostener y por otro lado MM y por otro lado ella misma...le dije...empezá a cuidarte y empezá a venir tres veces por semana nomas y los fines. (Entrevista, Profesional N°3, 13/09/22)

Para este tipo de pacientes Neuro-Crónicos corresponde otro tipo de intervención, es importante ver su evolución a lo largo de la internación:

Son seguimientos muy largos, muy puntuales, a veces la familia quiere intervención...a veces no...a veces es más trabajo de acompañamiento, como por ejemplo...para lo que necesites acá estamos o cualquier duda que tengas avísame, llámame...más que de psicología hay mucho de trabajo social. (Entrevista, Profesional N°3, 13/09/22)

La prolongada estadía de los pacientes, que va en contra de la modalidad de abordaje y asistencia hospitalaria, implica un seguimiento a largo plazo que posibilita identificar los avances en su rehabilitación neurológica y neurocognitiva a tal punto que alguno de ellos puede irse de alta con capacidad de habla o motora o conectándose con la realidad, dependiendo las áreas afectadas.

Es relevante aclarar que, con pacientes hemi o parapléjicos, se realiza otro tipo de intervención desde el Comité, debido a que los pacientes en estos casos se encuentran generalmente lúcidos, por lo que se pueden realizar intervenciones específicamente

psicológicas, “*estás con un paciente que está paralizado, que sabe que no va a volver a caminar, pero que tiene la ilusión de volver a caminar*” (Entrevista, Profesional N°3, 13/09/22).

Por otro lado, en relación a las intervenciones a modo de derivación interhospitalaria o interinstitucional, es importante remarcar que, cuando se deriva ya sea desde psicología o psiquiatría, el profesional deja por escrito que considera menester que el paciente en cuestión acuda a la institución indicada; en el caso de que el paciente derivado sea un menor, se le pide a su familiar/tutor responsable que firme la derivación escrita por el profesional, responsabilizándose de que éste acatará el criterio del experto y asistirá donde se le indicó. En el caso de que sea mayor de edad, debe firmar el mismo o un familiar. Así lo refiere una de las profesionales de la SP:

Se realizan derivaciones teniendo en cuenta variables varias del paciente; como proximidad de hogar a redes prestadoras de servicios de salud mental. Se evalúa la existencia de instituciones públicas y/o privadas lo más cercanas a la vivienda de la persona con el fin de disminuir el riesgo de no asistencia a tratamiento por lejanía. Se evalúa con el paciente donde prefiere ir según antecedentes, en casos de que se indique internación, se coordina con las instituciones para saber disponibilidad de camas y se conversa acerca del traslado. (Registro, Profesional N°1, 09/08/22)

Siempre se requiere de la aceptación del paciente, por ello se consensua en la entrevista qué es lo que se hará al respecto y de esta manera el paciente adopta un compromiso. Sin embargo, puede ocurrir que el paciente en cuestión sea mayor de edad y se oponga o rechace la indicación dada, por lo que, en ese caso, firmaría el alta voluntaria.

Por otro lado, al tratarse de demandas por situaciones disruptivas, las intervenciones son pensadas estratégicamente para lograr que esta disrupción, esta irrupción en el psiquismo, no desestabilice de manera tal al sujeto, que culmine significando la situación como traumática. Es por ello que, tal como lo refieren Vallejo Samudio y Terranova Zapata (2009), las profesionales de SP plantean que “*hacemos intervenciones tempranas, para lograr minimizar los efectos post traumáticos...la intervención temprana es absolutamente indispensable y totalmente preventiva de un TEPT*” (Entrevista, Profesional N°1, 04/11/22), “*intervenciones tempranas para minimizar el daño y para evitar el riesgo de este daño*” (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22). Realizan este tipo de intervenciones enfocándose en el periodo presente y proyectando a futuro, realizando acompañamientos y seguimientos en este contexto limitante de enfermedad que es el hospital. Las circunstancias disruptivas irrumpen de tal manera en el psiquismo de las personas, que, en su mayoría, acaban en situación de crisis. Siguiendo los aportes de Perres (1997) se comprende a la crisis como la repercusión psíquica consecuente de

vivenciales vitales conflictivos o complicados para el sujeto; la manera en que éste experimente dichas situaciones o eventos vitales, dependerá de características propias de su personalidad y estructura.

Si bien ninguno de los profesionales de la Sección de Salud Mental asume un posicionamiento y aplicación específica de esquemas teóricos en la práctica en el HMU, tal como se refiere *“estoy formado en terapia psicoanalítica, pero la aplico para mi entendimiento del paciente, acá en el HMU no implica un análisis sino una mejor lectura del paciente”* (Entrevista, Profesional N°2, 14/07/22), demostrando como *“se puede trabajar psicoanalíticamente sin utilizar necesariamente el encuadre clásico”* (Arzeno Garcia, 1997, p.121); se ha podido identificar como se aplican técnicas de terapia breve focalizada a modo de herramienta totalmente adaptable al contexto.

Es así que, retomando los aportes de Miari y Fazio (2017) en relación a la terapia breve, se plantea como esta apunta a, sin dejar de tener en cuenta el pasado del sujeto, poner énfasis en el presente y pensar en el futuro a mediano y largo plazo, pensar en todo aquello que el sujeto tiene por vivenciar, y no anclarse en aquello vivenciado. Dicho modelo, defiende al rol del psicólogo como aplicador de la escucha flotante, pero activo y directivo en función de esta, en el que su fin es el potenciar la motivación y la esperanza de vida del paciente; factores que, en un contexto hospitalario de estas características, pueden verse disminuidos.

Tal como lo refiere Fiorini (1990):

el terapeuta debe desempeñar en la terapia breve un papel esencialmente activo. Se exige de él una gama amplia de intervenciones: no se limita al material que aporta el paciente; además explora, interroga (comenzando por la minuciosa recolección de datos con la que elabora desde el comienzo la historia clínica). (p.31)

Siguiendo con lo planteado por el autor, en relación al esquema referencial de la psicoterapia breve, menciona que esta:

se orienta fundamentalmente hacia la comprensión psicodinámica de los determinantes actuales de la situación de enfermedad, crisis o descompensación. Esto no significa omitir la consideración de los factores disposicionales históricos intervinientes en la ecuación etiológica, pero sí dirigirse esencialmente a aprehender la estructura de la situación transversal en que se actualizan determinantes patogénicos. (p.23)

En relación a esto, se destaca que, *“hay que focalizarse en el aquí y el ahora... no tiene una resolución actual esto. En las intervenciones hay que focalizarse en el ahora, en la contención y en la valoración”* (Registro, Profesional N°4, 4/05/22); y a su vez que, *“mientras el paciente esté acá, debemos prestarle un yo auxiliar que demuestre que debe estar vivo,*

motivos, etc., momentáneamente prestarle deseos de vivir, que se encuentre en búsqueda de significativa". (Registro, Profesional N°2, 6/07/22)

Fiorini (1990) defiende que el rol del terapeuta está orientado a comprender la dinámica de la realidad actual del paciente, de su cotidianidad, es por ello que se tienen en cuenta diferentes ámbitos de esta, como, por ejemplo *¿vive con quién? ¿está en pareja? ¿a qué se dedica? ¿su mamá vive?* (Registro, 06/08/22); *¿haces algún deporte? ¿consumís alguna sustancia?* (Registro, 18/07/22); *¿te preocupa algo?, ¿tu pareja trabaja?* (Registro, 01/06/22). En palabras del autor, "se tiende así a signar eficacia casual etiológica a un conjunto de factores que operan, más allá de la etapa de neurosis infantil, en un campo dinámico que rebasa el nivel de fenómenos ligados a la situación edípica" (p.23). De esta manera se posibilita una comprensión integral del sujeto, complementada con el entendimiento de su mundo intrapsíquico o interno.

Esto demuestra cómo la intervención del analista no se reduce a buscar, ahondar y anclarse en aquello existente, sino a lograr producir nuevas reelaboraciones y articulaciones; tal como lo plantea Bleichmar (2008) cuando plantea el término de neogénesis, y hace referencia al aparato psíquico, desde una perspectiva de lo complejo, conceptualizándolo como abierto a lo real y vulnerable a la traumatización.

Por otro lado, retomando los aportes de Barrado (s.f.) en relación a la terapia breve, se resalta como las licenciadas diseñan dispositivos de intervención centrándose en una problemática determinada; dispositivos a través de los cuales intentan habilitarle al paciente tolerar la intensidad de su malestar transitorio, no dejando que este empeore o que se frustre. Siguiendo la línea anteriormente mencionada, se retoman los aportes de Perres (1997), quien defiende que el psicólogo clínico, en estos casos, debe intervenir de manera inmediata centrándose en "las áreas conflictivas y los niveles psíquicos más afectados en el paciente (angustia de muerte, duelo, pérdida, culpa por la agresividad latente, etcétera)" (Perres, 1997, sección "A modo de conclusión", párr.5). Fiorini (1990) también refiere acerca de la "focalización" en la terapia breve, planteando que implica una jerarquización, en un trabajo terapeuta-paciente, en función de la motivación que presenta el paciente, y la posibilidad de resolución de determinada problemática.

En relación a las técnicas de intervención utilizadas desde la terapia breve, continuando con los aportes de Fiorini (1990) y concordando con los de Barrado (s.f.), se utilizan parafraseos, reconfirmaciones, interpretaciones, confrontaciones, clarificaciones, otorgar

información, interrogaciones, sugerencias, indicaciones, señalamientos de relaciones entre datos, orientaciones para con el paciente buscando su mejora; precisamente:

Estando acá se te van las ganas...hay que enfocarse en el hoy, en que uno está aquí por un período de recuperación...hay pacientes que refieren - Dios quiera que yo vuelva a ser la que era antes- ...eso expresa un anhelo nostálgico. Hay que focalizar qué es lo que quieres...que es recuperarte, pero ahora es así la situación, de acá vamos para adelante. Hay que tomar las riendas de lo que se puede, la parte física no depende del paciente, todo lo demás sí. (Entrevista, Profesional N°4, 06/06/22)

Asimismo, retomando los aportes de Fiorini (1990) se identifican rasgos que permiten dar cuenta, a modo de aproximación, el rol del terapeuta desde este enfoque teórico. El autor plantea 5 rasgos:

-*contacto empático manifiesto (p.102)*; haciendo alusión a la escucha y comprensión de la percepción de la realidad del paciente, validándola. “*Ahh entiendo...esto te golpea, vos confiaste y te traicionan*” (Registro, Entrevista SS, 20/08/22).

-*calidez (p.102)*; haciendo alusión al reconocimiento del otro como sujeto en padecer, a quien se le expresa empatía, solidaridad, amor, de manera tal que estas operen como estimulantes del trabajo. “*A veces todos necesitamos acompañamiento para elaborar y trabajar ciertas cosas, hay perdidas que hay que trabajar más, porque se extraña mucho*” (Registro, Entrevista SS, 20/08/22).

-*espontaneidad (p.103)*; haciendo alusión a la persona del analista como sujeto de sufrimiento y felicidad al igual que su paciente, invitando de esta manera al paciente a que pueda confiar y abrirse con el terapeuta acerca de su vida. “*Mi mamá tiene algo parecido*” (Registro, Entrevista CCA, 21/06/22).

