

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

*Concepciones de Salud y Enfermedad de los
profesionales que integran el Equipo de Salud Mental
del Hospital Dr. José María Cullen.*

Autora: Sabrina Cavadini

Dirección: Adriana Beade

Paraná, 15 de noviembre de 2022



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

RIDA Repositorio Institucional
Digital Abierto



FHAyCS
Facultad de Humanidades,
Artes y Ciencias Sociales



Universidad Autónoma de Entre Ríos

Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

“Concepciones de Salud y Enfermedad de los profesionales que integran el Equipo de Salud Mental del Hospital Dr. José María Cullen”.

Autora: Cavadini Sabrina

DNI: 37.571.188

E-mail: sabricavadini@gmail.com

Directora: Beade Adriana.

Paraná, Entre Ríos

Noviembre de 2022

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por darme la posibilidad de estudiar, acompañándome en todo momento.

A mis amigas de toda la vida, por sus palabras de aliento.

A mis amigas y amigos de la facultad, que hicieron del cursado de la carrera, una experiencia hermosa.

A Mariano, por su amor y compañía desde hace tantos años.

A mi directora Adriana, por su dedicación y generosidad.

Al Hospital Dr. José María Cullen, y sus profesionales psicólogos y psiquiatras, por abrirme las puertas con gran predisposición.

A la Universidad Pública, por formarme en este camino que hoy empiezo a recorrer como profesional.

ÍNDICE

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	1
1.2 PLANTEO DE LA PREGUNTA - PROBLEMA.....	3
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.3.1 Objetivo General	4
1.3.2 Objetivos Específicos	4
1.4 SUPUESTOS O HIPÓTESIS	4
1.5 ANTECEDENTES O ESTADO DE DEBATE.....	5
CAPÍTULO II. ENCUADRE TEÓRICO	9
2.1 CONSIDERACIONES ACERCA DEL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD	9
2.2 CAMPO DE LA SALUD MENTAL.....	10
2.2.1 Salud Mental en Argentina.....	12
2.2.1.1 Ley Nacional de Salud Mental	18
2.2.2 Políticas actuales en Salud Mental	21
2.2.3 Sistema de Salud en la Provincia de Santa Fe.....	23
2.2.4 Salud Mental en la Provincia de Santa Fe.....	25
2.2.4.1 Lineamientos de la Dirección Provincial de Salud Mental	26
2.2.4.2 Hospital Dr. José María Cullen	26
2.3 INTERDISCIPLINA.....	27
CAPÍTULO III. ENCUADRE METODOLÓGICO	31
3.1 ELECCIÓN DE LA MODALIDAD	31
3.2 TIPO DE DISEÑO	31
3.3 SELECCIÓN DEL CONTEXTO.....	32
3.3.1 Unidad de estudio.....	32
3.3.2 Unidad de análisis	33
3.3.3 Tipo de muestra.....	33
3.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN	33
3.5 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	34
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	36
4.1 CONCEPCIONES DE SALUD	36
4.1.1 Salud como estado de completo bienestar biopsicosocial.....	36

4.1.2	Hacia una concepción más integral del Proceso Salud - Enfermedad.....	38
4.1.3	Concepciones de Salud Mental	39
4.1.4	Salud Mental en un Hospital General.....	41
4.1.4.1	Disociación entre la Salud del Cuerpo y la Salud Mental	44
4.1.4.2	Paradigma positivista: necesidad de objetivar.....	45
4.1.5	Posibilidad de introducir un discurso diferente	46
4.2	DESMANICOMIALIZACIÓN	47
4.2.1	Cambios introducidos por la Ley Nacional de Salud Mental.....	47
4.2.1.1	Internaciones de Salud Mental en Hospitales Generales.....	48
4.2.1.2	Readecuación de las prácticas del Equipo de Salud Mental.....	49
4.2.1.3	Cambio en la currícula de los estudiantes	50
4.2.1.4	Acceso a la medicación	51
4.2.2	Dificultades para adecuarse a los postulados de la Ley Nacional de Salud Mental	51
4.2.2.1	Las condiciones de la internación	52
4.2.2.2	Abordaje ambulatorio de la Salud Mental.....	53
4.3	INTERDISCIPLINA E INTERSECTORIALIDAD	54
4.3.1	Fragmentación en la atención.....	54
4.3.1.1	La interconsulta en el ámbito hospitalario.....	55
4.3.2	¿Qué se entiende por interdisciplina?.....	57
4.3.3	La interconsulta como posibilidad de trabajo interdisciplinario	58
4.3.3.1	Dificultades para el trabajo interdisciplinario con profesionales de otros Servicios....	60
4.3.3.2	Principales motivos de los pedidos de interconsulta	61
4.3.3.3	Hacia un cambio de paradigma	64
4.3.4	Intersectorialidad.....	65
	CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES FINALES	67
	BIBLIOGRAFÍA.....	71
	ANEXOS	76

RESUMEN

El presente trabajo consiste en un estudio cualitativo que apuntó a conocer y analizar las concepciones de Salud y Enfermedad que tienen los profesionales que integran el Equipo de Salud Mental del Hospital Dr. José María Cullen, de la Ciudad de Santa Fe. Como objetivos específicos nos propusimos identificar los paradigmas de salud desde los cuales se posicionan los profesionales de Salud Mental, indagar sobre los emergentes que surgen en el desarrollo de sus prácticas y describir las modificaciones que se produjeron en las mismas a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental.

Para llevar a cabo la investigación se realizaron entrevistas a los profesionales Psicólogos y Psiquiatras que conforman el Equipo de Salud Mental, y se analizó la información obtenida mediante el método del Análisis Cualitativo, tomando como referencia el trabajo de Mercedes Di Virgilio (2008), quien plantea diferentes momentos analíticos que debe atravesar el investigador en el proceso de análisis de una investigación cualitativa.

Realizamos una separación en tres categorías que se encuentran fuertemente entrelazadas: Concepciones de Salud, Desmanicomialización, Interdisciplina e Intersectorialidad. Las mismas guardan relación con los ejes principales de la Ley Nacional de Salud Mental, normativa que atraviesa todo el recorrido de nuestra investigación.

Como resultado del trabajo, nos encontramos con una institución de salud fuertemente atravesada por el Modelo Médico Hegemónico, en la cual el discurso médico, la fragmentación en la atención de los pacientes, y el énfasis sobre el aspecto orgánico de los padecimientos se imponen por sobre las cuestiones subjetivas. Sin embargo, percibimos en los profesionales que integran el Equipo de Salud Mental concepciones de Salud y Enfermedad coincidentes con el paradigma de derechos en salud, que posibilitan una mirada más integral del Proceso de Salud – Enfermedad.

La labor del Equipo de Salud Mental en el Hospital Cullen resulta fundamental para introducir una lógica de atención en salud diferente, entendiendo la salud mental como parte indisociable de las prácticas de salud; y priorizando estrategias de abordaje interdisciplinarias e intersectoriales, en consonancia con los postulados de la Ley Nacional de Salud Mental.

Palabras claves: Salud, Enfermedad, Salud Mental, Interdisciplina.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La presente investigación acerca de las concepciones que tienen de la Salud y la Enfermedad los profesionales que integran el Equipo de Salud Mental del Hospital Dr. José María Cullen, surge a partir de las Prácticas Profesionales Supervisadas de Clínica Psicoanalítica que se realizaron dicha institución, las cuales despertaron una serie de interrogantes acerca de la labor del psicólogo en un efector público de salud y su trabajo en conjunto con otros profesionales.

Este estudio se ve motivado por considerar la posibilidad de desempeñarnos laboralmente en el ámbito público de salud como profesionales en un futuro, lo cual lleva a interesarnos por las características que adquieren las prácticas en estas instituciones.

El Hospital Cullen es un efector de salud del tercer nivel de atención, día a día llegan sujetos con la más amplia variedad de problemáticas, esperando una respuesta, una asistencia, una mejora o explicación de su padecimiento. Sin embargo, la forma en que se aborda cada una de estas problemáticas varía ampliamente, y depende no solo del malestar con el que llega el sujeto, sino también de las concepciones que tienen los profesionales que lo asisten.

Dentro del campo de la salud existen diferentes discursos que se encuentran en tensión y conviven al mismo tiempo. Uno de éstos, es el discurso médico hegemónico, que responde a un ideario positivista, y genera una medicina biologista e individualista. Alicia Stolkiner (1987) plantea que desde estas explicaciones biologistas, el objeto de la medicina es un cuerpo fragmentado en órganos, pensado a la manera de una máquina; en donde la salud es homologada a la normalidad, y se extiende de lo “biológico” a lo “mental”, considerado también bajo modelos biológicos.

Este paradigma de salud, que Lorez Arnaiz (1986) define como paradigma tecnocrático, disocia la unidad, recortando un plano físico y un plano mental.

En palabras de la autora, el paradigma tecnocrático:

(...) no repara en las relaciones de intercambio y comunicación entre los agentes de salud y sus receptores. Presenta las enfermedades como algo aislado, que le pasa a un aspecto aislable de un organismo; y no como un efecto que altera a una totalidad viviente (Lorez Arnaiz, 1986, p.175).

El paradigma tecnocrático coexiste y entra en contradicción, al mismo tiempo, con el paradigma alternativo en salud; que parte de una concepción del sujeto más amplia, va más allá del órgano enfermo y apunta fundamentalmente al abordaje del sujeto de manera integral e interdisciplinaria.

Siguiendo con lo planteado por Lorez Arnaiz (1986), desde el paradigma alternativo se concibe al hombre como una totalidad biopsíquica, inserto en una sociedad y un medio ambiente; manteniendo un enfoque totalizador de las enfermedades, es decir, el enfermo es una persona en un momento vital e histórico peculiar, que no puede dejarse por fuera. Desde este paradigma, a diferencia del paradigma tecnocrático, se pone énfasis en la comunicación de todas las partes intervinientes.

Tal como sucede en muchos efectores de salud, el Hospital Cullen está fuertemente atravesado por el Modelo Médico Hegemónico (MMH), concepto que ha sido desarrollado por Eduardo Menéndez.

Por MMH entiendo el 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 (Menéndez, 1988, p. 451).

El biologismo, que es la principal característica de este modelo, propone una historia natural de las enfermedades, excluyendo las condiciones sociales y culturales. Se considera la evolución de los padecimientos, pero no su historia; por lo cual la a-historicidad es otras de las características centrales (Menéndez, 2005).

Desde estas concepciones, se establece una relación asimétrica entre médico y paciente, en donde la causa, evolución y tratamiento de las enfermedades queda del lado del “saber” del médico, excluyendo la subjetividad del paciente y los aportes que esta inclusión podría realizar en relación a su malestar.

Sin embargo, hace ya varios años que los postulados del Modelo Médico Hegemónico han comenzado a ser cuestionados y se han instituido prácticas alternativas. Se empezó a hacer énfasis en la necesidad de reconocer a los sujetos como sujetos de derechos, haciéndolos partícipes del proceso de salud

- enfermedad, teniendo en cuenta aspectos históricos, sociales, culturales, psicológicos, económicos, y no solamente la dimensión biológica.

Tanto la Ley de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado (Ley N° 26.529, 2009)¹, como la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657, 2010) introducen un cambio de paradigma en la concepción de la salud y la salud mental, por estar basadas en la perspectiva de derechos humanos.

Se habilita un proceso de modificación, o al menos de interpelación ante la construcción del concepto de salud, y de las prácticas ligadas a este concepto. La vigencia de la Ley Nacional de Salud Mental “requiere de la adecuación de la actual red prestacional, recuperando la perspectiva que entiende a la salud mental como un proceso complejo construido socialmente y determinada por componentes históricos, sociales, culturales, económicos, biológicos y psicológicos” (Rossi y Bustos, 2018).

Frente a esta situación se presentan algunos interrogantes: ¿Qué concepción de Salud y Enfermedad tienen los profesionales que trabajan en el Hospital? ¿Y de Salud Mental? ¿Hubo modificaciones en las prácticas a partir de la sanción de la Ley N° 26.657? ¿De qué manera se aborda la Salud Mental en un hospital general como el Hospital Cullen?

A más de 10 años de la sanción de las leyes mencionadas, resulta interesante pensar en qué medida se pudo adecuar la red prestacional a sus postulados, entendiendo que es importante reflexionar acerca de las concepciones de Salud y Enfermedad, ya que a partir de ellas se toma un posicionamiento frente a las prácticas que se realizan.

1.2 PLANTEO DE LA PREGUNTA - PROBLEMA

A partir de lo desarrollado anteriormente, nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las concepciones de Salud y Enfermedad que tienen los profesionales que integran el Equipo de Salud Mental del Hospital Dr. José María Cullen?

¹ Modificada por la Ley N° 26.742. Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Decreto N° 1.089/2012.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

- Conocer y analizar las concepciones de Salud y Enfermedad que tienen los profesionales que integran el Equipo de Salud Mental del Hospital Dr. José María Cullen.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar los paradigmas de salud desde los cuales se posicionan los profesionales de Salud Mental.
- Indagar sobre los emergentes que surgen en el desarrollo de las prácticas de los profesionales que integran el Equipo de Salud Mental.
- Describir posibles modificaciones en las prácticas de los profesionales del Equipo de Salud Mental a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental.

1.4 SUPUESTOS O HIPÓTESIS

Las concepciones que tienen los profesionales acerca de la Salud y la Enfermedad, inciden en las intervenciones que se llevan a cabo dentro del hospital.

Cada profesional toma un posicionamiento desde el cual piensa, propone y lleva adelante ciertas intervenciones. Este posicionamiento depende en gran medida de las concepciones que tenga acerca de la Salud y la Enfermedad, como así también, de los modos de pensar al sujeto.

Si bien actualmente se plantea el abordaje de la Salud desde una perspectiva de derechos humanos, hay discursos y prácticas propias del Modelo Médico Hegemónico que siguen vigentes, y conviven con las prácticas alternativas.

1.5 ANTECEDENTES O ESTADO DE DEBATE

Detallamos en el presente apartado una serie de investigaciones que constituyen los antecedentes para este trabajo, por permitir una aproximación al estado de debate del tema que se propone investigar.

- *“Concepciones de sujeto, cuerpo y síntoma en medicina y psicoanálisis”*. Estudio realizado por Gabriela Viviana Perrota, en el año 2011, en el marco del Doctorado de la Facultad de Psicología de la UBA.