-*iniciativa (p.103)*; haciendo alusión al rol activo, directivo y motivacional del terapeuta que habilita la puesta en marcha de capacidades y/oicas del beneficiario,

bueno... fuera de la pareja que usted tenga, el duelo lo vive igual. Estaría bueno que vaya al neuro para que le den la medicación, recuerde que el antidepresivo tarda en actuar 15 días para impregnarse...y, usted ahí...más allá de que sea un hospital público, va a tener la medicación gratis en mano, usted necesita estar dentro de un tratamiento, ¿me entiende? (Registro, Entrevista paciente A, 06/08/22)

-*actitud docente (p.103)*; el profesional asume un rol pedagógico.

bueno igual tiene que hacer el tratamiento...me parece que estaría bueno que retome porque la sertralina a usted posiblemente le venga bien porque con todo lo que está atravesando con lo de la separación y lo demás ...el clonazepam usted sabe que es un ansiolítico, pero no ...usted va a necesitar la sertralina ...si anduvo bien. Con eso

también se va a anestesiar para sobrellevar el duelo que está pasando con su ex pareja.
(Registro, Entrevista paciente A, 06/08/22)

Finalmente, en relación a las concepciones teóricas psicológicas, se concluye con lo planteado por Arzano (1997) quien refiere que las corrientes psicológicas tales como la cognitivo conductual, la gestáltica o sistémica, entre otras, emplean herramientas y técnicas que el psicoanálisis puede tomar como “medios complementarios de la técnica psicoanalítica” (p.121); demostrando de esta manera que la riqueza del tratamiento se basa en herramientas integradas para la asistencia.

8.2.3 INDAGAR LOS PRINCIPALES RETOS A LOS QUE SE ENFRENTA LA SECCIÓN DE SALUD MENTAL AL BRINDAR ATENCIÓN EN CONTEXTO DE URGENCIA, INCLUYENDO FACTORES COMO LA COORDINACIÓN INTERDISCIPLINARIA, LOS RECURSOS DISPONIBLES Y LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS DE CADA PACIENTE.

En los puntos anteriores se desarrolló la modalidad de trabajo de la Sección de Salud Mental del HMU; se especificaron los casos a los que usualmente asiste el servicio, así como también el rol que adoptan las psicólogas clínicas al hacerlo.

Siguiendo la misma línea de trabajo, en el presente apartado resulta pertinente resaltar que el ejercicio cotidiano de la psicología en un contexto clínico hospitalario no se encuentra exento de dificultades, problemas y/u obstáculos en su quehacer; es por ello que, a continuación, se desarrollan diferentes puntualizaciones relacionadas a retos propios de dicho ejercicio profesional en este escenario complejo que representa el HMU.

El término *retos* fue seleccionado con la finalidad de poder nombrar o englobar aquellas vivencias que se tuvo el privilegio de experimentar acompañando a profesionales en su cotidianidad dentro del HMU; el atribuir la caracterización de retos implica el plasmar una cuota de subjetividad que está inherentemente ligada al vivenciar de las prácticas.

En primera instancia, corresponde conceptualizar en términos generales a lo que se refiere como “retos”. Desde la RAE (2022) se lo comprende como el “objetivo o empeño difícil de llevar a cabo, y que constituye por ello un estímulo y un desafío para quien lo afronta”; también se lo concibe como “provocación o citación al duelo o desafío”, teniendo en cuenta que, según la misma academia, el desafiar implica el “enfrentarse a las dificultades con decisión”. Teniendo este primer pantallazo de lo que significa conceptualmente el reto, es que se puede adentrar en lo que se ha podido identificar a lo largo del transitar las prácticas en la institución.

Se han distinguido dos variables generales, *retos a nivel intrahospitalarios* y *retos a nivel interhospitalarios* respectivamente.

a. Retos a nivel intrahospitalarios

a1. Asistencia inmediata

Como se mencionó previamente, la atención psicológica en contexto de urgencia no cuenta con un consultorio donde asistir sino precisamente se caracteriza por contar con múltiples espacios de atención; entiéndase a estos como los pasillos, boxes de guardia o la calle misma, entre otros tantos. Se adhiere a esta característica la *asistencia inmediata*, precisamente:

A nivel intrahospitalario el desafío que tenemos como servicio es la más rápida atención del paciente, en el más rápido diagnóstico y en el alta más rápida...la idea es acompañar el alta...con una derivación y con los cuidados que corresponden. (Registro, Profesional N°2, 01/11/22)

Estamos en contacto todo el día, recorriendo el internado hablando con enfermería, por los consultorios externos, en la guardia. Por ejemplo, aparece un NN en el shock room... primero lo atiende medicina y automáticamente se da aviso de esta persona a servicios sociales, a la policía, y si el paciente está desbordado se da visa salud mental. (Entrevista, Profesional N°4, 27/03/23)

Este escenario complejo de asistencia requiere de profesionales con capacidad de adaptación no solo al contexto sino principalmente al paciente para poder, de esta manera, desde su esquema referencial aplicar las técnicas y conocimientos que se consideren más relevantes. Principalmente implica el poder adaptar una ciencia humanística, defensora y promotora de

singularidades y subjetividades frente a los discursos universales, estandarizados y sistemáticos, a un contexto de resolución de problemas inmediato; tal como lo refiere una de las profesionales cuando menciona que:

Para mí, un desafío, sería poder organizar el servicio pudiendo hacer la intervención en crisis y además un acompañamiento y seguimiento... no una psicoterapia, pero sí un seguimiento con la posibilidad de poder acompañar a los pacientes hasta que estén de alta definitiva físico...más allá de los intentos de suicidio, los pacientes de salud mental en general...más allá de los intentos de suicidio porque un día te cae uno re fácil de derivar, con una red familiar impresionante, y otro día te cae una persona que tiene la familia en el sur y que está sola acá. (Entrevista, Profesional N°3, 27/03/23)

Siguiendo lo aportado por el Comité Consultivo del CPPCR (2018) se comprende cómo, si bien la psicología se encarga del estudio y entendimiento del comportamiento humano, no hay que dejar de lado que también comprende los procesos mentales y psíquicos, que conllevan a la realización de estos. Dichos procesos son entendidos como constructos, teniendo en cuenta que según Cortada de Kohan (2001) estos “no tienen una existencia concreta similar a las entidades físicas que se prestan a la observación sensible. Son conceptos que sobrepasan la observación empírica y muchas veces expresan supuestos teóricos” (párr.2). El trabajar con estos procesos mentales, requiere un gran desafío en sí para todo profesional de la disciplina, intentar comprenderlos es, sin lugar a dudas, el motor del oficio de ser psicólogos; se trabaja con esa parte de la vida y de la realidad del paciente que no es objetiva.

Esto vislumbra que, a diferencia del resto de los profesionales que asisten en el HMU en conjunto con el personal de salud mental, las psicólogas trabajan en gran parte con subjetividades, con individuos cuyo desarrollo psíquico, cognitivo y comportamental es particular de cada uno; por lo que el trabajo, a los fines de cumplir con los tiempos predispuestos por el contexto, debe ser tal como lo plantea Fernández (2017) artesanal, pero sin perder de vista que este debe ser pensado no solo en función de cumplir con los tiempos hospitalarios en el que prima la rapidez, inmediatez, liberación de camas y rotación de pacientes sino también para ese ser humano que requiere de nuestro saber para su bienestar. *“se trata de armarle un afuera posible teniendo en cuenta la situación del paciente en contexto de asistencia rápida”* (Registro, Profesional N°3, 12/04/22).

De esta manera, se resalta como reto de la asistencia rápida el no perder de vista el carácter humano que tiene ese individuo que demanda asistencia; no perder de vista su subjetividad en el proceso de cumplir con la asistencia rápida. Precisamente esto se refleja en

un caso hipotético referido por una de las profesionales de la SP, en el que la derivación a salud mental o Servicio Social no se efectúa y de igual manera se indica alta médica:

A veces vamos a la guardia y vemos un paciente que está de alta y está desnuda, y bueno el paciente no se puede ir en esas condiciones, pero está de alta, entonces ahí intervenimos conjuntamente con servicio social...no tiene plata para volverse entonces gestionamos la forma en la que el paciente pueda volver a su casa. (Entrevista, Profesional N°4, 27/03/23)

a.2 Asistencia al tipo de demanda específica que recibe el HMU

Como se mencionó anteriormente, las asistencias psicológicas se realizan a pacientes que ingresaron al HMU por múltiples formas de accidentes e incidentes, las cuales afectaron orgánica o biológicamente al usuario; tal como refiere uno de los profesionales “*que sea un paciente de salud mental que tiene afectaciones sobre su vida psíquica y aparte tiene algo orgánico se hace mucho más difícil*” (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22). Bajo estas circunstancias, el profesional debe enfrentarse ante dos (2) padeceres que se interrelacionan y condicionan entre sí.

En relación a los pacientes asistidos en el HMU, no puede obviarse que la casuística de consumo problemático viene incrementando y acentuando año a año; en los registros efectuados durante la práctica se pudo identificar como gran parte de los individuos ingresados presentaba consumo de una o más sustancias. Tal como lo refiere una de las profesionales “*lo que más número de pacientes nos hace, hoy por hoy, son los intentos de suicidio de las intoxicaciones por drogas... hoy por hoy*” (Entrevista, Profesional N°3, 27/03/23). Partiendo de la caracterización desarrollada en la Ley Nacional *Plan Integral Para el Abordaje de los Consumos Problemáticos*, 26.934, se comprende que estos implican:

Aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud. (Cap. I, Art. 2)

Precisamente dos de los profesionales refieren que el “*consumo provoca muchos de los ingresos, que hay acá en el hospi*” (Entrevista, Profesional N°1, 04/11/22) y que “*no hay consumo que no sea problemático*” (Registro, Profesional N°2, 05/08/22). Ciertamente resulta pertinente recalcar que, si existe consumo problemático, existe adicción, y si existe adicción, hay dependencia de la sustancia o sustancias consumidas.

Los componentes adictivos que contienen ciertas sustancias como el alcohol, el tabaco o la cocaína actúan en el cerebro y sistema nervioso, de forma que crea una dependencia hacia éstos. El organismo se adapta a la presencia de estas sustancias y el cerebro cambia de estructura, creyendo que solo puede funcionar normalmente si cuenta con estas sustancias. (Solé, 2015, sección ¿Por qué se produce el síndrome de abstinencia?)

La adicción se sustenta en circuitos cerebrales de recompensa, tal como lo refiere Manes (2015) cuando plantea que, al consumir determinadas sustancias, circuitos de recompensa del cerebro se activan mediante la liberación de neurotransmisores; precisamente se puede hablar de circuitos que producen la sensación de placer en el individuo, ya que, al momento de ingerir sustancias se liberan neurotransmisores dopaminérgicos en el “núcleo accumbens” (p.308). Esta sensación de placer es memorizada, “se aprende y almacena” (p. 310), por lo que la persona constantemente busca realizar el acto de consumir, creando tolerancias cada vez más elevadas y provocando que, en aquellas ocasiones en las cuales no tenga accesibilidad a la/s sustancia/s, sufra de abstinencia. La abstinencia comprende reacciones comportamentales, orgánicas y psíquicas, según Solé (2015) tales como impulsividad, escalofríos, temblores, somnolencia, insomnio, delirios, alucinaciones, irritabilidad, tensión, hiperactividad, entre otros tantos, dependiendo de la sustancia consumida.

El reto que conlleva el admitir e ingresar a un paciente que presenta estas características se relaciona con el hecho de que, dentro de la institución, una vez internados, la posibilidad de acceder a estas sustancias se ve drásticamente disminuida, provocando la aparición de estos signos y síntomas y dificultando de esta manera la asistencia; por lo que se ven en desventaja tanto los profesionales asistentes como el propio paciente. Otro es el caso de pacientes que se encontraban en remisión, es decir, pacientes que se encontraban en un período en el que el consumo había disminuido casi por completo o en su totalidad, pero, al ser medicados en la institución vuelven a entrar en el círculo de consumo, abuso, adicción.

El DSM-IV-TR distingue cuatro tipos de remisiones en función del tiempo transcurrido desde el fin de la dependencia y de los criterios de dependencia cumplidos. En función del tiempo transcurrido puede ser temprana (menos de 12 meses) o sostenida (más de 12 meses). En función de si se cumple o no algún criterio para la dependencia o abuso durante la remisión, se distingue entre remisión parcial (se cumple algunos criterios) o total (no se cumple ninguno). (Psiquiatría.com, s.f., sección Remisión de la dependencia a una sustancia)

Cualquiera sea el caso, si se trata de signos, síntomas o propiamente un trastorno relacionado a consumo problemático, la intervención de SP se ve limitada, por lo que requieren de interconsultas con profesionales de psiquiatría para realizar una asistencia integral en conjunto; combinando “estrategias de autoayuda, de psicoterapia y de rehabilitación. Para

algunos tipos de adicciones, ciertos medicamentos también pueden ayudar” (Manes, 2015, p.311). Tal como refiere uno de los profesionales:

Con un paciente que está agitado, con un sistema nervioso alterado y excitado con drogas o sustancias o lo que fuere, no va a calmar solamente por hablar con él, se requiere medicación que se contraponga al sistema de conducción neuronal que está en ese momento alterado, se requiere la intervención de psicofármacos...está corriendo riesgo el paciente y el equipo que lo está tratando...hay pacientes que golpean, atacan a médicos, enfermeros, camilleros, entonces es algo que hay que tratar de prever y de dictar también. (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22)

Por otro lado, están los pacientes que son ingresados en situación de crisis, por ejemplo, en casos como los de SS de intentos autolíticos; la situación vivenciada por el paciente provoca reacciones disfuncionales de modo tal que, se provocan afecciones orgánicas. Ante este escenario, el profesional no solo debe ahondar acerca de aquello que lo motivó a realizar esta acción, sino también en acompañarlo en este padecer físico que se auto provocó.

a.3 Integración de salud mental en institución hospitalaria

“No hay eficaz atención integral de Salud Mental y Salud Física, sería lo ideal, pero hay muchos baches en el intento” (Registro, Profesional N°2, 06/07/22); de esta manera lo refiere otra de las profesionales cuando plantea que:

Cuesta mucho todavía la integración...la integración propia del servicio es una lograda previa a la pandemia. No veo diferencias previa o post pandemia, no se la ha dado más relevancia a la salud mental sino más bien una negación de la altísima casuística que tenemos y de cómo han aumentado nuestros casos, negación absoluta a no quererlo ver. (Entrevista, Profesional N°1, 04/11/22)

En relación al término *integración*, resulta pertinente comprender lo que la misma significa; según la RAE (2022) el integrar comprende un “completar un todo con las partes que faltaba” y “aunar, fusionar dos o más conceptos, corrientes, etc., divergentes entre sí, en una sola que las sintetice”. De esta manera, claro está que la integración de la que habla el profesional no es un acto que se dé de manera natural y de un día para el otro, sino más bien requiere de un proceso a lo largo del tiempo, dependiente de múltiples factores.

Como se mencionó en puntos anteriores, si bien se puede identificar el surgimiento del HMU en el año 1944, su inauguración tal como lo conocemos hoy en día, ronda la década del 80; siendo que, en ese entonces, la salud mental no formaba parte del panorama sanitario. Es 40 años más tarde, en el año 2002, que se abre un espacio dedicado a salud mental en el hospital, surgido en un contexto de abordaje sanitario inadecuado de los ingresos a guardia por intentos de suicidio. Precisamente, según cuenta uno de los profesionales, la intervención ante estos

casos comprendía únicamente una intervención calificada como “lavaje de estómago” (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22) por parte de personal médico. Ciertamente:

El director en ese momento era XX, cirujano, era quien estaba a cargo del hospital y vio que los intentos de suicidio se lavaban... como se decía en ese momento, cuando era por consumo de sustancias se hacía el famoso lavaje de estómago y una vez que estuvieran en condiciones se reintegraba, pero sin ningún tipo de intervención de salud mental. Se pensó que se necesitaba gente de salud mental, no había servicios de salud mental. (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22)

Esta modalidad de abordaje puede comprenderse desde los aportes de Libreros Piñeros (2012), quien reflexiona acerca los aportes de Descartes y su distinción entre cuerpo biológico y mente a partir de la cual los médicos comenzaron a visualizar al ser humano como una totalidad reducida a lo biológico y a lo orgánico y al entendimiento del cuerpo como máquina a la cual intervenir. Como si se tratase de una computadora que debe ser reseteada, se realizaba un lavaje de estómago a un individuo con intento autolítico y se indicaba el alta correspondiente, sin tener en cuenta el psiquismo del sujeto, sus vínculos, la realidad en la que está inserto; en otras palabras, sin tener en cuenta la dimensión subjetiva, la cual, desde un posicionamiento complejo, forma parte del proceso salud-enfermedad.

Dicha carencia de abordaje integral y transdisciplinario, a partir del año 2002 fue poco a poco dejándose atrás, conllevando a una integración de la salud mental en el abordaje hospitalario cada vez más protagonista; es así, que, el trabajo inter y transdisciplinario prima hoy en día, permitiendo visualizar cómo dicha integración sustenta y habilita una atención integral de excelencia, basada en un proceso de salud-enfermedad multicausal y dimensional, que concibe al ser humano como un “organismo viviente funciona como un sistema abierto, y esto significa que debe mantener un intercambio continuo con su entorno para seguir viviendo.” (Libreros Piñeros, 2012, p. 625). Sin embargo, cuando se trata de salud mental y psicología propiamente, en lo que respecta al ideal colectivo de atención hospitalaria integrada por distintas disciplinas, esta cuesta llevarse a cabo, como si fuera una utopía inalcanzable; así mismo lo refiere una de las profesionales, “muchas veces se desdibuja el rol de la psicología acá” (Entrevista, Profesional N°3, 28/10/22).

Retomando el motivo por el cual surge el servicio en el hospital, una de las profesionales refiere que “se abre el espacio para responder a la demanda de intentos de suicidio porque el médico no sabía el abordaje y sigue sin saberlo...ustedes lo ven...llaman y nos dicen -se quiere ir solo-, -es una histérica-, -acá no quedan” (Entrevista, Profesional N°3, 28/10/22). Este fragmento de entrevista es crucial para comprender la realidad actual a la que deben enfrentarse

continuamente, en la que la salud mental, en ocasiones, se ve desdibujada o desvalorizada en comparación con la salud física u orgánica. Esto puede pensarse desde los aportes de Galende Alonso (2006) quien refiere al cambio de paradigmas, de la simplicidad a la complejidad.

En relación al hospital, se puede visualizar cómo, a través de los años, el personal ha realizado un proceso de adaptación a un nuevo paradigma en el que la subjetividad se iguala y, en ocasiones, supera a la objetividad como causa y origen del padecimiento mental. Es por ello que, hoy en día, ante un intento de suicidio el abordaje no se reduce a un lavado de estómago, sino que es complementado con una intervención psicológica o psiquiátrica a través de la cual también se aborda la vida psíquica del sujeto. Así lo plantea Libreros Piñeros (2012) cuando refiere que “es a partir de las interacciones entre las diferentes disciplinas, que emergen alternativas más completas para solucionar los problemas de salud de la humanidad que rebasan el modelo biomédico”. (p. 622)

Precisamente, relacionado al modelo biomédico, es Galende Alonso (2006) quien realiza aportes acerca del traspaso que atañe a la salud mental, desde un paradigma médico hegemónico hacia uno biopsicosocial que defiende un entendimiento y comprensión del fenómeno a abordar desde múltiples factores que condicionan y predisponen al sujeto a padecer psíquicamente. De igual manera, puede extenderse esta visión al ámbito hospitalario en el cual confluyen múltiples disciplinas y en el cual rige históricamente dicho paradigma. Así es como lo refiere uno de los doctores:

La eminencia del cuerpo, de lo biológico, la preeminencia siempre de ello...cuando en realidad la vida humana pasa por el psiquismo, por lo que proyectamos e imaginamos...el cuerpo está para sostener esta otra vida humana que radica en el psiquismo fundamentalmente”. (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22)

Es interesante contar con esta visión del profesional, su comprensión del fenómeno desde la distinción entre vida psíquica del cuerpo, como si pusiese en una balanza el peso que ambas tienen, comprendiendo que la relevancia de una por sobre la otra es inexistente.

Por su parte, la Ley 26.657 de *Derecho a la Protección de la Salud Mental* propone en uno de sus artículos un enunciado relacionado a la integración de profesionales de salud mental al ámbito hospitalario y, por consiguiente, al trabajo interdisciplinario

Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. (Cap. VI, Art.13)

Dicho artículo permite ver como la disciplina se posiciona como protagonista en un escenario tradicional complejo. En este proceso de integración, las desacreditaciones, desestimaciones, desvalorizaciones para con la disciplina y lo que ella comprende, no permiten que este se logre de manera eficaz. Esto puede identificarse en las derivaciones intrahospitalarias, cuando, por ejemplo, se admiten pacientes a guardia que requieren de asistencia por parte del servicio, pero, aun así, las derivaciones correspondientes no son realizadas. Esto implicaría, tal como lo menciona uno de los profesionales, una “*desacreditación*” (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22), precisamente menciona que:

Hay dos tipos de reacciones groseras, una es la desacreditación, ¿para que los vamos a llamar?... le damos nosotros mismos la medicación...al final no hacen nada, vienen y los charlan a los pacientes...escuchamos estos comentarios; y la otra es la sobreestimación, ¿no? De que va a venir el psicólogo, nos va a hablar y el paciente va a cambiar rotundamente. Esto último no siempre pasa. (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22)

Lo anteriormente desarrollado demuestra en parte como aún continúa rigiendo, de manera subyacente el modelo médico hegemónico en el sentido de que si bien ha habido avances en lo que respecta al entendimiento del proceso salud-enfermedad, aún se pueden identificar posicionamientos propios de dicho modelo que “define la estructura corporal como una suma de procesos bioquímicos y fisiológicos” (Libreros Piñeros, 2012, p.623). De esta manera, se comprende que el accionar como profesionales de la salud mental, tanto en el HMU como en otros contextos tiene sus limitaciones, pero no por ello debe ser desacreditado y calificado como innecesario; precisamente se refiere que:

Como siempre digo, profundizar con alguien que está en crisis es totalmente inoportuno...fuera del hospi he trabajado con terapias disímiles a las que uso aquí, he visto personalidades más neuróticas, que dan más posibilidad de terapias de insight de interpretación, de usar algo más de mi formación psicoanalítica. (Entrevista, Profesional N°1, 01/11/22).

A su vez, en relación a las derivaciones intrahospitalarias se debe tener en cuenta que estas provienen de diferentes áreas del hospital, no solo de guardia, y que suelen ser de pacientes que presentan signos y síntomas propios de su patología orgánica, esperables. Por lo que, en ocasiones, tal como lo menciona una de las profesionales “*las derivaciones por parte de otros profesionales del hospital pierden objetividad porque se derivan pacientes que están enfermos*”. (Registro, Profesional N°3, 16/09/22)

Por otro lado, la integración de salud mental en el ámbito hospitalario debería comprender que las guardias vespertinas y nocturnas estén conformadas por agentes de

diferentes disciplinas, siendo la psicología una de ellas. ¿Cómo hablar de integración y equidad, si a partir de la finalización del horario de jornada laboral del equipo de SP, los casos ingresados deben esperar a la mañana siguiente para recibir asistencia? Si bien agentes del servicio de salud mental dedicados a la psiquiatría realizan guardias pasivas y activas, aún resta contar con psicólogos que puedan asistir casos en los que su intervención se considere fundamental. El asistir a pacientes que han sido ingresados horas antes, complejiza el abordaje en el sentido de que, en ocasiones, los profesionales sólo cuentan con datos vagos de cada paciente, los cuales, al no haber sido registrados en historias clínicas, comprenden las únicas herramientas sobre las cuales apoyarse para iniciar una intervención.