El trabajo se encuentra dentro del marco de investigación de la tesis doctoral sobre “Concepciones de sujeto/paciente en el abordaje de la salud sexual y reproductiva”. Los principales objetivos consisten en diferenciar las concepciones de sujeto, cuerpo y síntoma, para la medicina y el psicoanálisis.

En esta investigación se plantea que el psicoanálisis concibe al sujeto como dividido, inconsciente, atravesado por el lenguaje. Esa concepción de sujeto permite definir a partir de allí un cuerpo, que será singular para cada sujeto. La medicina, en cambio, observa un cuerpo, clasifica, diagnostica. No se escucha al sujeto ni a los atravesamientos que sufre y que marcan su cuerpo.

La autora plantea que la concepción de sujeto con la que se aborda la atención en salud -incluyendo la salud mental- determina diferentes maneras de hacer lugar a los padecimientos subjetivos; lo cual se relaciona directamente con los supuestos que se plantean en esta investigación, ya que consideramos que las concepciones de salud y enfermedad que tienen los profesionales inciden en las intervenciones que se llevan a cabo; y en la posibilidad de hacer lugar al sujeto, a la escucha de su padecimiento.

Perrota Gabriela (2011) menciona que “hace diferencia en la calidad de atención que los/as profesionales de salud puedan tener en cuenta que atienden “sujetos” que pueden ser escuchados en su singularidad, y no solo cuerpos, historias clínicas, casos.” (p. 166)

Como conclusión la autora considera que la inclusión del psicoanálisis en el equipo de salud contribuye a la apertura de un discurso cerrado y a la posibilidad de escuchar a los sujetos/pacientes desde una posición que no excluya su singularidad. En este punto, se considera una investigación de referencia y punto de partida para la investigación que realizamos en el Hospital J. M. Cullen, ya que se piensa que es fundamental poder indagar acerca de la función del psicólogo en este efector público de salud.

- ***“Concepciones de Salud y Enfermedad de los psicólogos del Hospital Dr. Emilio Mira y López”.*** Tesis de Grado de la Lic. en Psicología, realizada por Dato Fiorela, en el año 2015. UADER, Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales.

Este trabajo corresponde a una tesis de grado de la Lic. en Psicología de nuestra facultad. La investigación resulta muy interesante ya que comparte la pregunta sobre las concepciones de salud y enfermedad y está dirigida también a profesionales de un hospital público de la Ciudad de Santa Fe.

La autora menciona los distintos discursos y paradigmas que convergen dentro del campo de la Salud Mental, como así también los diferentes actores que tienen el compromiso de pensar su accionar y sus prácticas dentro del Hospital, entendiendo que toman un posicionamiento de acuerdo con sus formas de concebir al sujeto, la salud y la enfermedad.

El objetivo de la investigación consistió en conocer las concepciones de Salud y Enfermedad de los psicólogos del Hospital Dr. Mira y López de la Ciudad de Santa Fe, y reflexionar sobre una clínica ante el malestar y las necesidades que se presentan en el campo de la Salud.

El tipo de diseño elegido por la autora responde a una lógica cualitativa. Se utilizaron entrevistas en profundidad como técnicas de recolección de información y el método comparativo constante como método de análisis de la información obtenida.

- ***“De la Enfermedad Mental al Padecimiento Subjetivo: Transformación de las Prácticas desde la Perspectiva de Derechos”.*** Rossi, Analía del Valle y Bustos, María de los Ángeles. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Año 2018.

Las autoras del estudio plantean como objetivo problematizar acerca del sujeto de intervención en salud mental que contemplan los dispositivos existentes; y analizar la posibilidad de construcción de dispositivos alternativos al modelo prevalente. La metodología utilizada estuvo relacionada al relevamiento de problemáticas en el contexto de la salud.

A modo de discusión plantean que actualmente coexisten paradigmas contrapuestos en la atención de la salud. La Ley de Salud Mental, basada en la perspectiva de derechos humanos, propone la adecuación de la actual red prestacional, recuperando la perspectiva que instituye la subjetividad como elemento fundamental. En el trabajo se plantea que el modo en que se manifiesta el sufrimiento de los sujetos lleva la

marca de la época. Son demandas complejas, caracterizadas por la urgencia, el desborde, la desorganización, la ansiedad elevada, las toxicomanías, donde predomina el acto sobre la palabra.

Consideran que es necesaria la construcción de dispositivos sustitutivos que se distancien de procesos de hospitalización y medicalización de la vida cotidiana. Reafirman que hoy son necesarios dispositivos que alojen al sujeto e implementen estrategias interdisciplinarias e intersectoriales para su abordaje.

Como conclusión, mencionan que el trabajo interdisciplinario, los principios de intersectorialidad y el fortalecimiento de las redes sociales son una modalidad que favorece la inclusión social y contribuye a garantizar los derechos de las personas con sufrimiento psíquico. Entienden que es imprescindible promover y profundizar espacios de capacitación en interdisciplina y pensamiento estratégico para los profesionales de todos los servicios.

Por último, las autoras consideran que el compromiso profesional y social del equipo de salud mental en un hospital general consiste en el desarrollo ético de prácticas que posibiliten la inclusión de la persona con padecimiento psíquico, reconociendo los efectos de subjetividad.

- **“Factores institucionales y subjetivos que influyen en la derivación o interconsulta de pacientes con problemáticas relacionadas a la Salud Mental que se presentan en la Guardia del Hospital J. B. Iturraspe”.** Tesis de Grado de la Lic. en Psicología, realizada por Nieto Pamela, en el año 2014. UADER, Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales.

En este trabajo se aborda la temática de la interconsulta en el ámbito hospitalario, precisamente en el Hospital J. B. Iturraspe, el cual se considera un hospital público de referencia de la Ciudad de Santa Fe, al igual que el Hospital J. M. Cullen, en donde tiene lugar esta investigación.

El objetivo principal fue describir los factores institucionales y subjetivos que influyen en la derivación o interconsulta de pacientes que llegan a la guardia central del Hospital Iturraspe, que presentan problemáticas relacionadas con salud mental. Además, se analizaron las normas institucionales y legales que inciden en las decisiones profesionales al momento de realizar una derivación o interconsulta.

La metodología utilizada consistió en la elaboración de entrevistas y posterior análisis de las mismas. Algunos de los resultados obtenidos fueron los de una mirada médica totalmente acotada al

organismo y a la gravedad, quedando lo anímico subordinado a los problemas físicos; y la utilización de psicofármacos como respuesta principal ante la aparición de problemáticas relacionadas a salud mental.

- **“Características y aspectos relevantes de las intervenciones en urgencias. Un estudio con profesionales que trabajan en el dispositivo “Equipo Soporte Interdisciplinario para la Asistencia de Urgencias en Salud Mental, en Guardias de Hospitales Generales” (E.S.U.S.M.) de la Ciudad de Santa Fe”.** Tesis de Grado de la Lic. en Psicología, realizada por Simón Luciano en el año 2016. UADER, Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales.

El trabajo consistió en un estudio cualitativo que apuntó a conocer y describir las características y los aspectos relevantes de las intervenciones en urgencias de los profesionales de Salud Mental del Equipo Soporte; identificando las dificultades que afrontan los profesionales y los beneficios que implica la asistencia del dispositivo en Hospitales Generales.

Esta investigación nos llamó particularmente la atención, ya que en el marco de las Prácticas de Clínica Psicoanalítica que se realizaron en el Hospital J. M. Cullen, tuvimos la posibilidad de hablar con los integrantes del Equipo de Salud Mental acerca de este dispositivo de Guardia en Hospitales Generales, que depende de la Dirección Provincial de Salud Mental, y que está disponible los fines de semana, cubriendo en cierta forma, las falencias institucionales que produce el hecho de que no haya Servicio de Salud Mental en el Hospital Cullen los días Sábados y Domingos.

Como conclusión, el autor de esta investigación plantea que la convocatoria al Equipo Soporte la realizan telefónicamente los profesionales de los hospitales, los días sábados y domingos de 8:00 a 20:00 hs. Los integrantes del equipo realizan intervenciones en momento de crisis, pero no continúan el tratamiento, sino que referencian al paciente a otros profesionales.

Se pudieron determinar ciertos beneficios que implica la asistencia del dispositivo, como así también algunas dificultades que afrontan los profesionales. Dentro de estas últimas, es interesante destacar las dificultades institucionales que se encuentran en los hospitales generales, como, por ejemplo, la necesidad de contar con un espacio específico para la realización de entrevistas, y una sala de internación para pacientes de salud mental. Se plantea, además, el deseo de que cada hospital cuente con su propio equipo de guardia y la posibilidad de brindar capacitación sobre la atención a pacientes de salud mental, a todo el personal de los hospitales.

CAPÍTULO II. ENCUADRE TEÓRICO

2.1 CONSIDERACIONES ACERCA DEL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Si bien esta definición ha recibido muchas críticas, es importante tener en cuenta el contexto en el que fue enunciada, en 1946, apenas terminada la Segunda Guerra Mundial. Tal como plantean Alicia Stolkiner y Sara Ardila Gómez (2012), “se trataba de un enunciado de principios y político destinado a ligar la salud a la responsabilidad de los Estados que, mancomunadamente, debían promover su desarrollo” (p. 60).

Una de las principales críticas a esta definición de la OMS es su apreciación básica de la idea de bienestar, relacionándola con sentirse bien o estar bien, transformando la definición en una simple tautología, como plantea Ferrara Floreal (1985). La idea de un estado de completo bienestar, de ausencia total de enfermedad sería algo así como la muerte, si tomamos en cuenta el texto de *El Malestar en la Cultura*, de Freud (1930). La salud en todo caso, tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar o transformar aquello que deba ser cambiado; una búsqueda constante hacia la resolución de los conflictos que plantea la existencia (Ferrara, 1985).

Otra crítica importante a esta definición de Salud, es la idea de salud como estado. Tomando lo planteado por Alicia Stolkiner, la salud no debe ser pensada como estado sino como proceso. No se trata de un estado del cual uno sale para entrar en otro estado que sería el de estar enfermo, sino que hay una confluencia permanente, un movimiento constante entre condiciones de salubridad y condiciones de enfermedad (Stolkiner, 2020).

De Lellis, Interlandi y Martino (2015) plantean la diferencia entre la salud pensada como un estado ideal a alcanzar, y el proceso de salud, el cual conciben como “capacidad para tomar decisiones, afrontar responsabilidades y vivir con autonomía en el ámbito concreto de la vida cotidiana” (p. 14). Indican que el término proceso refiere a una situación dinámica, que se modifica continuamente en función de los contextos vitales de los seres humanos, en oposición al concepto de estado, entendido como un escenario inalterable de bienestar continuo que se mantiene a lo largo del tiempo.

Sin embargo, es importante mencionar que la definición de la OMS significó un gran avance, siguiendo con lo expresado por Ferrara Floreal:

Resultó importante para el pensamiento sanitario la ampliación del marco interpretativo más allá del único y frecuentemente limitado marco de lo físico o biológico. Cuando la definición incluye a los aspectos mentales y sociales coloca a sus intérpretes en una posición de mayor amplitud, de mayor comprensión del proceso salud - enfermedad (Ferrara, 1985, p. 9).

Dejar de considerar a la salud y a la enfermedad como estados antagónicos, y estrictamente limitados al plano biológico, permite ampliar la mirada, entendiendo que el proceso de salud - enfermedad no es algo que le ocurre a un individuo aislado, sino que se incluye dentro de procesos mucho más amplios: los procesos sociales.

En palabras de Alicia Stolkiner y Sara Ardila Gómez:

Se rompió con la idea de una historia “natural” de la enfermedad planteando que era imposible abordar el curso de los procesos de salud - enfermedad sin reconocer que las formas instituidas de “respuesta social” eran también fuerzas productoras del mismo en sus dimensiones concretas y simbólicas (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012, p. 61).

Las autoras utilizan el término “proceso de salud - enfermedad - atención/cuidado”, ya que consideran que no se trata de un proceso en el cual la atención viene de afuera, sino que el mismo sistema de salud construye representaciones sobre la salud y la enfermedad, y también construye prácticas en la población, formando parte del proceso mismo de salud - enfermedad. Muchas de las prácticas de atención y cuidado suceden en la vida cotidiana, dentro de los hogares y familias de los individuos que conforman una sociedad.

2.2 CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Hablamos de “campo” de la Salud Mental, porque la entendemos como un área muy extensa y compleja de conocimiento, en donde participan múltiples disciplinas y actores. Amarante (2009) va a decir que “la salud mental es un campo (o un área) de conocimiento y actuación técnica en el ámbito de las políticas públicas de salud” (p.17).

En este mismo sentido, Hugo Spinelli (2010) entiende el concepto de campo como la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con relativa autonomía, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de los capitales.

Un campo es el producto de acciones de agentes individuales y/o colectivos dotados de intereses y capacidades específicas (expertos, profesionales, funcionarios, políticos, sindicalistas, representantes de la industria, lobbystas, agentes financieros, corporaciones, organizaciones de la sociedad civil, pacientes, etc.), donde cada “jugador” realiza su juego en función de incrementar y/o adquirir capitales (Spinelli, 2010, p. 276).

En relación al campo de la Salud Mental, Amarante (2009) plantea que pocos campos de conocimiento y actuación en salud son tan complejos, plurales e intersectoriales como lo es el de la Salud Mental, el cual presenta una transversalidad de saberes, ampliando el espectro de conocimientos involucrados, a diferencia de la psiquiatría, que es desarrollada fundamentalmente por un solo profesional, el psiquiatra.

Esta compleja red de saberes que forman parte de la Salud Mental, nos dificulta la posibilidad de delimitar las fronteras de dicho campo; pero está claro que la salud mental no puede ser reducida al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales (Amarante, 2009).

Alicia Stolkiner y Sara Ardila Gómez (2012) plantean que es importante tener en cuenta que no se debe aislar la salud mental de la salud en general, salvo que se las divida por finalidades operativas o de acción.

No existe (...) una “enfermedad mental” como tampoco una “enfermedad orgánica”. Todos los procesos vitales, que incluyen el enfermar y el morir, se construyen con la amalgama de determinaciones genéricas pese a su singularidad, e implican la dimensión subjetiva y orgánica indisolublemente (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012, p. 65).