Es ante todo ello, que surge el interrogante ¿Por qué resulta indispensable que, en el abordaje hospitalario inter y transdisciplinario, se incluyan intervenciones psicológicas? Una de las respuestas que se encuentra se relaciona con lo mencionado por uno de los profesionales quien refiere que:

La enfermedad mental nos restringe la vida, el sentido de la salud mental es recuperar la libertad...es el centro de la vida del ser humano, con la cabeza pensamos deseamos amamos sentimos, eso es vida psíquica, lo que soñamos, anhelamos, todo el cuerpo está en orden para que podamos habitar la vida psíquica. (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22)

Demostrando, de esta manera, lo imprescindible que resulta el entendimiento del paciente como un todo y, que, para comprender en profundidad a ese todo, se deben abordar todas sus partes.

b. Retos a nivel interhospitalarios

b1. Leyes

El contexto histórico, social, económico y político en el cual se encuentran insertados tanto los agentes de salud mental como los beneficiarios de esta, merece ser reconocido. Históricos son los debates que giran alrededor de la salud mental y de aquello que debe y no debe realizarse en relación a esta; oposiciones entre paradigmas, entre psiquiatría y psicología, entre aquello que moralmente es correcto o no de realizar, entre otros.

Es así que, en el año 2010 fue sancionada la Ley 26.657 *Derecho A La Protección De La Salud Mental*, la cual aboga por una mejora de la situación sanitaria en lo que respecta a la salud mental en la totalidad del territorio nacional argentino. Si bien se fundamenta en un

enfoque de derechos que realza la característica humana de cada beneficiario, innumerables son los retos que se desprenden de sus enunciados a la hora de ser implementados.

No puede ser obviado el hecho de que las prácticas han sido transitadas en un contexto, no sólo local, sino mundial post pandemia en el que, en casos particulares, trastornos o padecimientos mentales existentes se mantuvieron, acentuaron o agravaron y aquellos inexistentes hasta el momento, se desarrollaron y dieron su aparición; agravando de esta manera la casuística.

Nadie, a estas alturas, puede negar el incremento en las demandas vinculadas con salud mental, en el contexto de pandemia y en este estado cuasi post, pero, a las claras, nadie tampoco puede ver concretado el presupuesto y la inversión que aducen desde la provincia. (La tinta, 2022, párr.5)

Al tratarse el HMU de un hospital público, en el que gran parte de los pacientes no cuentan con obra social y capacidad de pago de servicios sanitarios privados, uno de los principales retos que se ha identificado comprende la falta de instituciones públicas dedicadas a la asistencia, seguimiento, y sostén de pacientes derivados. Continuando con los aportes de la Ley 26.657 (Cap. VII, Art.27), la misma enuncia la prohibición de construcción de nuevos hospitales monovalentes, privados y públicos, como así también la adaptación de los existentes a la nueva modalidad de abordaje y asistencia perteneciente a este nuevo paradigma. Asimismo, la Ley 9848 *Régimen De La Protección De La Salud Mental En La Provincia De Córdoba*, en relación a la red integral de promoción, prevención y asistencia en SM, enuncia a los distintos dispositivos e instituciones de abordaje de la salud mental que deben ser puestos en marcha, logrando ejecutar una articulación de la labor.

Créase -bajo la rectoría de la Autoridad de Aplicación de la presente Ley- la “Red Integral de Promoción, Prevención y Asistencia en Salud Mental”, que estará conformada por las instituciones y servicios de salud mental, del ámbito público y privado, y tendrá por objeto el diseño de propuestas para el abordaje y la gestión integrada de las problemáticas psicosociales. (Título II, Cap. I, Art. 21)

Teniendo en cuenta los aportes de una de las profesionales del HMU acerca de las derivaciones sanitarias realizadas más frecuentemente, se pueden vislumbrar algunos de los principales dispositivos existentes hasta el año 2022 en la provincia de Córdoba. Precisamente:

A nivel provincial (monovalentes)son el neuropsiquiátrico provincial a mayores de 21 años (internaciones involuntarias), la casa del joven a menores de 21 años, el IPAD (internaciones involuntarias), la secretaría de adicciones del San Roque, a Bellville, a Santa María, a Oliva. Por otro lado, los lugares de derivación privada en el caso de que los pacientes cuenten con obra social se busca una admisión que le cubra en la

Clínica Saint Michell, Sanatorio Morra, Clínica San Nicolás, Mellar, o en el Programa de Adicciones Sol. (Registro, Profesional N°1, 5/05/22)

Sin embargo, durante el año 2022 surgieron complejizaciones a la hora de realizar derivaciones sanitarias a dichas instituciones debido a que, algunas de ellas, comenzaron a cerrar sus puertas; “cierre “imprevisto, improvisado e irresponsable” del Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicciones (IPAD)” (La Tinta, 2022, párr.1). El cierre de esta institución generó múltiples complicaciones no solo en lo que respecta a las derivaciones de pacientes asistidos en el HMU, sino sobre todo en relación a los pacientes que ya se encontraban internados o que recibían seguimientos y asistencia en el instituto.

En primer lugar, los pacientes internados allí, fueron trasladados al HNPP, otra de las instituciones donde un gran porcentaje de los pacientes asistidos en el HMU son derivados. La problemática radicó en que se generó, a partir de este cierre, un cúmulo de pacientes que desbordó al personal de asistencia de dicha institución. Así lo refieren:

Estas instancias intermedias son muy pocas, son absolutamente insuficientes y ya han empezado a cerrarse instituciones monovalentes...como el instituto de alcoholismo, como santa maría de punilla que se han cerrado, se ha restringido el ingreso de camas y todo está centralizado a la guardia que no responde a la demanda que la población tiene, están sobrepasados, lógicamente no pueden hacer milagros porque si no hay camas para internar pacientes gravísimos, bueno, estamos en un problema muy serio. (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22)

El neuro, además, con todo esto de la nueva ley, no acepta pacientes que presentan condiciones físicas a tratar y pide que se valore al paciente previamente desde la parte clínica antes de enviarlo, entonces, se procede hacer un electro, un tóxico y recién ahí los recibe...yo a veces en chiste le digo a los médicos que tienen que hacer una epicrisis que constate que el cuerpo está perfecto porque si no, no los reciben en cualquiera de las clínicas psiquiátricas. (Entrevista, Profesional N°3, 27/03/23)

Esto provocó que, gran parte de las derivaciones realizadas al HNPP, para valoraciones ya sean o no de urgencia, no fueran asistidas y que aquellas que comprendían a pacientes con síntomas, signos, o trastorno propiamente dicho de consumo problemático tampoco puedan recibir la asistencia correspondiente; siendo que requieren de un abordaje específico por profesionales especializados en la problemática y de instalaciones que cuenten con los instrumentos y herramientas adecuadas para realizarlo.

En este sentido, se visualiza como la red sanitaria asistencial resulta deficiente en el sentido de que no puede cubrir las demandas de una población que se incrementa año tras año; de esta manera, el derecho a ser atendido a través de la prestación de un servicio gratuito y focalizado en problemáticas y fenómenos determinados, se ve incumplido y no garantizado. Tal

como lo refiere, “a nivel social son espacios de contención y de seguimiento de los tratamientos que no están pudiendo responder a la demanda que realmente hay, son claramente insuficientes.” (Registro, Profesional, N°2 01/11/22)

Retomando las derivaciones sanitarias, cabe mencionar que comprenden un reto per se ya que, los pacientes, así como tienen derecho a ser asistidos y a la confidencialidad por parte de los profesionales, también tienen obligaciones como la de firmar el alta voluntaria e historia clínica cuando no aceptan las indicaciones del personal de salud, entre ellas, las derivaciones.

Tal como se plantea en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, las derivaciones son pensadas de manera estratégica en función de múltiples dimensiones del paciente con la finalidad de potenciar el factor motivacional y que la persona pueda hacerse responsable de su padecer y posible futuro bienestar; en algunos casos implica una indicación sin alternativa alguna, en otros, puede ser entendida como producto de un consenso con el paciente solo o con sus familiares/allegados.

Aun así puede ocurrir que, debido a múltiples razones, entre ellas escasos recursos económicos para realizar traslados, poca, nula o inconsistente red de contención que acompañe en el proceso, creencias propias de estado de bienestar relacionadas a un trastorno en particular, poca o nula conciencia de enfermedad, antecedentes de experiencias negativas en dichas instituciones, entre otras tantas, en ocasiones los pacientes pueden no estar de acuerdo y decidir no continuar con las indicaciones designadas.

En derivaciones se tiene en cuenta la distancia de donde vive la persona, en el caso de X paciente se eligió entre 2 instituciones públicas. El paciente no aceptó una derivación porque ya tenía antecedente de tratamiento allí y no le gusta la asistencia brindada. Por parte de psiquiatría se aporta que se debe preservar, al tratarse de una cuestión autolítica, la pulsión de vida, las ganas de iniciar tratamiento del paciente. Si no se consigue turno rápido, se ofrece un seguimiento en consultorio del HMU a dos días de la fecha para que no ocurra pasaje al acto. (Registro, Profesionales N°4 y N°2, 20/08/22)

Aquí se puede vislumbrar la diferencia entre la conducta cometida por SS, como se menciona anteriormente propia de un acting-out, del pasaje al acto; siendo este uno de los temores al momento de indicar altas y derivaciones de pacientes con ingresos por intentos autolíticos debido a que, si no reciben asistencia como se les indica, es probable que cometan numerosos acting-out, o en el peor de los casos un pasaje al acto a modo de suicidio consumado, el cual consiste en una conducta sin destinatario alguno, sino más bien cometida por impulsión y no mediación de pensamiento.

En esta derivación, puede vislumbrarse un enfoque de abordaje *intersectorial*, el cual permite una articulación con otros dispositivos y niveles de atención conformando una red asistencial. En el alta correspondiente del paciente SS se solicitó a su acompañante que realice en la historia clínica del paciente una firma y aclaración, que escriba su DNI y número de teléfono y en la que aclare el vínculo con el paciente, afirmando su compromiso de acompañar a SS a Casa del Joven. Cabe remarcar las dos estrategias posibles de acción ante el caso de contar o no con acompañante:

Si es un paciente que está en riesgo, nosotros orientamos a la familia a que lo lleve a hacer una valoración de urgencia.... si no se puede enlazar con la familia y el paciente se niega se procede a la intervención judicial. (Entrevista, Profesional N°4, 27/03/23)

En estos casos, siguiendo los enunciados de la Ley 26.529 *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*, en relación al derecho de autonomía y voluntad, los profesionales deben abstenerse a respetar la decisión tomada por el paciente de no continuar con el procedimiento indicado, prosiguiendo a la constatación del alta voluntaria; en la que se requiere de su firma como constatación de alta en contraindicación psicológica y de las asistencias efectuadas por los diferentes servicios del HMU.

Englobando lo anteriormente desarrollado, en este marco de sujetos de derecho, se afirma entonces que, en la actualidad, se tiende por un lado a la externación de pacientes, tal como lo refiere:

Estamos en un momento de transición de lo que la ley intentó cambiar; que es que el paciente no tenga internaciones innecesarias... en ese marco, la última ley de salud mental habla de los cierres de hospitales monovalentes, pero no se han generado aún los lugares, los espacios, para la atención de estos pacientes que requieren atención porque tienen enfermedad mental...la enfermedad mental existe...no es un invento...y cuando está hay que atenderla, asistir, contenerla, darle medicación...son personas que les cuesta trabajar...que les cuesta relacionarse...ordenar su propia vida...requieren de ciertos acompañamientos para hacer las cosas lo mejor posible. (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22)

Hay pacientes que no tienen un afuera posible, hay algunos que tienen ciertas discapacidades como para vivir una vida aceptable, no tienen los medios, tal vez no es tan profundamente psiquiátrico su problema, pero bueno su estructura o funcionamiento vital es muy precaria y bueno de esos pacientes hay mucho. (Entrevista, Profesional N°2, 01/11/22)

Por otro lado, la descentralización de dispositivos de salud mental. Con respecto a esto último, se reflexiona desde la propia experiencia como practicante en el seno del hospital; período durante el cual se ha vivenciado un único caso que requirió de internación con carácter de urgencia. Ese caso, de RR (paciente de referencia), que ingresó por intento autolítico que

vivía en Aldea Infantil, una ONG que facilita hogar para menores de edad que lo requieran. Se consideró, en función de una evaluación psicológica y psiquiátrica, que la paciente presentaba alto riesgo para sí, por lo que se indicó un acompañante permanente durante su tiempo de estadía en guardia; acompañante terapéutica que la Aldea le proveyó ya que el hospital no cuenta con ese servicio. Dicha acompañante refirió que la paciente había tenido en el último tiempo cambios conductuales, que presentaba constantemente signos de cansancio, falta de motivación para realizar tareas varias y que dejó de relacionarse con sus compañeros. Datos relevantes a tener en cuenta para comprender la evaluación de la paciente son que, por un lado, está próxima a cumplir 18 años, por ende, sería mayor de edad y debería dejar de vivir allí; por otro lado, no contaba al momento de la entrevista con una red de contención familiar y, finalmente que, se encontraba lúcida, orientada en tiempo y espacio y con comprensión de su situación.

A este caso en particular se lo valorizó con carácter de internación urgente debido a la cantidad de indicadores de riesgo que presentaba, teniendo en cuenta que estos, por sí solos, no predicen el suicidio, pero sí aumentan las probabilidades de que un acto de esta índole se lleve a cabo.

Así se refiere en el Protocolo De Atención Para Intentos De Suicidio del HMU, en el que se menciona que esencialmente debe abordarse el caso de manera interdisciplinaria debido a la complejidad del fenómeno en cuestión; se debe realizar una correcta colecta de datos del paciente y de la persona que lo acompaña, en el mientras tanto será asistido por personal médico y demás especialidades que deban implicarse, a partir de la cual se decidirá si el paciente deberá permanecer internado o no en el hospital, y a partir de allí se efectuará la respectiva derivación a salud mental. El personal que conforma el Servicio de salud mental lo que hace es indagar el nivel de riesgo del paciente a través de una entrevista en la cual se recabarán datos sobre,

situaciones desencadenantes, antecedentes previos de autoagresión o IS, adicciones, ideación suicida, pensamiento de muerte, conductas impulsivas, características de personalidad, situación emocional, modalidad de vinculación del paciente, grupo de pertenencia o de contención, presencia de patología orgánica y/o psiquiátrica previa, tratamientos realizados, historia familiar o de allegados con antecedentes de suicidios. (Protocolo de Atención Para Intentos de Suicidio, párr. 5, s.f.)

Para realizar la derivación a Casa del Joven se contactó a la asistente social de la Aldea para que, en conjunto con las autoridades correspondientes, se efectúe la internación de la paciente.

Cabe destacar que, aquí el artículo 48 del capítulo II ha sido respetado en esta ocasión, dado que la Ley Provincial de salud mental refiere en relación a las internaciones que estás

deben ser indicadas por periodos breves, justificadas por un diagnóstico interdisciplinario, con una motivación terapéutica y debe estar constatada, su petición, por la firma de al menos dos profesionales; lo interesante es que se permite que el o la Lic. en Psicología sea uno de ellos en conjunto con un médico, valorizando la disciplina y equivaliéndola con la medicina.

Dicha indicación y post internación se llevó a cabo de manera voluntaria.

Siguiendo esta línea de trabajo y teniendo en cuenta la realidad contemporánea desarrollada, es que se reflexiona acerca de la misma resultando indispensable el situarla en el escenario del pensar y del interrogar, debido a que no solo afecta de manera individual a los beneficiarios de salud mental, sino a toda la sociedad; la enfermedad o padecimiento mental es de por sí limitante para el individuo que la padece, pero así lo es también para sus vínculos y allegados. Así lo refiere una de las profesionales que integra el Comité Neuro Crónico cuando realiza aportes acerca de la modalidad de abordaje que el mismo lleva a cabo, tanto con los pacientes directos como con los indirectos, entiéndase estos últimos como familiares o allegados que también se ven afectados en su día a día a partir de la condición en la que se encuentran los pacientes directos. Precisamente refiere que:

hay que armarles un mundo afuera, quedan con una discapacidad severa motriz o cognitiva; es diferente una discapacidad adquirida que altera comportamientos que se venían dando a una discapacidad desde el nacimiento...deben acondicionar sus casas, se trabaja mucho en lograr que, en la medida posible, los familiares se conviertan en coterapeutas para su neurorrehabilitación. (Registro, Profesional N°3, 13/09/22)

Esto pone de relieve lo necesario que es el contar con redes de contención y seguimiento una vez fuera del hospital, y, particularmente desde el Comité, lo indispensable que resulta la articulación entre diferentes sectores del Estado que faciliten a los beneficiarios contar con la certificación correspondiente de discapacidad.

Si bien quien está a cargo de realizar los trámites administrativos correspondientes para la obtención del mismo son las Lic. en Trabajo Social, desde la SP, en conjunto con ellas, se lo considera como de gran importancia debido a que de este dependerá que el paciente pueda contar con un pronóstico favorable en lo que respecta a su rehabilitación. Tal como lo plantean González et al (2016) cuando refieren que el paciente, en lo que respecta al abordaje de salud mental, debe ser abordado de manera interdisciplinaria, trabajando en conjunto psicólogos, psiquiatras, médicos, enfermeros y trabajadores sociales para, de esta manera, cubrir las dimensiones orgánicas, subjetivas, y hospitalarias del paciente.

En general Servicio Social sabe de la existencia del paciente antes que nosotros, posiblemente los médicos ya le han dado aviso... de todas maneras trabajamos de manera interdisciplinaria con las trabajadoras sociales, por ejemplo, en los casos en que el paciente necesite una prótesis, servicios sociales tramita el material quirúrgico pedido por los médicos y a la vez nosotros intervenimos con el paciente porque en general está angustiado por la internación prolongada. Siempre trabajamos simultáneamente...Servicio Social primero porque pide la prótesis y entabla relación con la familia. Es bien simultáneo e interdisciplinar el trabajo, esa articulación se da en el pase de revista a la mañana. (Entrevista, Profesional N°4, 27/03/23)

La Ley 22.431 (Cap. 1, Art. 1) *Sistema De Protección Integral De Los Discapacitados*, hace referencia precisamente a esta articulación mencionada anteriormente a modo de sistema facilitador de la continuación de cotidianidad a quienes cuentan con algún tipo de discapacidad, ya sea congénita o adquirida; tal como lo hace el resto de la población.

Particularmente el caso seleccionado de paciente neuro crónico, MM junto a EE y familia, vivían en zona rural y no contaban con medios propios de movilidad, por lo que su accesibilidad a los centros de neurorrehabilitación, situados en la ciudad de Córdoba, se dificultaba. Es por ello, que resultó indispensable que al momento de indicar el alta, el paciente contara con un certificado de discapacidad debido a que, el mismo, le permitirá transportarse de manera gratuita desde su hogar hasta el centro de rehabilitación correspondiente, y tal como se plantea en Noticias Gobierno de Córdoba (01/08/2022), dependiendo de la gravedad del caso, junto con la indicación efectuada y la autorización por parte de La Junta Certificadora Nacional o Provincial, se podrán adherir a este beneficio hasta tres acompañantes.

Continuando con la Ley 22.431, está complementa lo anteriormente desarrollado,

Las empresas de transporte colectivo terrestre sometidas al contralor de autoridad nacional deberán transportar gratuitamente a las personas discapacitadas en el trayecto que medie entre el domicilio del discapacitado y el establecimiento educacional y/o de rehabilitación a los que deban concurrir. (Cap. IV, Art.20)

b.2 Recursos

Teniendo en cuenta los pilares fundamentales de la Ley 26.657 de salud mental, enfoque de derechos, descentralización-externalización y abordaje comunitario, es que surgen interrogantes acerca de cómo esta nueva realidad influye en la población.

Por un lado, se reflexiona acerca del escenario complejo que comprende el no contar con una institución en la cual puedan internarse sujetos que así lo requieran, tal es el caso de sujetos en situación de calle, con nula contención familiar y con patologías graves mentales que impiden que, de manera individual y autónoma, puedan reinsertarse en sociedad. Si no se

cuentan con dispositivos intermedios, distribuidos por los numerosos barrios que tiene la ciudad de Córdoba, estos sujetos se encuentran en un estado de abandono por parte del Estado.

En el hipotético caso de que un paciente de dichas características ingrese a la guardia del HMU por intoxicación con sustancias y brote psicótico, este recibiría, por un lado, la atención médica necesaria y, por otro, la atención psicológica y psiquiátrica correspondientes, con el fin de poder estabilizar al paciente, indicar el alta y la derivación oportuna; dicha derivación sería efectuada producto de una previa evaluación interdisciplinaria, la cual consistiría en riesgo alto para sí y con criterio de internación urgente. Esta internación, siguiendo los enunciados de la Ley 26.657, debería realizarse en hospitales polivalentes, generales, que cuenten con camas disponibles y personal especializado en el fenómeno; sin embargo, al año 2022, aún no se cuentan con esos espacios.

Propiamente internaciones de salud mental, en el HMU, no pueden realizarse; en primera instancia porque no responden al perfil de paciente y asistencia del hospital, y además porque la infraestructura tampoco sería la adecuada.

Por otro lado:

Hoy no hay operaciones, no hay anestesia ni camas dijo un cirujano en la revista de sala...a lo que la psicóloga comenta que físicamente si hay camas, sobran camas y habitaciones, pero simbólicamente personal de enfermería sacan los colchones de algunas y con eso se entiende que esa cama no puede usarse ¿Por qué no podría usarse? Porque cada 4 pacientes, según la OMS debería haber 1 enfermera a cargo y eso en este hospital no ocurre, entonces para que ocurra las enfermeras se defienden de esa manera. (Registro, Profesional N°1, 17/05/22)

Lo anteriormente mencionado permite reflexionar acerca de la relevancia que se le otorga a la salud, sin importar si se trata de salud física o mental, por parte del Estado.

Si bien en la actualidad, en lo que respecta al ámbito sanitario este se encuentra en una transición paulatina de paradigmas hacia uno más complejo, el médico hegemónico continúa protagonizando gran parte de este, ya que se encuentra en las bases y fundamentos del pensamiento y accionar médico; aun así, este se ve, de igual manera, afectado por el presupuesto destinado a salud quedando de esta manera la salud mental en un escenario complejo.