Tal como plantean las autoras, el desplazamiento que se produce de una práctica centrada en la enfermedad, a una centrada en el sujeto, lleva a introducir el concepto de “sufrimiento psíquico” o “padecimiento subjetivo” en la teoría y en las prácticas del campo de la salud.

2.2.1 Salud Mental en Argentina

Consideramos necesario realizar un breve recorrido sobre la historia de la Salud Mental en nuestro país, para lo cual tomamos como referencia principalmente a Enrique Carpintero, que en su artículo “Argentina del Bicentenario. El poder en el campo de la Salud Mental” (2010) expone los principales aspectos, desde la creación de los grandes manicomios hasta la actualidad.

Para comprender la situación actual de la Salud Mental en nuestro país, es necesario conocer cómo ha sido el proceso a lo largo de los años. El autor va a decir que “a más de un siglo, en lo fundamental nada ha cambiado. Los actores que se fueron creando en diferentes periodos históricos siguen estando presentes adaptados a las actuales condiciones del capitalismo mundializado” (Carpintero, 2010).

Enrique Carpintero desarrolla este recorrido histórico en distintos momentos:

1. Entre 1880 y 1910 se afirma en Argentina, un dispositivo psiquiátrico a partir del denominado “alienismo”, siguiendo al positivismo y a la psiquiatría francesa. En este modelo se proponía la supuesta curación de la enfermedad mental mediante el encierro de los pacientes, a los cuales se les aplicaban tratamientos físicos y sociales de diversa índole. Se constituye de esta manera el primer modelo disciplinario de lo que se llamaba medicina mental, basado en un discurso positivista. El loco era peligroso y por lo tanto había que apartarlo de la sociedad.

En este periodo se construyeron los primeros hospicios y se organizaron las primeras cátedras de psiquiatría. En 1854 se crea el Hospicio de Mujeres, conocido hoy en día como “Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano”, y en 1863 el Hospicio de Hombres, actualmente “Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José T. Borda”, en la ciudad de Buenos Aires. Estos primeros manicomios, en poco tiempo reflejaban imágenes del gran encarcelamiento, desatendiendo las condiciones especiales con las cuales debía contar el alienista para producir el “tratamiento moral”.

Esta situación fue aliviada parcialmente por el alienista Domingo Cabred, que en 1899 fundó la Colonia Nacional de Alienados Open Door, establecimiento en el cual los pacientes eran tratados a puertas abiertas; y en 1906 creó la Dirección de la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales. Unos años después, en 1910, promovió la construcción de numerosas colonias y asilos, llevando adelante una serie de reformas que estaban en las intenciones de algunos alienistas progresistas.

Sin embargo, las transformaciones de la situación social del país comprometieron el panorama. El modelo agroexportador y el fomento de las inmigraciones implicaron un desplazamiento de la población hacia las ciudades, lo cual trajo nuevos problemas sociales y sanitarios. Se incorporaron las nacientes ideas del “higienismo”, que buscaba prevenir diversos problemas sanitarios en el conjunto social.

En las décadas siguientes se produjo una transición que fue develando los límites de las políticas de alienistas e higienistas debido a la indigencia estructural, propia de la lógica manicomial; y por la insuficiencia crónica de recursos que negaban las clases dominantes. En la década de 1930 se crearon nuevas instituciones de asistencia social de grupos vulnerables, al mismo tiempo que aparecían los primeros servicios de internación psiquiátrica privada: los Institutos Frenopáticos. Los locos pobres debían asistir a instituciones públicas abandonadas, mientras que los que poseían dinero podían acceder a instituciones de mayor confort y comodidad.

2. En la década de 1940 se afianzó el Estado de Bienestar en Argentina, de característica populista, mediante el surgimiento y consolidación del peronismo. En esta época se produjo la creación por parte del Estado de organizaciones burocráticas sindicales que manejan las obras sociales, quienes se convirtieron en aliados de los psiquiatras, al defender las estructuras manicomiales.

En el año 1946, bajo el gobierno de Juan Domingo Perón, se crea la Secretaría de Salud Pública, y en 1949, con la reforma constitucional, se transforma en Ministerio de Salud Pública, siendo el neurólogo Ramón Carillo el primer Ministro de Salud de Argentina.

Carrillo ocupó el cargo desde 1946 a 1952. Durante ese periodo, en el ámbito de la Salud Mental, intentó dar soluciones materiales a diversos problemas, como la falta de capacidad hospitalaria y de coordinación entre distintas jurisdicciones responsables del tratamiento de la locura. Se reformaron e inauguraron nuevos Hospicios contruidos por pabellones, con el fin de ampliar los lugares de atención. En el ámbito de la psiquiatría generó controversia.

Ramón Carillo propuso designar como “enfermos mentales” a quienes hasta ese momento se nombraba como “alienados”, con el fin de que se los trate como “a cualquier otro enfermo”. (Stolkiner, 2018).

3. En la década de 1950 la situación mundial había cambiado y el capitalismo necesitaba reformular un nuevo pacto social en el que se asegure el desarrollo económico. Para ello, dice Carpintero (2010), el Estado debe cumplir la función de brindar seguridad social y económica a los ciudadanos. Desde el final de

la Segunda Guerra Mundial se había afirmado en los países centrales capitalistas el movimiento de Salud Mental, que se incluía dentro de la perspectiva keynesiana del Estado de Bienestar.

En 1953 la Organización Mundial de la Salud recomendó la transformación de todos los hospitales psiquiátricos en comunidades terapéuticas, lo cual fue cumplido parcialmente por algunos países. En Inglaterra empezaron a gestarse los movimientos de comunidades terapéuticas propiciadas por Maxwell Jones. En Estados Unidos aparece la psiquiatría comunitaria. En Francia se lleva adelante la llamada “Política del Sector”. En Italia surge en 1967 la psiquiatría democrática liderada por Franco Basaglia. En Argentina, a mediados de la década del cincuenta, los Hospicios presentaban condiciones desastrosas, por lo cual las tareas a realizar eran enormes.

En el año 1957 se producen tres hechos determinantes para reafirmar en nuestro país el “campo de la salud mental”. Se crea el Instituto Nacional de Salud Mental (que reemplazó a la Dirección de Establecimientos Neuropsiquiátricos y a la Dirección de Higiene Mental); el Dr. Mauricio Goldenberg funda el primer Servicio de Psicopatología en el Hospital General de Lanús, es decir, fuera de un Hospital Psiquiátrico; y en ese mismo año se crean las carreras de Psicología, Sociología y Ciencias de la Educación en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA; con lo cual ya no era solamente el psiquiatra el que daba cuenta de la Salud Mental, sino que aparecían también otros actores, fundamentalmente los psicólogos, que empezaban a ganar espacios importantes dentro de los hospitales y centros de Salud Mental, aunque tenían prohibida la práctica clínica.

Alicia Stolkiner comenta que, durante este periodo, los estudiantes y algunos profesores de las universidades transformaban las currículas de las nuevas carreras, incluyendo debates sobre la realidad de la situación del país y la necesidad de prácticas profesionales comprometidas con ella (Stolkiner, 2018).

Estos nuevos actores y sus conceptualizaciones cuestionaban las instituciones manicomiales, y hacían hincapié en la importancia de las prácticas comunitarias y preventivas-asistenciales. Fue durante estos años que se crearon las primeras residencias de Salud Mental, las salas de internación en Hospitales Generales, los Hospitales de Día y las Comunidades Terapéuticas.

Sin embargo, la estructura manicomial sigue vigente, apoyada por diferentes poderes políticos que atraviesan las décadas del sesenta y setenta, los cuales prohibieron y reprimieron algunas experiencias.

4. La dictadura militar del 1976 instala el Terror de Estado. Durante este periodo se destruyen los servicios de Salud Mental, ya que las instituciones fueron intervenidas por la burocracia cívico-militar con

el objetivo de llevar adelante la Doctrina de Seguridad Nacional. A partir de este momento empiezan a tomar poder los grupos privados para poner el campo de la Salud Mental al servicio de sus intereses económicos.

Mientras comenzaba un proceso de desfinanciamiento y descentralización de los servicios de salud en general, virando hacia la lógica de mercado, en salud mental se desarticulaban las experiencias innovadoras, se vaciaron las unidades académicas y muchos de sus principales protagonistas fueron víctimas de la desaparición o el exilio (Stolkiner, 2018, p. 36).

5. Cuando comienza el periodo de transición democrática, se intenta generar una política en Salud Mental para recuperar los espacios que habían sido destruidos por la dictadura. Desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud (APS)² se realizan experiencias, como la del Plan Piloto de Salud Mental y Social (La Boca-Barracas), que se agotan rápidamente por falta de presupuesto y decisión política para continuarlas. Se comienza con varios planes pilotos que fracasan al poco tiempo, por no contar con apoyo del Estado. Enrique Carpintero va a decir que “la historia de nuestro país es la historia de planes pilotos y la continuidad de los manicomios desde fines del siglo XIX” (Carpintero, 2010).

El mayor logro en esta época fue la reforma antimanicomial que se realizó en la Provincia de Río Negro. Pero en los años noventa se reafirma una política neoliberal capitalista, que se rige por la desregulación, la privatización y la competencia, quedando la salud en manos del mercado, los laboratorios y las empresas de medicina. El Estado desaparece en su función social de atender la salud pública y pasa a servir a los intereses privados.

Se produce el desmantelamiento de las instituciones públicas, ya que la salud queda en manos de la iniciativa privada, donde su eje son costos-beneficios. El proceso de concentración capitalista trae aparejado la exclusión de amplios sectores de la población, que quedan en los márgenes de la sociedad.

Al recorrido histórico realizado por Enrique Carpintero podríamos añadir un nuevo periodo, en esta ocasión siguiendo a Alicia Stolkiner (2018), el que se inicia luego de la crisis económica, social y política del año 2001. Con los gobiernos de Néstor Kirchner y Cristina Fernández nuevamente se redefinió la

² En la Declaración de Alma Ata (1978) se define a la Atención Primaria de Salud como la asistencia sanitaria esencial, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad. Forma parte tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad. La APS representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud.

relación entre Estado-mercado y sociedad, reasignándose al Estado un rol rector de la economía, basado en la generación de empleo, ampliación del mercado interno y con políticas sociales con enfoque de derechos.

En el año 2004, durante la presidencia de Néstor Kirchner, se enuncia el Plan Federal de Salud, en donde proponen nuevos roles y responsabilidades a provincias y municipios, para el desarrollo de programas que pongan el acento en la Atención Primaria de la Salud. Los ejes del Plan son: APS, Normativa, Reforma y Derechos Humanos.

En APS se propone fundamentalmente la formación de personal idóneo y capacitación continua para fortalecer los centros de atención primaria, para que puedan brindar un tratamiento adecuado a quienes lo necesitan en su comunidad de referencia; en el eje de Normativas se elaboran guías de atención, tratamiento y buenas prácticas; en el eje de Reforma se busca articular las áreas legislativas de distintas provincias para lograr el objetivo de la desmanicomialización; y en el eje de Derechos Humanos se buscó articular la Justicia y diferentes O.N.Gs. con los diferentes directores de hospitales, creando la Mesa Nacional de Salud Mental, Derechos Humanos y Justicia (Akerman, M.; 2017, p. 37-38).

En el año 2007 se publica el informe “Vidas Arrasadas” del CELS³ y el MDRI⁴ dando a conocer la situación de las personas internadas en distintas instituciones psiquiátricas del país y develando graves violaciones de derechos humanos. En ese entonces, aproximadamente 25.000 personas se encontraban encerradas en instituciones psiquiátricas argentinas, el 80 por ciento de estas personas, por más de un año, y muchas de ellas, de por vida. Sólo el 5 por ciento de las personas han estado hospitalizadas por menos de tres meses.

Entre 60 y el 90 por ciento de las personas internadas eran “pacientes sociales”. Los directores de las instituciones informaron que la mayoría permanecían encerradas porque no tenían a dónde ir, no contaban con el apoyo familiar y los servicios necesarios para desarrollarse en la comunidad.

A partir del estudio realizado se registraron graves hechos de abuso y negligencia en las instituciones psiquiátricas: actos de violencia física y sexual, privación sensorial en celdas de aislamiento por largos periodos de tiempo, falta de atención médica o tratamientos inadecuados, en donde se utilizan

³ El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) es una organización no gubernamental dedicada a la promoción y protección de los derechos humanos, su trabajo consiste en denunciar justamente las violaciones de derechos humanos.

⁴ El Mental Disability Rights International (MDRI) es una organización dedicada a promover el reconocimiento y cumplimiento internacional de los derechos de las personas con discapacidades mentales, busca combatir la discriminación y el abuso que sufren estas personas en el mundo.

medicamentos psicofarmacológicos para castigar o sedar a los internos y no con propósitos terapéuticos. En ocasiones ha habido muertes (algunas por incendios en celdas de aislamiento), que no fueron investigadas.

A todo esto, se le suman las condiciones de vida insalubres, con sobrepoblación en la mayoría de las instituciones, y la ausencia de rehabilitación, ya que las personas institucionalizadas pasan la mayor parte del tiempo acostadas sobre sus camas o en el piso, completamente inactivas.

La institucionalización a gran escala y los abusos que la acompañan se deben, en gran medida, a décadas de una política de invertir en grandes instituciones que segregan a las personas, en lugar de elaborar políticas y destinar los recursos necesarios para el desarrollo de servicios de atención en salud mental y apoyo en las comunidades (CELS y MDRI, 2007, p. 8).

Los autores del informe plantean que Argentina cuenta con una riqueza de recursos que no se traduce en políticas. Pero a pesar de la complejidad y magnitud de los problemas detallados, es un país que tiene las condiciones necesarias para llevar a cabo una reforma de los servicios de salud mental, que respete los derechos humanos.

El informe del CELS y el MDRI fue muy importante, ya que reveló de forma exhaustiva las condiciones de internación en las instituciones psiquiátricas del país y contribuyó en gran medida al tratamiento de la Ley Nacional de Salud Mental en las cámaras legislativas.

Durante el gobierno de Cristina Fernández de Kirchner, en el año 2010, se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, con carácter de orden público, siendo su cumplimiento obligatorio, sin necesidad de adhesión de las diferentes jurisdicciones. La sanción de la ley, como resultado de la activa participación y compromiso de organismos de derechos humanos y profesionales que luchan por una mejora en la atención de la salud mental y la salud en general, muestra los inicios de un nuevo paradigma en el campo de la Salud Mental.