Tal como lo menciona Iván Ase (2021) cuando hace referencia al presupuesto destinado en la Provincia de Córdoba a salud mental, poniendo de relieve cómo los recortes presupuestarios conllevan a escasez de profesionales en la red asistencial y, por, sobre todo, de establecimientos donde alojar de manera transitoria a quienes fueron externados de

manicomios, impidiendo que los derechos a los que la Ley aboga puedan ser respetados y queden en un ideal abstracto.

En este sentido, se requiere de inversión en infraestructuras y capacitaciones del personal de salud, para que las profundas transformaciones planteadas desde lo jurídico puedan ser debidamente implementadas. Propiamente en el caso del HMU, este no comprende un hospital polivalente, ya que, según sus profesionales es un *“hospital monovalente de tercer nivel centrado en emergencias y urgencias médico quirúrgicas”, “hospital monovalente de trauma médico quirúrgica, no es un hospital cualquiera”* (Entrevista, Profesional N°3, 27/03/23), quienes a su vez reafirman que *“no es polivalente porque acá hay urgencias, emergentología, traumatología y cirugía.”* (Entrevista, Profesional N°4, 27/03/23); se puede entender que el mismo comprende un hospital en el que dichas capacitaciones no se realizan por el motivo de que:

Capacitaciones sobre suicidio no nos ofrecen...nosotros nos auto gestionamos concursos que encontramos y lo pasamos entre nosotras, pero el hospital nada porque no es un hospital que trabaje básicamente la salud mental, entran los intoxicados porque es un centro de toxicología, pero no es prioridad la salud mental. (Entrevista, Profesional N°4, 27/03/23)

O sea no es prioridad la capacitación...salvo para los residentes de medicina...no es un hospital escuela como podría ser el hospital de clínicas, que todas las cátedras tienen la asistencial y la docencia...aquí es todo asistencial ...tenés la residencia que es como la parte de formación, pero médica y el resto autogestión...yo puedo conseguirme una capacitación, presentar los papeles y el hospital va a considerar esa capacitación, me va a dar el tiempo para hacerla, pero el hospital no me va a mandar una invitación para que yo participé en un congreso de suicidio. (Entrevista, Profesional N°3, 27/03/23)

Sin embargo, una de ellas, hace alusión a las capacitaciones que tienen las demás disciplinas asistenciales en el HMU con respecto a los ingresos por intentos autolíticos haciendo referencia a que estas comprenden:

Incluso las capacitaciones que hacen los chicos de clínica o medicina o cirugía es una clase, es un ateneo, donde se da el flujograma de cómo tratar al paciente suicida, que sí o sí se tiene que ir acompañado, que no se le puede dar el alta hasta que no se avise a salud mental, cuáles son las pautas a tener en cuenta y valorar en ese momento. Y listo. Esa capacitación es de nosotros para los médicos y residentes. (Entrevista, Profesional N°3, 27/03/23)

Lo que da lugar a reflexionar, ya que, si bien no es una institución donde internar pacientes de salud mental por los motivos anteriormente mencionados y remarcando nuevamente que:

Desde este hospital no somos un hospital que esté incluido en la implementación de la ley de salud mental porque somos un hospital monovalente de trauma, porque lo que plantea la ley de salud mental es que todos los hospitales polivalentes tienen que tener equipo tratante de salud mental activo, camas disponibles para salud mental, disposición de qué los pacientes pueden realizar tratamiento dentro del hospital. (Entrevista, Profesional N°4, 27/03/23)

Las capacitaciones quizá servirían a modo de complemento y herramienta para el momento de abordar un paciente de salud mental. Así lo refiere una de las profesionales:

Este servicio de salud mental nació con los intentos de suicidio, con la urgencia en salud mental y ahora estamos tratando de qué el equipo médico también se anime a preguntar, a intervenir y a pedir interconsultas en los casos que se presenten pacientes con violencia de género, porque muchas veces el paciente dice ¡hay que torpe que soy, como me voy a golpear así!, y es un paciente que está en riesgo. (Entrevista, Profesional N°3, 27/03/23)

9. CONSIDERACIONES FINALES

La importancia de este trabajo radica en su capacidad para ir más allá de las intervenciones individuales y las situaciones puntuales, y en su lugar, apostar por un entendimiento integral de la asistencia brindada en el Hospital Municipal de Urgencias por el equipo de salud mental en este contexto clínico-hospitalario.

A lo largo del escrito se busca resaltar la relevancia de la salud mental como parte esencial de la atención hospitalaria, destacando la importancia de abordar no sólo los aspectos físicos de la salud, sino también los aspectos emocionales, psicológicos y sociales de los pacientes. Para lograr resaltar dicha relevancia de la salud mental en este contexto, se propuso un objetivo general y tres específicos con la finalidad de llevar a cabo un análisis segmentado y detallado de la asistencia de la Sección de Salud Mental, en contexto de urgencia, a pacientes involucrados en situaciones disruptivas en un hospital público monovalente de la Ciudad de Córdoba; teniendo en cuenta el marco teórico propuesto en el capítulo de perspectiva teórica.

Si bien ya se contaba con un bagaje de datos e información registrada durante el período de prácticas, al transitar el proceso de análisis de objetivos, la exploración en profundidad y reflexión de lo registrado permitió destacar determinados hallazgos considerados significativos; entiéndase a estos como la complejidad propia e inherente de la asistencia psicológica en contexto de urgencia, la importancia del trabajo inter y transdisciplinario y la relevancia de contar con una red de salud integral que contenga a la totalidad de beneficiarios de salud mental.

Estos hallazgos se ven demostrados precisamente en el análisis de los tres objetivos específicos, los cuales ahondan temáticas intrínsecas; ya que en primer término se reconocen las situaciones disruptivas vivenciadas por los pacientes asistidos en el Hospital Municipal de Urgencias, en segundo término, se describen las intervenciones psicológicas clínicas implementadas con estos pacientes y, finalmente, en tercer término, se indagan los retos a los cuales la Sección de Salud Mental se enfrenta cotidianamente en su quehacer.

Siguiendo lo planteado anteriormente, en el análisis del primer objetivo específico, se reconoce y comprende el carácter disruptivo que rodea a las situaciones vivenciadas por, precisa y selectivamente, seis (6) pacientes asistidos por la Sección de Salud Mental en el Hospital Municipal de Urgencias. Asimismo, se profundiza en la naturaleza específica de estas situaciones, todas provenientes del mundo externo, comprendiendo fallecimientos de allegados significativos, afecciones orgánicas, accidentes domésticos, internaciones prolongadas, episodios de violencia interpersonal e intentos de suicidio. En el análisis de estas situaciones

disruptivas, se explora cómo su complejidad y carácter desafiante puede llegar a afectar significativamente la salud mental de los pacientes involucrados. De esta manera, mediante el estudio detallado de estos casos y los correspondientes testimonios, se logra reconocer y resaltar cómo la interacción o enfrentamiento con circunstancias disruptivas puede influir en el psiquismo de los pacientes, contribuyendo a una comprensión más profunda de la relación existente entre la experiencia vivida y el bienestar emocional.

De esta manera, una vez presentadas las situaciones disruptivas de los pacientes seleccionados, se plantea un aspecto fundamental de este trabajo que comprende la descripción y el análisis en detalle de las estrategias de intervención clínica implementadas por las psicólogas de la Sección de Salud Mental en respuesta a la demanda presentada por estos pacientes. Precisamente este análisis corresponde al segundo objetivo específico y, como respuesta al mismo, se examina minuciosamente cómo diferentes estrategias son diseñadas y adaptadas para abordar las necesidades específicas de cada paciente, demostrando cómo las psicólogas asisten teniendo en cuenta la premisa de considerar a cada caso de manera individual y particular.

En concordancia con ello, se destacan las modalidades de intervención propias de dicho contexto, las cuales se distinguen de manera significativa de las efectuadas en la atención psicológica convencional; entendiendo a esta última como la que se brinda en consultorios privados, consultorios externos, o centros de psicología, en los que las variables que influyen en el Hospital Municipal de Urgencias no se encuentran. De esta manera, se distingue como la labor de las psicólogas, en relación a sus modalidades de intervención en este hospital, se caracterizan por la escucha y participación activa, actitud esperanzadora, acompañamiento, acercamiento y vinculación con familiares o allegados de los pacientes, contención, sostén, empatía, contacto y acercamiento humano, entre tantas otras; demostrando que no es posible intervenir siguiendo protocolos o manuales al pie de la letra. Esto no es posible en ningún caso dentro de la psicología, pero menos aun dentro de este contexto, en el que la flexibilidad y la adaptación a las circunstancias que aleatoriamente se presentan es lo que hace a la asistencia.

Asimismo, se analiza como estas estrategias de intervención clínica mencionadas comprenden las herramientas e instrumentos esenciales que las psicólogas utilizan, por medio de las cuales establecen vínculos sólidos con los pacientes, facilitando la comunicación y permitiendo una comprensión aún más profunda de las experiencias y necesidades de cada uno de ellos.

De esta manera, se destaca cómo la labor de las psicólogas, en este contexto de urgencia, contribuye a mitigar los efectos psíquicos de las situaciones disruptivas vivenciadas por los pacientes, promoviendo la estabilidad emocional y el bienestar general.

Siguiendo esta línea de trabajo, se resalta, en relación al análisis del tercer objetivo específico, que se abordan otros aspectos relevantes, los cuales comprenden la indagación exhaustiva de los retos y desafíos que enfrenta la Sección de Salud Mental al brindar asistencia en este hospital. Para tal propósito, se exploran diversos factores que influyen en la prestación de servicios de salud mental en este entorno hospitalario marcado principalmente, por una alta demanda y urgencia.

Dentro de los factores identificados, se encuentran la importancia y necesidad de una coordinación interdisciplinaria efectiva, la optimización de recursos limitados y la adaptación a las necesidades específicas y particulares de cada uno de los pacientes. Siguiendo esta línea de trabajo, se remarca cómo la superación de estos retos y desafíos, resulta esencial para garantizar una atención efectiva y de calidad en contexto de urgencia, fortaleciendo la capacidad de la Sección de Salud Mental para brindar un apoyo integral y significativo a quienes lo requieren.

Pese a estar insertos en un contexto, durante el año 2022, en el cual la salud mental se encontraba a nivel nacional, provincial y municipal en crisis atravesando un momento de transición caracterizado por circunstancias difíciles y desafiantes, y, a pesar de cuestiones lógicas propias de la dinámica de la institución, se destaca como la superación de retos y desafíos se realiza continuamente por el equipo de salud mental; Sección que continúa día a día creciendo, fortaleciéndose y haciéndose un lugar dentro del Hospital Municipal de Urgencias.

Primordialmente se logra reconocer el cumplimiento del objetivo general del trabajo, el cual abarca el analizar la asistencia de la Sección de Salud Mental, en contexto de urgencia, a pacientes involucrados en situaciones disruptivas en un hospital público monovalente de la Ciudad de Córdoba. Es así que, a lo largo del trabajo se consigue visibilizar la complejidad de estas situaciones vivenciadas por los seis (6) pacientes como disruptivas, como también se logran describir las estrategias de intervención clínica aplicadas y finalmente se analizan los desafíos inherentes a esta labor. En resumidos términos, esta sistematización contribuye al entendimiento de la asistencia psicológica en contextos críticos, resaltando lo indispensable que resulta el enfoque inter y transdisciplinario, la adaptabilidad y el compromiso continuo con el bienestar emocional de los pacientes.

Siguiendo lo trabajado, es que surge el interrogante ¿Puede este mayor entendimiento y visión profunda de la labor del equipo de salud mental, dentro de este hospital, fomentar una mayor sensibilidad sobre su importancia?; ya que, a medida que se desarrolla el escrito, a través de cada capítulo y análisis llevado a cabo, se intenta demostrar la trascendencia fundamental del servicio de salud mental dentro de este hospital. Tanto las interconsultas como las derivaciones, ya sean dentro del equipo de salud mental como las realizadas por parte de otras áreas del hospital, son distinguidas como elementos fundamentales y cimientos esenciales que garantizan una asistencia hospitalaria efectiva. Asimismo, la comunicación fluida y colaboración inter y transdisciplinaria reflejada en el análisis, demuestra una integración del equipo de salud mental en el hospital, considerada como puente fundamental a través del cual se posibilita un abordaje complejo de la salud del paciente.

A través del análisis del objetivo general, en el transcurso del trabajo, se permite comprender como dicha labor se lleva a cabo con una responsabilidad significativa y al mismo tiempo altamente gratificante. Se pone de relieve cómo la asistencia psicológica posibilita al individuo iniciar un proceso de construcción de un tejido psíquico que mitigue y amortigüe el impacto de las situaciones disruptivas que enfrenta. Para lograrlo, las psicólogas establecen un vínculo terapéutico con el paciente, marcado por una genuina empatía y calidez humana, asumiendo un rol fundamental al brindar apoyo emocional, comprensión y sostén. A su vez, se destaca un factor central para la comprensión de este proceso de asistencia, que se visibiliza a lo largo del análisis de los objetivos, y es la influencia del paradigma de la complejidad en el mismo; el hecho de que al asistir no solo se aborden conflictos propios de la dimensión psíquica, sino que también al momento de estar frente a un paciente, son considerados los dolores y molestias a nivel físico, demuestra como dicho proceso de asistencia es pensado desde lo complejo. Es así que, el acompañamiento psicológico y psiquiátrico es considerado como pilar esencial que proporciona sostén emocional y herramientas para enfrentar la complejidad de las situaciones vivenciadas, promoviendo un abordaje de la complejidad de cada caso de manera integral, contribuyendo de manera significativa al bienestar y proceso de recuperación de cada uno de ellos.

De esta manera, el análisis del eje de sistematización se inclina hacia el valor de cada avance y mejora lograda en la vida de los pacientes asistidos; aun cuando los desafíos parecen abrumadores e imposibilitantes de asistencia, nunca se deja de perseverar el propósito de proporcionar una atención adecuada y empática a quienes más lo necesitan. Se destaca la vocación del equipo en su totalidad, tanto psicólogas como psiquiatras, quienes aun a sabiendas

de que sus intervenciones tienden a ser acotadas, continúan apostando a ellas, considerando que su llegada es fundamental para la vida de los pacientes asistidos. Tanto la resiliencia, junto a la capacidad de adaptación, la actualización constante y la ética en el uso de nuevas herramientas y enfoques integrados, son considerados como capacidades fundamentales que indiscutidamente poseen los profesionales que integran el equipo, reflejando el compromiso y la dedicación con los que abordan su labor diaria.

De igual manera se destaca la apertura desde la Sección a una estudiante en formación, ya que gracias a ello pude adentrarme en un campo de estudio que trascendió lo meramente teórico y que habilitó y posibilitó mi crecimiento personal y profesional; destacando a la autoevaluación y la disposición para aprender de cada experiencia como elementos cruciales para mejorar mis habilidades y enfoques de intervención, así como la aprehensión y generación de nuevos conocimientos y aptitudes producto del trabajo en equipo. De esta manera, destaco lo indispensable e importante que resulta la instancia de prácticas en la formación de Psicología, por ello agradezco a la institución y a los profesionales que me abrieron sus puertas y compartieron parte de su sabiduría conmigo. La apertura a un acompañamiento diario, a registros de intervenciones que en ocasiones se efectuaron de manera textual, a diálogos, a opiniones, a la realización de múltiples entrevistas y a mi aportar desde el rol de pasante-estudiante en formación, fueron elementos centrales para la realización de este trabajo.

Finalmente, este acercamiento que se tuvo durante el período de prácticas me inspira a volcar mi más sincero deseo y anhelo de que estas reflexiones inspiren a tantos otros a seguir avanzando en la búsqueda de una atención integral y comprometida con la salud mental de todos los pacientes, tal como se realiza desde el equipo del Hospital Municipal de Urgencias.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Referencias

- Álvarez-Anderson, G. (2021). La urgencia en psiquiatría. Leandro Daniel Dionisio-...[et al.]. *Psiquiatría para médicos: nociones clínicas, diagnósticas y terapéuticas* (pp. 361-372). Editorial Tinta Libre.
- Ameigeiras, A.R. (2006). El abordaje etnográfico en la investigación social. Vasilachis de Gialdino Irene. *Estrategias de investigación cualitativa* (pp.107-151). Editorial Gedisa, S.A.
- Arredondo, A. (1992). Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud Enfermedad. *Cad. Saude Publ*, 8(3), pp.254-261. <http://www.scielo.br/j/csp/a/8bsQRMHDrQqWspcjLfhB8Qh/?format=pdf&lang=es>.
- Arzeno-García, M. E. (1997). La psicoterapia psicoanalítica breve o focalizada. *Revista cubana de psicología*, 14 (1), 121-126. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v14n1/20.pdf>.
- Asociación Psiquiatras Argentinos. (2019). *Ley de salud mental, desmanicomialización y salud pública*. <https://www.apsa.org.ar/docs/leysm052019.pdf>.
- Baranger, W. & otros. (1994). *La situación psicoanalítica como producto artesanal*. Editorial Kargieman.
- Barrado, E. (s.f.). *¿Qué es la psicoterapia breve?* Psicología en Zaragoza. <https://procesoycambio.es/la-psicoterapia-breve/>.
- Belmartino, S. (1987). *Modelo médico hegemónico*. [ponencia]. Primeras jornadas de Atención Primaria de la Salud, pp. 197-211. <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a13.pdf>.
- Benyakar, M. (2005). *“Lo Disruptivo” el impacto del entorno en el psiquismo tomo I*. [Tesis doctoral en psicología, Universidad del Salvador. Buenos Aires] Archivo digital. https://racimo.usal.edu.ar/3595/1/P%C3%A1ginas_desdeTomo_I.pdf
- Berenstein, I. y Puget, J. (1997). *En busca de nuevas hipótesis psicoanalíticas en Lo Vincular*. Editorial Paidós.
- Bleger, J. (1964). *La entrevista psicológica*. Editorial Departamento de Psicología, Universidad de Bs.As., Facultad de Filosofía y Letras.
- Bleichmar, S. (2008). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Editorial Amorrortu.

- Bragado-Álvarez, C. (1992). Metodología E Investigación En La Práctica Del Psicólogo Clínico. *Papeles del psicólogo*, 53. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=538>.
- Buendía, J. (1991). *Aproximación al desarrollo histórico y conceptual de la psicología clínica*. Editorial Pirámide.
- Carceller-Maicas, N. (2017). Transdisciplinariedad y salud: compartir conocimientos para enriquecer el saber. Comelles, J. M. y Perdiguero, G. E (Eds.). *Educación, comunicación y salud, perspectivas desde las ciencias humanas y sociales* (245-262). Publicaciones URV. DOI:10.17345/9788484245810
- Cerdán-Micó, I. (2018). ¿Diagnóstico psicológico? ¿Sí o no? <https://psicologiaymente.com/clinica/diagnostico-psicologico-si-o-no>.
- Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República. (1998). *Secreto profesional*, 2.5. <https://www.psicomundo.com/argentina/leyes/etica-fepra.htm>.
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires – Código de Ética Provincial. (2022). *Responsabilidad en la práctica profesional*. Art. 13. (s.f.) http://colpsiba.com.ar/wp-content/uploads/2021/03/Codigo-Etica-aprobado-Res_1670_20.pdf.
- Colegio de psicólogos de la provincia de córdoba. (2016). *Código de ética*. http://www.legisalud.gov.ar/pdf/cba_psico.pdf.
- Comité Consultivo del CPPCR. (2018). *La Psicología es una ciencia mixta o ciencia bisagra*. Colegio de profesionales en psicología de Costa Rica. <https://psicologiacr.com/>.
- Coronel, M. (2015). Interconsulta. Guillermo Belaga. *La práctica del psicoanálisis en el hospital* (pp.77-197). Editorial Grama.
- Cortada de Kohan, N. (2001). *Constructos psicológicos y variables*. Carrera de Psicología de la USAL.
- Cosacov, E. (2005). *Introducción a la psicología*. (5ed.). Editorial Brujas.
- Díaz, A. D.; Haz, M. A y Raglianti, M. (2002). Un desafío vigente para el psicólogo clínico: El entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial. *Terapia Psicológica*, 20(37), pp. 23-28.

- Dionisio, L. (2021). La violencia como problema de salud pública. Leandro Daniel Dionisio...[et al.]. *Psiquiatría para médicos: nociones clínicas, diagnósticas y terapéuticas*. (pp.236-248). Editorial Tinta Libre.
- Duer, R. E. y Guitelman, R. (2012). *De eso no se habla: la resistencia de analista*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-072/771.pdf>.
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (FEPA). (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24 (85), pp. 1-10.
- Fernández, A. M. (2017). *Jóvenes de vidas grises, psicoanálisis y biopolíticas*. Editorial Biblos.
- Fernández-Márquez, L. M. (2010). *Modelo de intervención en crisis: en busca de la resiliencia personal*. Editorial Grupo Luria.
- Fernández-Valderrama, L. y Lozano-Treviño, R. L. (2012). *Psicólogos y psicoanalistas en hospitales: formación, experiencia y reflexiones*. Editorial El Manual Moderno.
- Ferrari, H.; Luchina; I. y Luchina, N. (1985). *La interconsulta médico psicológica en el marco hospitalario*. Editorial Nueva Visión.
- Fiorini, H. J. (2015). *Conferencias*. Editorial Del Boulevard.
- Fiorini, H. J. (1990). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Editorial Nueva Visión SAIC.
- Flichtentrei, D. (2005). *Secuelas del stress*. IntraMed. <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=34747>
- Freud, S. (1916-17). *Obras completas*. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1981). *Obras completas de Sigmund Freud*. Editorial Biblioteca Nueva.
- Gagliesi, P.; Lardani, A. y del Carmen-Salgueiro, M. (2005). Selección Sistemática de Tratamiento, un modelo de psicoterapia basada en la evidencia. Antecedentes y desarrollo de un programa de validación en la Argentina. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 16, pp. 251-259.

- Galende-Alonso, E. (2006). *Consideración de la subjetividad en Salud Mental*. [conferencia] Congreso Catalán de Salud Mental. <https://fccsm.net/wp-content/uploads/2016/10/consideraci%C3%B3nsubjetividadsm.-egalende.pdf>.
- Gamnise, S. (2009). *La Interconsulta. Una Práctica del Malestar*. Ed. Seminario. https://www.srmcursos.com/archivos/arch_57c436a9d80e0.pdf.
- Geller, B. (2022). *Fortalecer el trabajo interdisciplinario e intersectorial es clave para profundizar las transformaciones en el campo de la salud mental*. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.
- González, G.; Moscoso-Nebel, S. y Lago, F. (2016). ¿cómo afecta la ley de salud mental 26.657 a los diferentes actores del sistema de salud argentino? *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, 26(2), pp. 57-63. <https://www.ambb.org.ar/ojs/index.php/RCAMBB/article/view/16>.
- Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Editorial Norma.
- Guerrero-Ramírez, W. E. (2023). La Transdisciplina, una realidad compleja generadora de nuevas formas de pensar. *Interconectando Saberes*, (15), pp.141-150. <https://doi.org/10.25009/is.v0i15.2747>.
- Henao, S.; Quintero, S.; Echeverri, J.; Hernández, J.; Rivera, E. y López, S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34 (2), pp. 184-192. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n2/v34n2a07.pdf>.
- Hernández, J. L.; Ocampo, J.; Ríos, S. D. y Calderón, C. (2017). El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Rev. salud pública* 19 (3).
- Hernández-León, Y. (2020). *Trastorno de Estrés Postraumático*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de La Laguna], Archivo digital. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/19751/Trastorno%20de%20Estres%20Postraumatico%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Hospital Municipal de Urgencias. (s.f.) *Protocolo de Atención Para Intentos de Suicidio*. Servicio de Salud Mental.