Este nuevo paradigma en realidad tiene su origen en la década del cincuenta, con el cuestionamiento al orden manicomial, pero no fue acompañado por políticas públicas a nivel nacional, que permitan avanzar con la ampliación y restitución de derechos en este campo. La lucha de diversos colectivos sociales, organismos de derechos humanos, usuarios, familiares y profesionales durante varias décadas, crearon finalmente las condiciones necesarias para avanzar en un proceso de reforma del sistema.

Sin embargo, tal como plantea Alicia Stolkiner (2018), la Ley Nacional de Salud Mental, su Decreto Reglamentario 603/13, así como los dispositivos creados para su implementación iniciaron un proceso con tensiones y puja de actores.

2.2.1.1 Ley Nacional de Salud Mental

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 fue sancionada en el año 2010, después de años de trabajo, discusión y lucha de diferentes actores por un cambio de paradigma en relación a la Salud Mental, reconociendo a los usuarios de los servicios de salud mental como sujetos de derecho.

El objeto de la ley es “asegurar el derecho a la protección de la Salud Mental de todas las personas, y el pleno goce de los Derechos Humanos de aquellas personas con padecimiento mental que se encuentren en el territorio nacional” (L.N.S.M., 2010, Art. 1°).

En su artículo 3° define a la Salud Mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. Tal como se plantea en el documento de la Asociación por los Derechos en Salud Mental (2017), esta definición de salud mental es en sí un posicionamiento que implica superar los modos de pensamiento hegemónicos en donde se percibe a la salud como lo opuesto a la enfermedad, para tratar de pensarlos como un proceso, el proceso de salud - enfermedad cuidado. A su vez, rompe con la separación entre lo individual y lo social; lo biológico y lo mental, para intentar dar cuenta de la complejidad del fenómeno, incluyendo la perspectiva histórica y cultural, y no solo la dimensión biológica (p. 25-26).

Basada en la perspectiva de derechos humanos, la Ley N° 26.657 plantea que “se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas” (Art. 3°). Los sujetos con padecimiento mental pueden expresar sus preferencias y participar de las decisiones acerca de sus tratamientos. “La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad” (Art. 5°). La incapacidad sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de una situación particular, en un momento determinado.

En el artículo 7° la ley enuncia los derechos que el Estado reconoce a las personas con padecimiento mental, entre los cuales se encuentran: el derecho de recibir atención sanitaria y social integral y

humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios; a conocer y preservar su identidad; a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares u otros afectos; a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas; derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención; derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento; derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación; a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.

El Decreto Reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental, define al padecimiento mental como “todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso completo determinado por múltiples componentes” (Decreto 603/13, Art. 1º). El diagnóstico debe ser siempre situacional, teniendo en cuenta la dimensión subjetiva de quien padece: el relato y la experiencia del sujeto.

Otro de los puntos fundamentales de la ley es que incluye dentro del campo de la salud mental a las adicciones, asegurando a las personas con consumo problemático de drogas (legales o ilegales), todos los derechos y garantías establecidos en ella en relación a los servicios de salud. “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental” (L.N.S.M., 2010, Art. 4º). Se produce un pasaje al dejar de pensar las adicciones como un problema legal-penal, para considerarlas como un aspecto más dentro de las problemáticas de salud mental.

En cuanto a la modalidad de abordaje, en su artículo 8º la ley establece que la atención en salud mental debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario, integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados, incluyendo áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas pertinentes. Además, plantea que “el proceso de atención debe realizarse preferentemente por fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje

interdisciplinario e intersectorial” (Art. 9º). El abordaje debe estar basado en los principios de atención primaria de la salud, y orientado al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. La medicación debe ser indicada exclusivamente con fines terapéuticos, respondiendo siempre a las necesidades de la persona con padecimiento mental. Nunca podrá ser administrada como castigo, por conveniencia de terceros o para suplir la necesidad de acompañamiento (Art. 12º).

Acerca del equipo interdisciplinario, plantea que “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” (Art. 13º).

Con respecto a las internaciones, en su artículo 14º, la ley establece que son consideradas como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones que puedan realizarse en el entorno familiar, comunitario o social.

Se contemplan dos tipos de internaciones: las internaciones voluntarias, cuando la persona presta su consentimiento para la internación, pudiendo decidir por sí misma terminar con la misma, salvo que el equipo tratante considere que existe riesgo cierto o inminente para sí o para terceros; y las internaciones involuntarias, cuando existe un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, pero la persona no presta consentimiento para la internación.

La internación debe ser lo más breve posible, y nunca podrá ser indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda, “para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes” (Art. 15º).

En su artículo 27º la ley prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes; y exige la adaptación de los ya existentes, a los objetivos y principios expuestos en la ley hasta ser sustituidos de manera definitiva por dispositivos alternativos. Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales, por lo cual estas instituciones deben contar con los recursos necesarios. El rechazo a la atención de pacientes, por tratarse de problemáticas de salud mental será considerado acto discriminatorio (Art 28º).

Como último punto, es importante mencionar que la ley crea en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, un Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios (Art. 38º). Entre sus funciones se destaca la supervisión de las condiciones en las que se realizan

los tratamientos, como así también las condiciones de internación por salud mental. El Órgano de Revisión debe controlar el cumplimiento de la ley, fundamentalmente en lo que respecta al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental.

El Órgano de Revisión estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, representantes de profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos (Art. 39°).

2.2.2 Políticas actuales en Salud Mental

En octubre del año 2013 se presentó el Plan Nacional de Salud Mental 2013 – 2018⁵, que tenía como propósito la protección y promoción de la Salud Mental de todos los habitantes del suelo argentino - tal como plantea la Ley Nacional de Salud Mental- y la sustitución del sistema manicomial por una red de servicios de base comunitaria, promoviendo la integración del campo de la Salud Mental al campo de la Salud y políticas públicas en general (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

En diciembre de 2015 asume la presidencia Mauricio Macri, con un programa de gobierno de corte neoliberal, a partir de lo cual la implementación del Plan Nacional se vio interrumpida. Desde el inicio de su mandato hubo presiones para desarticular la Ley Nacional de Salud Mental, con intentos de modificar su decreto reglamentario; iniciativa que se vio truncada por la resistencia de quienes sostienen y defienden la ley. Alicia Stolkiner (2018) va a decir que la posibilidad de sostener las reformas que propone la Ley de Salud Mental dependen de la lucha de quienes pugnan por la profundización de derechos en este campo, como ha sucedido históricamente.

En el año 2018 el presidente Mauricio Macri realiza importantes modificaciones en el Gabinete Nacional, que producen una reducción en la cantidad de ministerios. El Ministerio de Salud -autoridad de aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental- pasa a ser una Secretaría dentro del Ministerio de Desarrollo Social.

⁵ El Plan Nacional de Salud Mental 2013 – 2018 fue aprobado por Resolución 2177/2013 del Ministerio de Salud de la Nación.

En el año 2019 con la asunción de Alberto Fernández se inició un nuevo ciclo político. Una de las primeras medidas del presidente implicó una nueva restructuración del Gabinete Nacional, restituyendo su rango al Ministerio de Salud. El ministro de Salud designado fue Ginés González García, quien desempeñó su cargo hasta el año 2021.

El 11 de marzo de 2020, la OMS declara la pandemia por el SARS-Cov-2, lo cual lleva a los Gobiernos a tomar diferentes medidas para prevenir la circulación del virus. En nuestro país se cerraron las fronteras, se suspendieron las actividades que no eran consideradas esenciales, y mediante el Decreto N° 297/2020 se dispuso el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio durante el 20 y el 31 de marzo de 2020, plazo que luego fue prorrogado en varias oportunidades.

Las medidas implementadas para hacer frente a la pandemia alteraron la vida de las personas en todo el mundo, no solo por el aislamiento y pérdidas de vidas, sino también por generar importantes consecuencias socioeconómicas, y cambios en la vida cotidiana de los sujetos.

En octubre del año 2021 se presentó el Plan Nacional de Salud Mental 2021-2025. El documento plantea los principales lineamientos que regirán las políticas públicas en Salud Mental y las líneas de acción para la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en los próximos años.

En el prólogo del Plan Nacional, la actual Ministra de Salud Carla Vizzotti, plantea:

En este nuevo escenario marcado por la emergencia sanitaria, consecuencia de la pandemia por SARS-Cov-2, es más necesario que nunca reafirmar el compromiso de avanzar hacia el desarrollo de la red de servicios de Salud Mental Comunitaria, promoviendo la apertura de servicios de internación de Salud Mental en los hospitales generales; el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención; el desarrollo de dispositivos intermedios, tales como casas de medio camino, viviendas asistidas, emprendimientos socioproductivos, centros de día y dispositivos sociocomunitarios; la inclusión de las problemáticas de consumo en la estrategia de Salud Mental; las buenas prácticas en Salud Mental Comunitaria y la sustitución definitiva de las instituciones de internación monovalentes (Ministerio de Salud de la Nación, 2021, p. 5).

El Plan Nacional de Salud Mental 2021-2025 tiene como base la ampliación y protección de los derechos de la ciudadanía, y como horizonte la inclusión social; entendiendo que “no hay salud sin Salud Mental y no hay Salud Mental sin inclusión social”, tal como menciona la Ministra de Salud.

El plan establece una serie de principios entre los cuales se encuentran: *Enfoque de Derechos*, según lo establecido en el Art. 7° de la Ley Nacional de Salud Mental; *Federalismo e Interjurisdiccionalidad*, pensando el plan como un trabajo en conjunto entre la Nación y áreas de Salud Mental de las 24 jurisdicciones; *Inclusión Social*, que junto con el acceso a los derechos fundamentales son necesarios para asegurar la igualdad de condiciones en el desarrollo de la vida de todas las personas; *Interculturalidad*, fundamentado en articulaciones, consensos y responsabilidades compartidas entre los equipos de salud, las comunidades y organizaciones indígenas; *Interdisciplina e Intersectorialidad* en cuanto a los abordajes, tal como plantean los Artículos 8° y 9° de la Ley Nacional de Salud Mental; *Interseccionalidad*; *Perspectiva de géneros y diversidad sexual*; *Salud Mental centrada en las personas y su entorno*; *Territorialidad*, lo cual implica que la atención de la Salud Mental deba ser en las propias comunidades.

“Estos principios dan sustento y acompañan al proceso de transformación hacia prácticas que consideran la integralidad del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados desde una perspectiva de derechos, como modo de entender y abordar las problemáticas vinculadas a lo mental” (Ministerio de Salud de la Nación, 2021, p.14).

El Plan Nacional de Salud Mental 2021-2025 tiene por delante completar de manera definitiva y efectiva la transformación del sistema de atención y cuidados en Salud Mental, desplegando estrategias de promoción y prevención, fortaleciendo el Primer Nivel de Atención, asegurando internaciones breves y de calidad en el hospital general, completando los procesos de adecuación de los establecimientos monovalentes de internación a los objetivos y principios de la Ley, hasta su sustitución definitiva, a la par de la creación y fortalecimiento de dispositivos intermedios, para asegurar procesos de externación con inclusión social, garantizando acceso, calidad y equidad para toda la población (Ministerio de Salud de la Nación, 2021, p.19-20).

2.2.3 Sistema de Salud en la Provincia de Santa Fe

En la provincia de Santa Fe, al igual que en el resto del país, se distinguen tres sectores dentro del sistema de salud: el sector público, el sector privado y el de obras sociales. Cada sector se caracteriza por administrar una determinada red de servicios, y se diferencian en cuanto a las fuentes de financiamiento, modelos de atención y modelos políticos de gestión.

El sistema de salud público en Santa Fe es administrado por el Ministerio de Salud de la Provincia; y se organiza sobre la base de una red integrada de servicios de salud, que comprende efectores, dispositivos de soporte, programas y redes de apoyo, destinados al cuidado de la salud de los habitantes de la provincia, siguiendo los principios y valores de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Desde el año 2007 se inició un proceso de Reforma del Estado, a partir del cual la provincia es dividida en cinco regiones: Nodo Reconquista, Nodo Rafaela, Nodo Santa Fe, Nodo Rosario y Nodo Venado Tuerto. Esta regionalización tiene como principal objetivo el facilitar el proceso de descentralización del Estado santafesino, posibilitando un espacio de atención más cercano al lugar en donde las personas habitan. Es un proceso de organización de la red de servicios a nivel territorial, con el objetivo de alcanzar condiciones superiores de salud, garantizando accesibilidad y cobertura a la comunidad.

El conjunto de efectores que integran el sistema de salud público de la provincia de Santa Fe se encuentra organizado en tres niveles de atención con el fin de universalizar el acceso y la cobertura de cuidados integrales de salud, interviniendo de manera multidisciplinaria, con un nivel de atención asistencial adecuado en función de las necesidades de cuidado que requiera la población.

El primer nivel de atención está conformado por los Centros de Salud: efectores de salud sin internación, distribuidos en todo el territorio provincial, en cercanía con la población. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Los Centros de Salud son los encargados de garantizar la salud territorializada; en ellos se realizan actividades de promoción y prevención de salud, diagnósticos, atención ambulatoria, tratamientos y rehabilitación.

El segundo nivel está conformado por Hospitales y SAMCOs (Sistemas para la Atención Médica de la Comunidad) de baja y mediana atención asistencial y diagnóstica. Brindan servicios de atención especializada, internación abreviada y estabilización del usuario ante la urgencia y emergencia.

El tercer nivel de atención está constituido por efectores de alta complejidad médica y tecnológica, localizados de manera estratégica a nivel regional con responsabilidad territorial. Dentro de este nivel se encuentran todos los Hospitales de alta complejidad, son el último y más completo nivel de la red.

Para garantizar el funcionamiento de la red articulando los tres niveles, existe el Sistema integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) que cuenta con vehículos de traslados y centrales de operaciones y traslados.

2.2.4 Salud Mental en la Provincia de Santa Fe

Santa Fe fue una de las primeras provincias en contar con una ley de Salud Mental, por lo que se la considera, junto con Río Negro y Entre Ríos, como provincia pionera en cuestiones de Salud Mental.

La primera ley provincial fue la de Río Negro, la Ley N° 2.440, sancionada en el año 1991, conocida también como “Ley de desmanicomialización”. Promueve un sistema de salud que garantiza el tratamiento y rehabilitación de las personas con sufrimiento mental, y prohíbe la habilitación y funcionamiento de manicomios o neuropsiquiátricos que no se adecuen a los principios de la ley; a la vez que concibe a la internación como último recurso terapéutico (Chiarvetti, 2008).