- Jara-Holliday, O. (2018). *La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos políticos*. Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano - CINDE.
- Jiménez-Betancourt, R. y García-Valdez R. (2021). Acting-out y pasaje al acto. Hacia una ética del acto suicida. *Revista Affectio Societatis*, 18(34), pp. 1-25.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/affectiosocietatis/article/view/341784/20805621>
- Kaës, R. (2010). *Un singular plural*. Editorial Amorrortu.
- Kerman, B. S. (2008). *Clínica psicológica: diagnóstico y estrategia para el cambio*. Editorial UFLO. <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-de-flores/psicologia-de-la-salud/clinica-psicologica-kerman-diagnostico-y-estrategia-para-el-cambio/40805684>.
- Laplanche, J.; Pontalis y Bertrand, J.P. (1981). *Diccionario de psicoanálisis*. (3ra ed.) Editorial Labor S.A.
- Latorre-Rojas, E. J. (2009). Trastorno de estrés postraumático en menores desplazados por conflictos armados en Colombia: una revisión desde la perspectiva del modelo cognitivo conductual. *Revista Científica General José María Córdova*, 5 (7), pp. 88-98.
<https://www.redalyc.org/pdf/4762/476248849013.pdf>.
- Leahey, T (2005). *Historia de la psicología* (6ta ed.). Prentice Hall.
- Ley 22.431. *Sistema de protección integral de los discapacitados*. Artículo 1. (16 de marzo de 1981).
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-22431-20620/actualizacion>
- Ley 22.431. *Sistema de protección integral de los discapacitados*. Artículo 20. (16 de marzo de 1981).
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-22431-20620/actualizacion>
- Ley 26.529. *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. Artículo 2. (21 de octubre de 2009).
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
- Ley 26.657. *Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Artículo 3. (3 de diciembre de 2010).
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

- Ley 26.657. *Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Artículo 27. (3 de diciembre de 2010). <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley 26.657. *Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Artículo 30. (diciembre 3 de 2010). <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley 26.657. *Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Artículo 13. (3 de diciembre de 2010). <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley 26.934. *Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos*. Artículo 2. (28 de mayo de 2014). <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/230505/norma.htm>
- Ley 9848. *Régimen de la protección de la salud mental en la Provincia de Córdoba*. Artículo 28. (20 de octubre de 2010). https://www.justiciacordoba.gob.ar/Estatico/justiciaCordoba/files/TSJ/intervenciones_voluntarias/1%20Ley%209848%20de%20Salud%20Mental%20Provincial.pdf
- Ley 9848. *Régimen de la protección de la salud mental en la Provincia de Córdoba*. Artículo 21. (20 de octubre de 2010). https://www.justiciacordoba.gob.ar/Estatico/justiciaCordoba/files/TSJ/intervenciones_voluntarias/1%20Ley%209848%20de%20Salud%20Mental%20Provincial.pdf
- Ley 9848. *Régimen de la protección de la salud mental en la Provincia de Córdoba*. Artículo 46. (20 de octubre de 2010). https://www.justiciacordoba.gob.ar/Estatico/justiciaCordoba/files/TSJ/intervenciones_voluntarias/1%20Ley%209848%20de%20Salud%20Mental%20Provincial.pdf
- Libreros-Piñeros, L. (2012). El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), pp. 622-628. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400013
- López-Bados, A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

- López-Rosetti, D. (2020). *Estrés, sufrimiento y felicidad*. (2da ed.). Editorial Planeta S.A.I.C.
- Los pases para personas con discapacidad y enfermedades crónicas ahora se tramitan digitalmente*. (2022). *Noticias Gobierno de Córdoba*.
<https://prensa.cba.gov.ar/informacion-general/los-pases-para-personas-con-discapacidad-y-enfermedades-cronicas-ahora-se-tramitan-digitalmente/>
- Lucero, M. (2021). *Salud mental: advierten una desinversión en la provincia*. Hoy día Córdoba.
<https://hoydia.com.ar/sociedad/salud-mental-advierten-una-desinversion-en-la-provincia/>
- Manes, F. (2015). *Usar el cerebro*. (21ª ed.). Editorial Planeta.
- Martínez-Farrero, P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(97), pp.53-69.
<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v26n1/v26n1a04.pdf>.
- Menéndez, E. L. (1988). *Modelo medico hegemónico y atención primaria*. [ponencia]. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, Argentina.
https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf.
- Miari, A. S. y Fazio, V. P. (2017). *Perspectivas y abordajes de la demanda de urgencias en salud mental: psicoanálisis y psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Miguélez-Martínez, M. (2007). *Conceptualización de la transdisciplinariedad*. Editorial Centro de Investigación Sociedad y Políticas Públicas (CISPO).
- Ministerio de Salud de la Nación. (2013) Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental. Recuperado de
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000294cnt-2013-10_lineamientos-atencion-urgencia-salud-mental.pdf.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2013). Lineamientos para la atención de la urgencia den salud mental. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental_0.pdf.

- Moise, M. J. (2021). *El camino integrativo: psicoterapia integrativa consiliente. Un viaje para ir reconectando cuerpo-mene-espíritu y ecosistema*. Editorial Liliun.
- Morin, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Editorial Edisa.
- Najmanovich, D. (2007). El desafío de la complejidad: Redes, cartografías dinámicas y mundos implicados. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 12(38), pp.71-82.
<https://www.redalyc.org/pdf/279/27903806.pdf>
- Ochoa De La Maza, M.; López Bertella, C., Varela-Rozados, M., Moreno, V., Soliani, A., Lubo, F., Morales, C y Girano, M. (2018). *Clínica de la urgencia subjetiva*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- OMS. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43431/9275324220_spa.pdf.
- Perres, J. (1997). Intervención en crisis y psicoanálisis. *Acheronta revista de psicoanálisis y cultura*, 1 (6). <https://www.acheronta.org/acheronta6/interv-crisis.html>
- Psiquiatria.com. (s.f.). *Remisión de la dependencia a una sustancia*.
<https://psiquiatria.com/glosario/remision-de-la-dependencia-a-una-sustancia>.
- Ramirez-Rocha, L. M. (2005). *Intervención En Crisis, una Aproximación Teórica*. Universidad de La Sabana.
- Ramos, E.; Taborda, A y Maderia, C. (2016). *Lo disruptivo y lo traumático, Vicisitudes de un Abordaje Clínico, Dr. Moty Benyakar* - Editorial Universitaria- Universidad Nacional de San Luis.
- Real Academia Española. (2022). Derivar. *En Diccionario de la lengua española*. (23.^a ed.). Consultado el 29 de octubre de 2022. <https://dle.rae.es/derivar>.
- Real Academia Española. (2022). Disruptivo. *En Diccionario de la lengua española*. (23.^a ed.). Consultado el 13 de octubre de 2022. <https://dle.rae.es/disruptivo>.
- Real Academia Española. (2022). Integrar. *En Diccionario de la lengua española*. (23.^a ed.). Consultado el 19 de marzo de 2023. <https://dle.rae.es/integrar>.

- Real Academia Española. (2022). Reto. *En Diccionario de la lengua española*. (23.^a ed.). Consultado el 20 de marzo de 2023. <https://dle.rae.es/reto>.
- Real Academia Española. (2022). Urgencia. *En Diccionario de la lengua española*. (23.^a ed.). Consultado el 13 de octubre de 2022. <https://dle.rae.es/urgencia>.
- Redacción La Tinta. (2022). *Un nuevo jaque cordobesista a la salud mental con el cierre del IPAD*. La Tinta. <https://latinta.com.ar/2022/07/salud-mental-cierre-ipad/>
- Rodríguez, L.; Tustanoski, G.; Mazzia, V. y Moavro, L. (2018). La elaboración psíquica en la clínica de la urgencia. *Revista Universitaria De Psicoanálisis*, (18), pp.51-59. <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/rodriguez.pdf>.
- Rossi, A. (2017). Particularidades de la intervención en crisis como estrategia de intervención comunitaria en desastres y catástrofes. *Intervenciones Psicosociales en Emergencias y Desastres. Construcciones desde la experiencia*. Costa, M. (1ra ed.). Editorial Brujas.
- Salazar-Coromoto, I. (2004). El paradigma de la complejidad en la investigación social. *Educere*, 8 (24), pp. 22-25. <https://www.redalyc.org/pdf/356/35602404.pdf>.
- Solé, A. G. (2015). *Síndrome de abstinencia*. Top Doctors España. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/sindrome-de-abstinencia#>.
- Sosa-Torralla, J., Blum-Grynberg, B., Stern-Forgach, C., & Zarco-Torres, J. (2020). *Psicoterapia breve focalizada psicoanalíticamente orientada. Una modalidad de intervención para jóvenes universitarios: "ESPORA Psicológica"*. *Interacciones Revista de Avances en Psicología*, 6(2), 6-7. <https://doi.org/10.24016/2020.v6n2.122>
- Sotelo, M.I y Belaga, G. (2008). *Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia. Investigación en el Hospital Central de San Isidro*. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur.
- Sotelo, M.I. (2022). Dispositivos para el tratamiento de las urgencias subjetivas. *Intersecciones Psi*. (44). http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=708.
- Sotelo, M.I., Rojas, M.A. y Santimaria, L. (2013). *Conclusiones sobre la consulta de urgencia en salud mental en 4 hospitales generales del Mercosur*. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación

Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.

Stolkiner, A. (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Revista Campo Psi*.

Suicidio. (2021). Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide>

Tamayo y Tamayo, M. (2011). *La interdisciplinariedad*. Universidad Icesi. https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/5342/1/interdisciplinariedad.pdf

Torres, A. (2016). *La transferencia y la contratransferencia en el Psicoanálisis*. Psicología y Mente. <https://psicologiymente.com/psicologia/transferencia-contratransferencia-psicoanalisis>.

Torrez-Ortiz, E. A. (2012). La interdisciplinariedad en las investigaciones educativas. *Revista Didasc@lia*, 3(1), pp.1-12.

Trimboli, A. (2021). *El fin del manicomio: construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos*. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.

Tutté, J. C. (2006). El concepto de trauma psíquico: un puente en la interdisciplina. *Revista Internacional de Psicoanálisis*, 23. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000382>.

Vallejo-Samudio, A., R., y Zapata-Terranova L., M. (2009). Estrés Postraumático y Psicoterapia en Grupo en Militares. *Terapia Psicológica*, 27 (1), pp.103-112. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100010.

Vega, M. (2008). *El concepto de transferencia Freudiano*. Psicoanálisis: ayer y hoy, (5). https://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/numero5/reseniael_concepto_de_transferencia_freudiano5.htm

Yalom, I. (2002). *El don de la terapia*. Editorial Emencé.

Zukerfeld, R. (1999). Psicoanálisis actual: tercera tópica, vulnerabilidad y contexto social. *Revista Internacional de Psicoanálisis, Aperturas Psicoanalíticas*, 2. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=90>.