En el mismo año, se sanciona la Ley de Salud Mental N° 10.772 de la Provincia de Santa Fe, la cual establece que se privilegiarán las alternativas de tratamiento que menos restrinjan la libertad y alejen del núcleo familiar y social. Asimismo, enfatiza en el derecho a ser escuchado, informado, y a su intimidad; debiendo ser tenidas en cuenta sus opiniones sobre el tipo de tratamiento a realizar.

La Ley N° 10.772 otorga un plazo de tres años para lograr la transformación institucional de los manicomios; y establece que el Estado deberá promover la implementación de medidas asistenciales alternativas: servicios de salud mental en hospitales generales, con o sin internación, atención domiciliaria en la comunidad, servicios de emergencia en salud mental, centros de salud mental en la comunidad, hospitales de día, casas de medio camino, entre otros.

Tres años más tarde, en 1994, Entre Ríos sanciona la ley Provincial N° 8.806, en concordancia con el nuevo paradigma que se estaba gestando en Salud Mental. La Ley de Salud Mental de Entre Ríos, plantea la internación como medida excepcional y transitoria, y la progresiva desmanicomialización en todo el territorio provincial.

Las tres leyes provinciales mencionadas coinciden en la no creación de nuevas instituciones y apuntan a la sustitución o transformación de las instituciones existentes. En todas ellas se plantea a la internación como medida excepcional, cuando no sea posible otra alternativa. Se trata de buscar alternativas al encierro mediante tratamientos ambulatorios, sin cortar los lazos sociales del paciente.

2.2.4.1 Lineamientos de la Dirección Provincial de Salud Mental

“Partimos de la base de entender la Salud como Derecho y al Estado como garante del mismo, y en este sentido, la Salud Mental en el marco de la Salud Integral y Comunitaria” (Dirección Provincial de Salud Mental, 2021).

La Dirección Provincial de Salud Mental, adoptando el marco normativo delimitado por la Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772, la Ley Nacional N° 26.657, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley N° 26.529, entiende a la salud mental como un proceso determinado por múltiples factores, por lo que su atención requiere de un trabajo interdisciplinario e intersectorial.

El énfasis debe estar en la atención de la salud mental comunitaria, transformando al usuario de salud mental de objeto de asistencia a sujeto de derecho, garantizando su autonomía y resguardando sus derechos. Es fundamental avanzar en una concepción de salud integral como eje de las prácticas, donde los usuarios de salud mental adquieran protagonismo, tanto en los tratamientos dentro del sistema de salud como en la elaboración de las políticas públicas que les incumben.

En concordancia con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, La Dirección de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe plantea que, dada la complejidad que presentan las problemáticas de salud mental, estas no pueden resolverse con la atención médica exclusivamente, por lo cual se propone una transformación del modelo de atención: de un modelo manicomial/hospitalocéntrico y medicalizante hacia un modelo de atención con servicios integrales e integrados en la comunidad, basado en la promoción y prevención de la salud, y en el mismo territorio donde se desarrolla la vida de las personas.

En caso de que se requiera para determinado paciente, una internación por salud mental, la misma debe realizarse en los Hospitales Generales de la Ciudad de Santa Fe, tal como establece la ley.

2.2.4.2 Hospital Dr. José María Cullen

El Hospital José María Cullen se inauguró el 9 de Julio de 1909, en Avenida Freyre (en ese entonces, Av. Garay), entre las calles Salta y Lisandro de la Torre (que en ese momento era calle Rosario). Los terrenos

para la construcción del “Nuevo Hospital de Caridad” fueron cedidos por la municipalidad a las damas de la Sociedad de Beneficencia de Santa Fe, quienes trabajaban desde hacía varios años en un Hospital de Caridad que funcionaba en el sureste de la Ciudad.

El antiguo Hospital de Caridad se encontraba ubicado en lo que hoy es San Martín, entre las calles Uruguay y Juan José Paso, pero sus instalaciones habían quedado chicas para el crecimiento poblacional de la Ciudad. Es por este motivo que la Sociedad de Beneficencia consideró necesaria la construcción de un nuevo edificio.

El 25 de mayo de 1902, durante el gobierno de Rodolfo Freyre, comenzó la construcción del nuevo Hospital de Caridad, siendo inaugurado el 9 de julio de 1909. En un principio el Hospital contaba con una doble fila de salas, y años más tarde se levantó el asilo y la capilla, en la parte posterior. Con el paso de los años, el hospital fue creciendo en infraestructura y tecnología, gracias a la solidaridad de la comunidad santafesina. Los fondos fueron bien administrados y proyectados en obras y equipamiento por las damas de Beneficencia.

El Hospital de Caridad fue conocido luego como Hospital de la Provincia, más tarde como Hospital Piloto, y en el año 1979 el Ministerio de Salud de la provincia impuso el nombre de “Hospital Dr. José María Cullen”. El Doctor Cullen fue el primer director del establecimiento, ocupando el cargo durante 24 años.

El Hospital Cullen se transformó en el Hospital más grande de Santa Fe, siendo referente regional dentro de la red de salud, en el centro y norte de la provincia. Actualmente cuenta con Servicios de Clínica Médica, Terapia Intensiva, Cardiología, Unidad Coronaria, Traumatología, Urología, Cirugía, Neurocirugía, Neurología, Oftalmología, Maternidad y Ginecología, entre otros.

2.3 INTERDISCIPLINA

Mencionamos anteriormente que la Ley N° 26.657 establece que la atención en salud mental debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario. Para poder comprender qué significa esto, es necesario primero señalar qué se entiende por interdisciplina.

Alicia Stolkiner (1987), plantea que las concepciones hegemónicas en Salud, en nuestro país, se sostienen en supuestos de tipo positivista y liberal. "La ciencia positiva se esfuerza por categorizar, fragmentar la realidad en partes y asignarle a cada una de ellas su disciplina" (Stolkiner, 1987, p. 194).

Tal como afirma Nora Elichiry (1987), dentro de cada disciplina se forman áreas cada vez más especializadas; ya que se considera que el conocimiento es mejor, o más científico, cuando mayor es la especialización. Esta tendencia a la súper especialización, produce, en muchos casos, una fragmentación del modelo de atención en partes distintas.

El objeto de estudio de la medicina científica pasa a ser un cuerpo fragmentado en órganos. El ideario positivista conlleva a una medicina biologista, individualista, llena de categorizaciones y cuadros definidos de manera estricta, en donde la causa de la enfermedad será buscada sin tener en cuenta los factores socio-históricos. Esta medicina científica, sin embargo, encuentra sus límites frente a grandes problemas que no pueden ser resueltos sin tener en cuenta los múltiples factores que los atraviesan.

La interdisciplina, tal como plantea Stolkiner (1987), es justamente un emergente de un momento en el cual los paradigmas positivistas de las ciencias se fisuran. Surge a partir del encuentro con problemas cada vez más complejos, que no son posibles de resolver desde una sola disciplina, o desde un sólo punto de vista.

En sus propias palabras:

La interdisciplina nace (...) de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales invadidas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos (Stolkiner, 1987, p. 313).

Se trata de una transformación de las formas de representar el pensamiento científico; un movimiento que va desde la ciencia poseedora de un objeto y un método, a los campos conceptuales articulados en prácticas sociales alrededor de situaciones problemáticas (Stolkiner, 2005, p. 1).

En concordancia con la autora, Nora Elichiry (1987), postula que la interdisciplina surge como respuesta a problemas que son cada vez más complejos. Su propuesta es "partir de los problemas y no de las disciplinas dadas" (p. 335). Menciona que la demarcación disciplinaria como rígida y fija ha sido una

característica de los modelos positivistas, pero considera que los problemas no tienen fronteras disciplinarias, y por lo tanto no pueden encuadrarse en una sola disciplina.

“La interdisciplinareidad incluye intercambios disciplinarios que producen enriquecimiento mutuo y transformación. Estos intercambios disciplinarios implican además interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas a través de la reciprocidad entre estas áreas, con intercambio de instrumentos, métodos, técnicas, etc.” (Elichiry, 1987, p. 336). Es importante que cada disciplina mantenga su identidad y especificidad, reconociendo la complejidad y unidad de la realidad, pero con la necesaria división del trabajo científico para lograr un abordaje interdisciplinario.

La interdisciplina no es la simple yuxtaposición de disciplinas o áreas de conocimiento, no se trata de que cada profesional se dedique a su especialidad de manera aislada o separada, sino que es fundamental la interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas, que permitan un enriquecimiento mutuo.

Nora Elichiry (1987) plantea cinco prerequisites complementarios para la interdisciplina: Trabajo en equipo, Intencionalidad, Flexibilidad, Cooperación recurrente y Reciprocidad. Con estos requisitos se llegaría al máximo nivel, que es el de la integración sistémica. La clave del trabajo interdisciplinario reside en que los profesionales desempeñen su función individualmente, pero no independientemente. No se trata de que cada uno se encargue de la parte del problema que condice con su campo disciplinario, sino que se debe llegar a una construcción conceptual común del problema, que permita pensar una estrategia de abordaje.

Stolkiner (2005) señala que hablar de interdisciplina implica necesariamente posicionarse desde un paradigma post positivista, reconociendo la historicidad y la complejidad de la realidad.

La interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Legítima algo que existía previamente: las importaciones de un campo a otro, la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas (Stolkiner, 2005, p. 5).

Es necesario el reconocimiento de la incompletud del propio campo disciplinar para dar respuesta a los problemas, y estar dispuestos a escuchar a otros, a trabajar en coordinación con otras disciplinas, para buscar una estrategia de abordaje desde una mirada más abarcativa.

La autora menciona que, en los equipos de salud, lo interdisciplinario se manifiesta cuando las funciones y la importancia relativa a cada saber se definen en relación a la problemática, y no por el peso de cada profesión. “En el espacio hospitalario y de atención de mayor complejidad lo esperable sería pasar de la “interconsulta” a la integración de acción de salud mental en los servicios, con el objetivo de revertir la desobjetivación de las prácticas tradicionales” (Stolkiner, 2005, p.7).

Para el trabajo interdisciplinario se requiere también de un contexto institucional favorable al trabajo grupal, es decir, que exista tiempo y espacio para desarrollar reuniones de equipo, las cuales resultan fundamentales para la elaboración de estrategias adecuadas ante cada situación (Asociación por los Derechos en Salud Mental, 2017).

CAPÍTULO III. ENCUADRE METODOLÓGICO

3.1 ELECCIÓN DE LA MODALIDAD

En este trabajo adoptamos la investigación de campo como modalidad de producción de conocimiento. Entendemos la investigación como una práctica social situada en determinado contexto socio-histórico-político, cuyo propósito central es generar conocimiento científico. La investigación de campo conlleva un trabajo exploratorio que articula teoría y práctica, a partir de la aproximación a referentes empíricos. En este caso, nos insertamos en el Hospital Dr. José María Cullen, de la Ciudad de Santa Fe, para trabajar con profesionales del Equipo de Salud Mental.

3.2 TIPO DE DISEÑO

El tipo de diseño elegido para llevar adelante la investigación corresponde a una lógica cualitativa, por considerarla la más adecuada para obtener el conocimiento que pretendemos con el presente trabajo.

Taylor y Bodgan (1987) definen a la metodología cualitativa como “aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (p. 20). Los estudios cualitativos siguen un diseño de investigación flexible, se siguen ciertos lineamientos orientadores, pero no reglas.

Por su parte, Maxwell (1996) plantea que, en el proceso de la investigación cualitativa, “cada componente del diseño puede necesitar ser reconsiderado o modificado en respuesta a nuevos desarrollos o a cambios en alguno de los otros componentes” (p. 2). El diseño no se trata de una serie de etapas o pasos lineales.

Las actividades de recolección y análisis de datos, desarrollo y modificación de teoría, elaboración o reenfoque de las preguntas de investigación, e identificación o eliminación de las amenazas de

validez, usualmente están siguiendo todos, más o menos simultáneamente, cada uno la influencia de todos los otros (Maxwell, 1996, p. 2).

El autor propone un modelo interactivo, que tiene una estructura interconectada y flexible, en donde se reconoce la importancia de la interacción de los diferentes componentes del diseño, descartando un diseño que implique una determinada secuencia de pasos.

Asimismo, abordamos la investigación desde un diseño descriptivo, entendiendo que los mismos permiten describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos. “Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Sampieri, 2014, p. 92).

3.3 SELECCIÓN DEL CONTEXTO

3.3.1 Unidad de estudio

Esta investigación se llevó a cabo en el Hospital Dr. José María Cullen, de la Ciudad de Santa Fe.

Nos parece la ocasión adecuada para hacer un señalamiento que tuvo que ver con un hallazgo durante el proceso de investigación. Por la magnitud y alta complejidad que tiene el Hospital Cullen presuponíamos la existencia de un Servicio de Salud Mental, sin embargo, durante el transcurso de las entrevistas nos anoticiamos que el Hospital cuenta con un Equipo de profesionales conformado por psicólogos y psiquiatras, que atienden los pedidos de interconsulta e intervención que les dirigen desde otros Servicios, y desde la Guardia Central, pero dicho Equipo no está reconocido como Servicio. Es una cuestión burocrático administrativa que tiene impacto en las prácticas; aspectos que retomaremos en el espacio dedicado al análisis de datos.

Consideramos pertinente modificar el título de la investigación y la pregunta problema, nombrando como Equipo de Salud Mental al equipo de Psicólogos y Psiquiatras con los cuales trabajamos.

3.3.2 Unidad de análisis

Psicólogos y Psiquiatras que integran el Equipo de Salud Mental del Hospital Dr. José María Cullen, a quienes se les realizaron entrevistas.

3.3.3 Tipo de muestra

En esta investigación se trabajó con una muestra no probabilística, de tipo intencional. En las muestras no probabilísticas los marcos de selección se definen por criterios flexibles y se van delineando conforme avanza la investigación, la comunicatividad con los informantes, la claridad y la amplitud de la mirada del investigador (Guber, 2004).

Rosana Guber (2004) plantea que en las muestras no probabilísticas la ocasión y la eventualidad, la oportunidad del encuentro y el “caerse bien” entre el informante y el investigador son un requisito importante. Lo que tiene preponderancia en la definición de este tipo de muestra es la situación del encuentro, la capacidad de interpretar los objetivos de trabajo conjunto y las posibilidades de continuar la relación.

3.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN

Como técnica de recolección de información se utilizó la entrevista en profundidad.

Se realizaron entrevistas semidirigidas a los Psicólogos y Psiquiatras que conforman el Equipo de Salud Mental del Hospital. Las entrevistas fueron individuales, y estuvieron dirigidas por ciertas pautas o temas centrales que fueron pensados con anticipación, pero con la debida flexibilidad como para formular nuevos interrogantes que no estaban previstos, pero que se consideraron pertinentes durante el transcurso de la entrevista, permitiendo a los entrevistados poner en palabras sus perspectivas y experiencias.

Taylor y Bodgan (1987) plantean que las entrevistas, dentro de la lógica cualitativa, son flexibles y no directivas ni estructuradas. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, no se trata de un intercambio formal de preguntas y respuestas.

Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan sus propias palabras (Taylor y Bodgan, 1987, p.101).

A través de las entrevistas buscamos conocer las concepciones de Salud y Enfermedad de los profesionales que integran el Equipo de Salud Mental, identificando, además, los paradigmas desde los cuales se posicionan los profesionales al momento de plantear y realizar intervenciones.

3.5 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

A partir de los datos obtenidos se analizó la información mediante el método del Análisis Cualitativo. Tal como plantea Di Virgilio (2008), el proceso de análisis de una investigación cualitativa implica distintos momentos por los cuales va atravesando el investigador. Son momentos analíticos, y no cronológicos, y se extienden más allá de finalizado el trabajo de campo.

En el marco de la investigación cualitativa, tras la culminación de una sesión de recolección de datos sobreviene un proceso de análisis, y como resultado de éste se plantea una nueva recolección; y así sucesivamente hasta alcanzar la “saturación de categorías” (Di Virgilio, 2008, p.2).

Desde un primer momento, durante las primeras etapas de recolección de datos, se fueron registrando las ideas que surgían de manera sistemática y ordenada, para otorgarles gradualmente un sentido. La autora menciona la importancia de identificar los temas que aparecen repetidamente, y tomar nota de las ideas que surgen frente a ellos.

Posteriormente, una vez que todo el material fue recolectado, procedimos a codificarlo fragmento por fragmento, de manera que todos los datos obtenidos fueran reorganizados en categorías, temas, proposiciones y teorías conectadas dentro de un contexto.

En un tercer momento, realizamos el análisis final. Tal como plantea Di Virgilio (2008), intentamos descubrir de a poco la cadena lógica de evidencias que establecen una secuencia de factores, para poder dar una explicación al suceso que intentamos comprender.

En palabras de la autora:

Es un proceso de juntar trozos de datos, de hacer lo invisible obvio, de reconocer lo significativo desde lo insignificante, de ligar lógicamente hechos aparentemente desconectados, de ajustar categorías una con otra y atribuir consecuencias a los antecedentes. Es un proceso de conjetura y verificación, de corrección y modificación, de sugerencia y defensa. Es un proceso creativo de organización de datos que, al concluir, hará aparecer el esquema analítico casi como una obviedad. (Di Virgilio, 2008, p. 3).

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Los profesionales entrevistados para esta investigación fueron ocho en total: seis psicólogos y dos psiquiatras. Algunos de ellos con cargos permanentes en el Hospital, formando parte del Equipo de Salud Mental desde hace varios años, y otros realizando una comisión de servicio, o concurrencia, por diferentes períodos de tiempo.

A partir del relato de los profesionales y siguiendo el método del Análisis Cualitativo, realizamos una separación en tres categorías principales que se encuentran fuertemente entrelazadas: Concepciones de Salud, Desmanicomialización, Interdisciplina e Intersectorialidad. Dichas categorías guardan relación con los ejes principales de la Ley Nacional de Salud Mental, normativa que atraviesa todo el recorrido de nuestra investigación, como así también de las concepciones y prácticas de los profesionales que integran el Equipo de Salud Mental del Hospital Cullen.

4.1 CONCEPCIONES DE SALUD

En el presente apartado enunciaremos las concepciones de salud que se desprenden del relato de los profesionales entrevistados. Dichas concepciones en gran medida, son coincidentes con el paradigma de derechos en salud, que busca romper con las lógicas hegemónicas, priorizando en todo momento los derechos de los sujetos usuarios del sistema de salud.

4.1.1 Salud como estado de completo bienestar biopsicosocial

Al consultar sobre las concepciones de Salud y Enfermedad algunos de los entrevistados nombraron definiciones relacionadas con la de la Organización Mundial de la Salud. Predomina la idea de que son conceptos amplios y complejos, que no incluyen sólo la dimensión biológica, sino múltiples factores. Algunas definiciones fueron las siguientes:

Un bienestar biopsicosocial, y lo espiritual (...). Me parece que es importante tener en cuenta también el contexto epocal en el cual un sujeto está inmerso (Psicóloga I).

El concepto de salud es un concepto hace muchos años ya con una concepción biopsicosocial que es integrada por todos los factores (...) tiene que ver con el equilibrio de esos tres factores, ¿sí? Y la enfermedad es cuando falta alguno de esos tres componentes... no está funcionando, por decirlo de algún modo (Psicóloga II).

Sabemos que la definición de la OMS, enunciada en el año 1946 permitió ampliar la mirada acerca de la noción de salud, que se encontraba hasta ese momento ligada a la dimensión biológica exclusivamente. Sin embargo, ha sido también muy criticada por suponer la salud y la enfermedad como estados contrapuestos.

Salud desde un punto de vista biológico sería como la ausencia de enfermedades. (...) Pero obviamente... nuestra concepción es mucho más grande, y la salud incluye otros componentes, ¿no? Condiciones sociales, cuestiones de salud mental (...), ausencia de enfermedad es importante, pero también tener la posibilidad de desarrollar una vida que a uno le plazca. Incluye muchos componentes, ¿no? Hay cosas que enferman que no son las cuestiones biológicas (Psiquiatra I).

Es el completo bienestar psíquico, mental, social, laboral, en todos los ámbitos. La enfermedad en todo caso se puede pensar como la carencia de esto, el concepto de enfermedad es mucho más complejo que eso, por lo menos pensada desde el modelo médico que es desde donde yo me paro, pero pensemos entonces que la enfermedad es la ausencia de esto que suponemos en la salud (Psiquiatra II).

Si bien se tiene en cuenta a la salud como un concepto amplio, como un estado de bienestar biopsicosocial, atravesado por múltiples dimensiones; se sigue considerando la enfermedad como algo separado, como “ausencia” de estos componentes que estarían presentes en la salud, como si fuesen momentos distintos, siguiendo a Alicia Stolkiner (2020), en los que uno saldría de un estado de salubridad, para pasar a un estado de enfermedad.

No está de más observar que las últimas respuestas corresponden a los médicos psiquiatras a los cuales se entrevistó, quienes afirman estar posicionados “desde el modelo médico”.

4.1.2 Hacia una concepción más integral del Proceso Salud - Enfermedad

En otras respuestas aparece la idea de proceso o de conceptos interrelacionados que están atravesados por múltiples factores, y la importancia de tener en cuenta todas las dimensiones que influyen en ese proceso de salud – enfermedad. Estas concepciones permiten ampliar la mirada, entendiendo que no se trata de estados separados, en el cual habría -o no- un completo bienestar, sino que se trata de un proceso, en constante movimiento. Dicho proceso no es algo que le ocurre a un individuo aislado, sino que es necesario tener en cuenta el contexto, la dimensión social y cultural en el cual tiene lugar.

Es un conjunto digamos, es algo complejo. Salud (...) no implica solamente la ausencia de enfermedad, sino que tiene muchas aristas, que influyen en la salud: lo económico, lo social, lo cultural, todo eso influye en la salud. (...) Hay políticas de Salud y políticas de Estado que influyen en el proceso de salud - enfermedad (Psicóloga IV).

La salud y la enfermedad son procesos para mí, implican justamente una mirada sobre ese proceso digamos, una mirada interdisciplinaria e integral, ¿no? De alguna manera es poder pensar a los pacientes de esa manera también. Y no pensar solamente, referido a la enfermedad, en relación a lo que no funciona y nada más, digamos. Me parece que es poder justamente pensar que eso que la enfermedad conmueve y afecta de alguna manera está movilizándolo y conmoviendo todas las dimensiones de esa persona (Psicólogo V).

Una de las psicólogas entrevistadas, al preguntar por la concepción de Salud y Enfermedad respondió lo siguiente: “Son procesos interrelacionados y móviles, es decir, uno nunca está completamente sano, ni bueno... Sí hay momentos donde la enfermedad toma el cuerpo” (Psicóloga III). Nos parece interesante detenernos en esta definición, y entender también el contexto en el cual tienen lugar las prácticas de los profesionales de Salud Mental a los que se realizaron entrevistas.

El Hospital Cullen es un hospital general, de tercer nivel de atención. La mayoría de los pacientes que se encuentran atravesando una internación, lo hacen por alguna “patología orgánica”, lo cual lleva a pensar en esa internación como resultado de “la enfermedad que toma el cuerpo”. El Equipo de Salud Mental acompaña a esos pacientes, cuando son convocados por los médicos del Servicio en el cual el sujeto se encuentra internado, pero los pacientes “ingresan” al hospital generalmente por alguna cuestión biológica.

Consideramos que es fundamental dejar de pensar la Salud y la Enfermedad como estados separados y antagónicos, en los cuales habría ciertos componentes, o la ausencia de estos, para empezar a pensar en el proceso de salud - enfermedad, atravesado por múltiples dimensiones, e inmerso también en el contexto social en el cual se encuentra un sujeto.

Particularmente creemos importante destacar la noción de autocuidado, que menciona una de las entrevistadas:

Desde el ámbito hospitalario, si me tengo que situar acá (...) veo que hacen mucho hincapié en lo orgánico, pero a mí me parece que la salud va más allá de lo orgánico digamos, porque es algo que abarca muchos factores o aspectos: mental, social, el autocuidado, en ese sentido lo pienso (Psicóloga VI).

Esta psicóloga ha sido la única que mencionó la noción de cuidado o autocuidado como parte de la salud de un sujeto. Nos parece interesante señalarlo, ya que es una parte muy importante dentro del proceso de salud - enfermedad, tener en cuenta los cuidados que tiene un sujeto consigo mismo, con su familia y en su contexto socio histórico, y no pensar sólo la salud y enfermedad en términos de atención o respuesta sobre eso que “no está funcionando”.

Tal como plantea Alicia Stolkiner (2020), gran parte de los procesos de salud - enfermedad atención no suceden en el sistema formal de atención médica, sino en la vida cotidiana de los sujetos. El primer diagnóstico de una enfermedad generalmente se realiza en familia, en el sentido de pensar que hay un problema que requiere de una intervención médica; con lo cual el cuidado debe ser pensado como un eje central de las prácticas de salud.

4.1.3 Concepciones de Salud Mental

Al preguntar a los entrevistados qué entendían por Salud Mental o cómo podrían definirla, la mayoría de los profesionales ha hecho referencia en primer lugar a la definición que establece la Ley Nacional de Salud Mental, mencionando los distintos componentes que están presentes en el proceso de salud mental; y otros tuvieron dificultades para dar una definición, pese a que es un concepto “que usan siempre”.

Me quedo con el concepto de la ley, me parece que es un concepto muy amplio, muy amplio, que tiene muchas aristas, no solamente lo psíquico, sino lo social, lo espiritual, lo cultural, lo histórico, lo político (Psicóloga I).

Es el estado de bienestar psíquico (...), cómo se encuentra un sujeto, cómo se posiciona un sujeto en su vida... y en sus vínculos, en sus relaciones. Eso hace al estado de salud mental de una persona (Psicóloga II).

Recordemos que en su Artículo N° 3, la Ley N° 26.657 define a la Salud Mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (L. N. S. M., 2010).

El psiquiatra del Equipo, al preguntarle por la concepción de Salud Mental, comenzó a hablar sobre las enfermedades mentales directamente, planteando que no hay algo tan certero como en medicina, en donde ya “se sabe todo”. Considera que, en Salud Mental, no se sabe si existen las enfermedades mentales, si es una sola, o si son varias enfermedades. (Psiquiatra I).

Nos parece importante destacar la definición de uno de los psicólogos, que plantea la idea de proceso de salud mental, ampliando la mirada:

La salud mental es un proceso, que implica la interdisciplina digamos, no es una propiedad de los psicólogos y de los psiquiatras no más, porque tiene que ver con ese proceso donde entran en juego factores de todas las dimensiones del hombre: biológicos, psicológicos, social, espiritual, digamos, entonces me parece que tener una mirada integral es muy importante (Psicólogo V).

Asimismo, otras definiciones fueron también muy interesantes, por considerar la Salud Mental como parte integrante del mismo concepto de Salud, y no como conceptos separados:

Salud mental también, no es solamente en relación a lo psíquico y a lo emocional, por esto mismo que te digo, la salud pensada en sentido amplio, se podría decir: lo social, lo cultural y lo económico también atraviesa a la salud mental, entonces son todos estos factores que influyen (Psicóloga IV).

La salud mental yo la veo como una extensión del concepto de salud, no la veo como algo aparte. (...). Es este completo estado de bienestar que te permite a vos desenvolverte en todos los ámbitos

de tu vida (...). No me parece que sea un concepto aparte, no me parece que se pueda pensar como... aparte, digamos. Debería ser parte del mismo concepto (Psiquiatra II).

La psiquiatra del Equipo menciona que, en todo caso, a la definición de salud, se debería sumar la vida de relación, los vínculos, pensando en el completo estado de bienestar que nos permite desenvolvernó en todos los ámbitos de la vida. Nos parece importante remarcar esto ya que ha podido pensar la Salud Mental como parte integrante del concepto mismo de Salud, en consonancia con lo planteado por Alicia Stolkiner y Sara Ardila Gómez (2012), quienes sostienen que todos los procesos vitales implican la dimensión subjetiva y orgánica indisolublemente.

Si bien en el hospital predomina la mirada médica, que hace hincapié en el aspecto orgánico, es importante tener en cuenta que la Salud va más allá de lo estrictamente biológico. La mayoría de los entrevistados ha podido hablar de Salud - Enfermedad y Salud Mental en sentido amplio, destacando la importancia de tener una mirada integral y abarcativa, que no deje de lado los distintos factores o aspectos que influyen en el proceso.

Podemos pensar que, en líneas generales, estas concepciones son coincidentes con el paradigma de derechos en salud, dado que se acercan a una concepción de salud integral, que busca correr al sujeto del lugar del objeto que históricamente le fue asignado por el paradigma médico hegemónico, para pensarlo como protagonista del proceso de salud - enfermedad.

Al mismo tiempo, muchos de ellos piensan la Salud Mental como parte del campo de la Salud en sentido amplio, entendiendo que la problemática que presenta un sujeto debe ser abordada en su complejidad, sin desatender la dimensión subjetiva. Sin embargo, encontramos tanto en sus dichos como en sus prácticas, algunas concepciones propias del Modelo Médico Hegemónico, que sigue siendo predominante en la lógica hospitalaria.

4.1.4 Salud Mental en un Hospital General

Si bien los psicólogos y psiquiatras que conforman el Equipo de Salud Mental del Hospital Cullen plantean en su discurso una concepción de salud integral, tomando cierta distancia de los postulados propios

del Modelo Médico Hegemónico, consideramos que dentro de la lógica hospitalaria quedan ligados muchas veces a prácticas propias del paradigma positivista.

Actualmente el Equipo de Salud Mental no está reconocido como un Servicio dentro del Hospital Cullen, no tiene el mismo estatuto que los Servicios de Clínica Médica, Traumatología o Neurología. Esto no es un dato menor, teniendo en cuenta que el Hospital Cullen es un efector de salud del tercer nivel de atención, de más de 300 camas, referente regional de todo el centro y norte de la Provincia de Santa Fe. Que un hospital de tanta magnitud no le dé un lugar relevante a la Salud Mental, habla de las dificultades que persisten en el organigrama de dicha institución, para lograr una concepción realmente integral de la salud.

El Equipo de Salud Mental era en sus inicios una sección que dependía del Servicio de Neurotoxicología, y estaba integrado sólo por psicólogos. Entre los años 2015 y 2016 consiguen hacer una separación del Servicio de Neurotoxicología, se incorporan profesionales psiquiatras y logran conformarse como Equipo de Salud Mental, pasando a depender directamente del Director del Hospital.

Esta conformación como Equipo de Salud Mental y la incorporación de psiquiatras empieza a gestarse a partir de la Sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, y surge junto con la necesidad de pensarse como un equipo interdisciplinario, integrado no sólo por psicólogos, sino también por otros profesionales, ya que el hecho de no tener psiquiatras era un obstáculo en la atención de muchos pacientes que, por no contar con un profesional que pueda indicar medicación, en ciertos casos, debían ser derivados a otro hospital.

El Equipo de Salud Mental actualmente no cuenta con jefatura sino con una “coordinación”. Está conformado por cuatro psicólogos con cargos de planta en el Hospital, una de ellas de licencia por enfermedad; dos psicólogas y un psiquiatra de la Dirección Provincial de Salud Mental, con una comisión de servicio; y una psiquiatra que se encuentra haciendo una asistencia de doce horas, en reemplazo de la psicóloga que está de licencia.

Además, como el Hospital Cullen es un Hospital Escuela, el Equipo de Salud Mental cuenta con Concurrentes (actualmente dos psicólogas) y Residentes. También realizan durante algunas semanas o meses las Prácticas Profesionales Supervisadas los estudiantes de las carreras de Psicología.

Cabe aclarar que, aunque en esta investigación en un primer momento se planteó trabajar con los integrantes del Servicio de Salud Mental del Hospital Cullen, durante el transcurso de las entrevistas, nos anoticiamos que en realidad no es un Servicio, sino un Equipo de Salud Mental. Si bien hay actualmente un

pedido formal (desde hace años) para ser reconocidos como Servicio, todavía no lo lograron, lo cual trae varias consecuencias, no tanto en la función que cumple el Equipo dentro del hospital, sino en cuanto a los recursos económicos, informáticos y humanos que le son proporcionados desde la Dirección del Hospital, la Dirección Provincial de Salud Mental, y Ministerio de Salud de la Provincia.

Tenemos un pedido hecho, pero bueno, todo eso implica un movimiento hospitalario y ministerial (...). Si nosotros fuéramos servicio, eso implica mayores recursos humanos, económicos, toda una movida que bueno... políticamente no sé si hay tanto interés en sostenerla (Psicóloga III).

No tienen jefatura, ni tampoco un área dedicada. Si bien cuentan con un espacio físico de varios consultorios, que se encuentra en el subsuelo del hospital, no hay habitaciones o salas con camas disponibles para internaciones por salud mental, y tampoco cuentan con guardias. No tienen acceso al sistema de ingreso de pacientes, lo cual trae la dificultad de que no puedan realizar internaciones por ellos mismos. Toda internación que se realice por criterios de salud mental deben hacerla a través del Servicio de Clínica Médica, ya que ese paciente debe quedar al cuidado de médicos y enfermeros de algún servicio, y el Equipo de Salud Mental no cuenta con los profesionales necesarios.

No ser un servicio le quita visibilidad al trabajo del Equipo: “somos como gente ahí que se junta para hacer una cosa... no un servicio” (Psiquiatra I).

Consideramos que el hecho de no otorgarle un estatuto de Servicio en el organigrama hospitalario, ni realizar las modificaciones edilicias necesarias para poder cumplir con los postulados de la Ley Nacional de Salud Mental, habilitando condiciones adecuadas para las internaciones por salud mental -en caso de ser necesarias- habla del lugar que se le da hoy en día a la Salud Mental en la institución: es pensada como algo aparte, separado, escindido de las acciones de salud, y casi siempre ubicada en un rango de menor importancia.

Acá la UTI pide un ecógrafo, un tomógrafo, una cama, un respirador y el hospital sale, se mueve, se activa... porque es un hospital de emergencia. (...) Pero si yo voy y digo “che, necesito un psiquiatra” ... estoy hace 8 años pidiendo un psiquiatra... y que no, que no existen los recursos, que ya lo pedí, que no... (Psicóloga II)

Todo esto lleva a preguntarnos: ¿Qué importancia tiene la Salud Mental para los profesionales que integran los demás servicios, para los directivos del hospital, y para el Ministerio de Salud de la Provincia?

Parecería que el Equipo de Salud Mental “tiene que estar” en el hospital, ya que se requiere de psicólogos y psiquiatras en situaciones puntuales; pero no hay un interés real por fortalecer los Equipos de Salud Mental de los hospitales en general.

Consideramos que el Hospital Cullen, como institución de salud, aún está lejos de tener una concepción de salud integral, que pueda pensar a la salud mental dentro de la noción misma de salud.

4.1.4.1 Disociación entre la Salud del Cuerpo y la Salud Mental

Dentro del hospital hay una clara disociación entre la salud o enfermedad orgánica, que puede rápidamente identificarse en un órgano o parte del cuerpo, y por lo tanto será atendida desde el Servicio “especializado” en dicho órgano; y la salud o padecimiento mental.

Resulta visible el poco interés que adquieren las cuestiones relacionadas con la salud mental. Lejos de pensarla como parte integrante del proceso de salud - enfermedad, las primeras intervenciones apuntan a resolver pura y exclusivamente la patología “orgánica” con la que llega un sujeto, dejando de lado las cuestiones subjetivas, que también son parte de dicho proceso.

En el transcurso de las entrevistas, se mencionaron varias situaciones que ejemplifican esta disociación entre el cuerpo y la mente: pedidos de interconsultas que reciben desde diferentes servicios del hospital ante la dificultad con la que se encuentran los médicos al no arribar a un diagnóstico “orgánico”, dando por sentado que, si no se encuentran causas visibles, objetivables, para el malestar de un sujeto, entonces deberá tratarse de “algo de salud mental”.

En muchas situaciones la intervención es sólo médica, con el propósito de redimir los síntomas, sin tener en cuenta las cuestiones subjetivas, sociales y culturales del sujeto. Ejemplo de esto son los casos en los que los médicos programan una cirugía sin tener en cuenta que el paciente tiene miedo de entrar al quirófano, lo cual hace que llegue el día de la operación y no puedan llevarla adelante, por no haber trabajado previamente los miedos que atraviesan al sujeto.

También sucede que en determinadas situaciones se trata el problema agudo con el que llega la persona, sin tener en cuenta que a veces es repetitivo, y se va a seguir repitiendo si no se trabaja el problema de fondo.

Consideramos que la remisión de los síntomas, en ciertas situaciones no implica haber solucionado la problemática que afecta a una persona, por eso es necesario que el abordaje se pueda pensar de manera integral, sin descuidar en ningún caso la dimensión subjetiva.

4.1.4.2 Paradigma positivista: necesidad de objetivar

En el Hospital Cullen predomina el Modelo Médico Hegemónico, sobre todo porque se trata de un hospital de emergencia, donde lo primero que se decide es sobre la salud orgánica del paciente (Psicóloga III).

En un hospital de tercer nivel de atención, el modelo médico es el que se impone (...). Lo que se intenta hacer es objetivar la enfermedad para darle solución a eso, con lo cual eso es el modelo médico, en realidad (...). El paradigma es el método científico (Psiquiatra II).

El método científico consiste justamente en objetivar lo que más se pueda los signos y los síntomas, para arribar a un diagnóstico y darle una solución a la enfermedad. Se considera que es más eficaz cuando más objetivo logra ser, pero en ese intento por objetivar los signos y los síntomas, se termina colocando muchas veces al paciente en lugar de objeto, dejando de lado su subjetividad.

La coordinadora del Equipo de Salud Mental sostiene que, en el hospital, el paciente “*es más un objeto de estudio que un sujeto que padece*” (Psicóloga IV). A veces el hecho de colocar al paciente en este lugar, es un mecanismo defensivo de los médicos, por lo que implica la propia subjetividad con la subjetividad de ese paciente, es un “*no querer encontrarse con eso propio que le pasa*” (Psicóloga IV), pero esa objetividad muchas veces termina siendo perjudicial en la atención de ese sujeto.

En relación a esto, una de las psicólogas del Equipo, que se encuentra haciendo una concurrencia hace algunos meses, menciona que desde que llegó al hospital se sorprendió del discurso médico que gira dentro del mismo: “*un discurso donde hay que hacer TODO por el paciente, en el sentido de que ellos tienen como la salvación, la curación, y hay veces que no*” (Psicóloga VI). Los médicos se encuentran en un lugar omnipotente, como si tuvieran el poder de resolverlo todo.

Esta misma psicóloga menciona que el posicionamiento desde el psicoanálisis tiene que ver con abandonar un poco esa omnipotencia, para poder pensar que no es un trabajo que uno haga solo, sino que la subjetividad del paciente también interviene en estos procesos y no es menor darle un lugar.

Hay un distanciamiento necesario, que los médicos tienen que tener en ciertos momentos, en especial los cirujanos, para poder operar, pero eso no significa que tengan que perder la humanidad (Psicóloga VI).

Hay servicios en los que se siguen haciendo los pases de sala a pie de cama, alrededor del paciente, en donde los médicos hablan mirando al jefe del servicio o al jefe de residentes, y al paciente ni se lo mira, y mucho menos se lo hace partícipe de su proceso de salud - enfermedad: “*Paciente cama 5, mujer, femenina, 29*” (Psiquiatra II). No deja de ser una mirada médica solamente sobre la enfermedad, vaciando de subjetividad los padecimientos.

Los profesionales entrevistados enfatizan y destacan la importancia de que en las prácticas médicas se tengan en cuenta otras cuestiones que van más allá de los signos y síntomas que se pueden observar en un cuerpo, cuestiones que tienen que ver con la singularidad, con la cultura y la historia que trae un sujeto, ya que hacen a la posibilidad de brindar una atención realmente integral, en donde los usuarios del sistema de salud adquieran protagonismo.

Una de las funciones del Equipo de Salud Mental es tratar de generar un acercamiento entre el médico y el paciente, para que este último pueda ser reconocido como un sujeto, y no como mero objeto de la intervención médica. Muchas veces desde el Equipo de Salud Mental se trabaja con las limitaciones del modelo médico, dando lugar a la dimensión subjetiva del paciente (Psiquiatra II).

4.1.5 Posibilidad de introducir un discurso diferente

Los modos de abordaje para cada problemática difieren según las concepciones de Salud y de Enfermedad que tiene cada profesional. En una institución de Salud como el Hospital Cullen, que está fuertemente atravesada por el discurso médico, “*uno tiene que hacerse un lugar, introducir un discurso diferente y una forma de pensar la atención, la salud y la enfermedad de una manera diferente*” (Psicólogo V).

Si se considera la enfermedad como “aquello que no está funcionando” y al médico como el único capacitado para revertir tal situación, la atención probablemente esté centrada sólo en redimir los síntomas, sin dar lugar a la dimensión subjetiva.

“Nuestra concepción teórica de las cosas es lo que nos guía en la práctica. (...) No pueden estar desconectados, si uno tiene tal posicionamiento... probablemente actúe en consecuencia de eso, y su práctica esté orientada a ese posicionamiento teórico sobre la salud, la enfermedad, la salud mental” (Psicóloga III).

Se destaca en las entrevistas la importancia de tener una mirada integral, que pueda considerar los aspectos biológicos, sociales, culturales, subjetivos, etc. que atraviesan a un sujeto que llega al hospital. El trabajo en conjunto entre los profesionales de Salud Mental y médicos de otros servicios amplía la mirada, reconociendo al paciente como sujeto de derechos, y posibilitando prácticas de salud acorde a la complejidad de los padecimientos.

4.2 DESMANICOMIALIZACIÓN

Mencionaremos en el presente apartado los principales cambios posibilitados a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, que produjeron importantes avances hacia una atención de la salud - incluida la salud mental- un poco más integral; como así también algunas de las dificultades con las cuales se encuentran hoy en día, como Equipo de Salud Mental para adecuarse a los postulados que la ley plantea.

4.2.1 Cambios introducidos por la Ley Nacional de Salud Mental

A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental se empezaron a producir cambios importantes con respecto a la atención de los pacientes.

El hospital se transformó completamente. Nosotros no hacíamos internaciones. Nosotros hacíamos seguimiento de pacientes internados por alguna situación clínica, orgánica. El paciente exclusivo de salud mental iba al Mira y López (Psicóloga I).

4.2.1.1 Internaciones de Salud Mental en Hospitales Generales

A partir de las entrevistas realizadas tomamos conocimiento de las prácticas que tenían lugar en el Hospital Cullen años antes de la publicación de la Ley Nacional de Salud Mental: los pacientes con problemáticas de salud mental eran derivados a otro hospital, salvo que tuviesen algún compromiso orgánico. El Equipo de Salud Mental -que en ese momento era una sección de psicología- veía fundamentalmente pacientes que se internaban por ingestas medicamentosas. *“Todo lo que fuera un poquito más complejo en salud mental iba al Mira y López”* (Psicóloga III).

Llevó bastante tiempo poder instalar la idea de que era posible realizar una internación de Salud Mental en un hospital general. Hubo algunas capacitaciones, fundamentalmente para los profesionales de la Guardia Central del hospital, ya que son quienes reciben al paciente en primera instancia, y para los profesionales del Servicio de Neurotoxicología, para el manejo de sujeción mecánica y crisis subjetivas.

Las internaciones por criterios de salud mental tuvieron mucha resistencia por parte de algunos profesionales, pero con el tiempo se comenzaron a realizar. Si bien el Decreto Reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental, planteaba el cierre definitivo de las instituciones psiquiátricas para el año 2020, y las internaciones de los pacientes en Hospitales Generales en caso de ser necesarias, tal normativa no se cumple, o encuentra resistencias en su implementación: al día de hoy, las instituciones monovalentes de Salud Mental siguen funcionando.

El Equipo de Salud Mental del Hospital Cullen funciona de lunes a viernes, de 8 a 13 hs. Durante ese horario, pueden convocarlos desde la Guardia para la valoración de algún paciente. Los fines de semana, la Guardia Central del Hospital puede contactar a la guardia pasiva de los fines de semana, llamada “Equipo Soporte Interdisciplinario para la asistencia en Urgencias de Salud Mental” en Guardias de Hospitales Generales, que depende de la Dirección Provincial de Salud Mental. Esta guardia fue creada en el año 2011, para brindar asistencia a todos los hospitales generales de la ciudad que no cuentan con Servicio de Salud Mental los fines de semana.

Además, desde el mes de abril del corriente año, se está implementando un dispositivo de guardias activas y móviles, también dependiente de la Dirección Provincial de Salud Mental, el cual funciona de lunes a viernes, en tres hospitales de la ciudad: El Hospital Cullen, el Hospital Iturraspe y el Protomédico.

Está conformada por equipos interdisciplinarios, y funciona de forma itinerante: tres días hacen base en el Hospital Cullen y dos días en el Iturraspe, pero responden al llamado de los tres hospitales.

Estos Equipos Soporte, buscan suplir la carencia de guardias en Salud Mental que tienen los hospitales generales de la ciudad, brindando mayores herramientas para la atención de la urgencia en salud mental. Consideramos que son un recurso fundamental en la actualidad, aunque sería importante también la implementación de políticas que permitan fortalecer los Equipos que ya se encuentran trabajando en cada Hospital.

Los psicólogos y psiquiatras entrevistados manifiestan que se avanzó muchísimo, y que poco a poco se van produciendo algunos cambios en la atención de la Salud Mental. Reconocen que la Provincia de Santa Fe es una de las provincias pioneras, que ha logrado muchísimos avances en comparación con otras, pero, aun así, sigue habiendo una fuerte resistencia, no solo al interior del hospital, sino también a nivel ministerial (Psicóloga II).

Yo creo que la ley... si bien falta muchísimo todavía, me parece que la ley nos convierte a nosotros en actores, para poder... generar cambios de políticas públicas, de salud, de trabajo, formas de trabajo (Psicólogo V).

La Ley establece un marco legal, que permite a los profesionales del campo de la salud mental posicionarse de determinada manera, para exigir a las autoridades y a la Dirección Provincial de Salud Mental los recursos necesarios para la atención de los usuarios de los Servicios de Salud Mental en los hospitales en general (Psicólogo V).

4.2.1.2 Readecuación de las prácticas del Equipo de Salud Mental

Anteriormente el Equipo de Salud Mental realizaba acompañamientos de pacientes que se encontraban internados por alguna cuestión orgánica, entrevistas de admisión y atención de pacientes por consultorio externo. Con la Ley Nacional de Salud Mental, se impulsó una readecuación de las funciones y prácticas realizadas por los profesionales que conforman dicho Equipo.

Se produjo el cierre de los consultorios al interior de los hospitales generales, por lo cual el Equipo de Salud Mental dejó de realizar atención de pacientes por consultorio externo. Con la apertura del

CEMAFE⁶, y en función de adecuarse a los niveles de atención en salud, todo lo relacionado a la atención ambulatoria pasó a dicha institución.

Conviene recordar que el Hospital Cullen es un centro de alta complejidad, un efector de salud del tercer nivel, con lo cual realiza atención de agudos y de urgencias. El Equipo de Salud Mental de dicho hospital, comenzó a trabajar exclusivamente con el acompañamiento de pacientes que se encuentran internados y con situaciones de urgencias o crisis subjetivas en la guardia.

Ante esta reorganización de las funciones del Equipo de Salud Mental surgen algunos interrogantes, que los mismos psicólogos y psiquiatras mencionan en las entrevistas: ¿qué es un tercer nivel de atención en salud mental? ¿cómo adecuarse a este tercer nivel si no formamos parte de la Guardia Central del hospital?

Planteamos estos interrogantes para pensar lo importante que sería fortalecer los Equipos de Salud Mental de cada Hospital General de la Ciudad, de modo que puedan formar parte del equipo de profesionales que recibe a un sujeto en la Guardia, para elaborar una construcción conceptual común de la problemática, que permita pensar una estrategia de abordaje en conjunto con los médicos, posibilitando una mirada más integral en relación a los procesos de salud y sus determinantes.

4.2.1.3 Cambio en la currícula de los estudiantes

Los entrevistados sostienen que en los últimos años se empezó a producir un cambio en la atención de la Salud Mental en el hospital, el cual estaría asociado con el cambio que se produjo en las currículas de formación de grado de las profesiones del campo de la salud, principalmente en la carrera de medicina, que ha incorporado cuestiones relacionadas a la Salud Mental y a la importancia de abordar la salud de manera integral e interdisciplinaria.

Antes era más difícil que el médico tenga una mirada más ampliada, hoy en día los residentes ya desde la facultad vienen con una formación más interdisciplinaria (Psicóloga II).

⁶ Centro de Especialidades Médicas de Santa Fe. Inaugurado en el año 2017.

Hubo un cambio en la formación de los estudiantes de medicina, que le dio a la Salud Mental un lugar mucho más relevante que el que se le daba anteriormente, formando una generación de médicos que se interesan por las cuestiones subjetivas de los pacientes (Psiquiatra II), aunque alguna voz en disonancia respecto a esto último destaca críticas que persisten en la formación de medicina, así como en el sistema de residencias y especializaciones de la misma.

Sin dudas la incorporación de aspectos integrales de salud en la formación de grado de los profesionales brinda herramientas, y posibilita un acercamiento hacia concepciones propias del paradigma de derechos humanos, entendiendo a la salud mental como parte indisociable de las prácticas de salud.

4.2.1.4 Acceso a la medicación

Otro de los cambios fundamentales que se produjeron a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, fue la posibilidad de tener acceso a la medicación. Los entrevistados destacan que anteriormente los psicofármacos eran distribuidos por el Hospital Mira y López, que funcionaba como farmacia central. Hoy en día, cada centro de salud recibe de la farmacia central los medicamentos en función de la planilla de pacientes que tiene, lo cual generó un avance enorme y mayor continuidad en los tratamientos.

Que los usuarios del sistema de salud/ salud mental puedan retirar los psicofármacos en el centro de salud más cercano a su domicilio, es un cambio fundamental en el proceso de desmanicomialización, ya que implica la posibilidad de pensar el tratamiento de una persona con padecimiento mental de manera ambulatoria, en su lugar de residencia, y, por lo tanto, por fuera de instituciones monovalentes.

4.2.2 **Dificultades para adecuarse a los postulados de la Ley Nacional de Salud Mental**

Los psicólogos y psiquiatras del Equipo sostienen que encuentran amplias dificultades para cumplir con los parámetros estipulados por la ley: “*Está la ley, pero no la implementación*” (Psicóloga IV). Pese a que fue sancionada hace más de 10 años, en la práctica se encuentran con un montón de limitaciones que no permiten realmente sostenerla (Psicóloga II).

Para cerrar manicomios hay que hacer una construcción que no está hecha, en términos no solo epidemiológicos, y de políticas públicas, sino en términos económicos. Hay que crear un montón de dispositivos alternativos para sostener eso, que no los hay (Psicóloga II).

4.2.2.1 Las condiciones de la internación

Hay un crecimiento enorme respecto a lo que era antes, pero siguen faltando recursos, capacitación, predisposición, y formación en salud mental para que las internaciones realmente puedan tener lugar en hospitales generales, en las condiciones que la ley plantea.

Hubo un cambio, antes el paciente entraba por guardia y decía “me quise matar”, lo subían a una ambulancia y lo llevaban al Mira y López. Hoy en día te llaman y si lo tenemos que dejar internado lo dejamos (Psicóloga II).

Sin embargo, el Hospital Mira y López sigue funcionando: “dice no ser más monovalente, pero efectivamente es el único lugar donde se manejan las crisis subjetivas más grandes” (Psicóloga II). Por lo general, los pacientes en crisis o con una psicosis descompensada, son llevados directamente por la policía o la ambulancia al Mira y López. Son muy pocos los pacientes que llegan con crisis subjetivas grandes al Hospital Cullen, y generalmente no son internados allí.

Si llega un paciente con determinadas características nosotros llamamos al 107 y al Mira y López y no se queda acá, y todo el mundo entiende que no se puede quedar acá (Psicóloga II).

Si bien se realizan internaciones por criterios de Salud Mental, persisten al interior de la institución dificultades para adecuarse realmente a los postulados que la ley plantea. Hoy en día no están dadas las condiciones ni existen los recursos necesarios como para que un paciente con una crisis subjetiva grave, o un brote psicótico pueda ser internado en el Hospital Cullen.

Al no contar con un área dedicada, ni enfermeros dentro del Equipo de Salud Mental, los pacientes que requieren una internación por criterios de salud mental, quedan al cuidado de enfermeros de otros servicios, que no saben cómo posicionarse frente a ellos, por no contar con las herramientas necesarias. Generalmente, intentan que estas internaciones se realicen en el Servicio de Clínica Médica, pero no siempre

es posible, ya que se piensa como la internación de cualquier otro paciente “*por cama disponible*” (Psiquiatra II), aspecto que genera cierta disconformidad en el Equipo.

Hay una especificidad de cada una de las profesiones (...). UTI tiene características que no tiene Cardio, que no tiene Neurotoxicología (...). Hay especificidades, hay técnicas, hay herramientas que cada uno de los enfermeros tiene que tener (Psicóloga IV).

La necesidad de mayor capacitación para los enfermeros es un reclamo que se repite en casi todos los profesionales entrevistados. “*Hay algunos que se dan más maña, porque se posicionan desde otro lugar, pero no es porque tengan una capacitación*” (Psicóloga IV).

Es fundamental que se generen las condiciones para que las internaciones de Salud Mental puedan realizarse adecuadamente. En los últimos años se hicieron importantes remodelaciones edilicias en el Hospital Cullen, se refaccionó la Guardia Central y se están pensando modificaciones para mejorar las condiciones de muchos servicios, sin embargo, el Equipo de Salud Mental sigue estando en el subsuelo del Hospital, aspecto que enfatizan todos los entrevistados.

4.2.2.2 Abordaje ambulatorio de la Salud Mental

La Ley Nacional de Salud Mental plantea que la internación debe ser considerada como el último recurso terapéutico, y sólo debe llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que las intervenciones que puedan realizarse en el entorno familiar, comunitario o social de un sujeto (Art. 14º). Sin embargo, el andamiaje en territorio es muy escaso (Psicóloga II).

Una de las psiquiatras del Equipo comenta que desde otros espacios a veces piden “sostener la internación hasta que consigan un tratamiento ambulatorio” cuando en realidad la ley no plantea eso. Pero debido a la falta de otras estrategias de abordaje posible, a veces se terminan utilizando recursos que no son para tal fin (Psiquiatra II).

Que el sistema de salud no te pueda ofrecer un después, no es un tema que se soluciona con una internación (Psiquiatra II).

Leonardo Gorbacz (2022) afirma que la Ley Nacional de Salud Mental es una ley de desmanicomialización: no promueve mejorar los manicomios o humanizar dichas instituciones, sino sustituirlas definitivamente. Se trata de que estas instituciones dejen de existir, pero en la medida que se pueda garantizar que los recursos de atención en la comunidad estén disponibles.

En relación a este punto, uno de entrevistados menciona que hoy en día “no tenés qué hacer”, no hay tratamiento para ofrecerle a esos sujetos. Considera que es interesante lo que plantea la ley sobre la internación de los pacientes por criterios de salud mental en hospitales generales, pero a la vez no hay lugar para dichas internaciones: “*No se puede internar el paciente en cualquier lugar*” (Psiquiatra I). En este mismo sentido, plantea que tampoco hay tratamiento para ofrecerle a la persona con adicciones.

En el Hospital Cullen sucede lo mismo que en la mayoría de los hospitales generales: por un lado, la falta de recursos no permite tener un grupo de psicólogos y psiquiatras especializados en el tratamiento de adicciones (Psiquiatra I), pero, además, algunos entrevistados sostienen que no hay interés en el Equipo y en el Hospital en general, por tratar las problemáticas de consumo.

4.3 INTERDISCIPLINA E INTERSECTORIALIDAD

4.3.1 Fragmentación en la atención

El material surgido de las entrevistas realizadas pone en evidencia la mirada fragmentada que persiste en relación a los procesos y acciones en salud en el efector en que alojamos nuestra investigación. La propia estructura edilicia del hospital, y la división de las especialidades en servicios, si bien no determinan, contribuyen a la fragmentación en la atención: “*cada servicio es un órgano*” (Psicóloga II).

Al llegar al hospital, el sujeto es recibido por los médicos y enfermeros de la Guardia Central. En caso de requerir una internación, la misma se realiza en el servicio de “*la patología más grande*”. Su médico de cabecera es entonces el médico del servicio por el cual “ingresó” al hospital, quien puede a su vez convocar mediante interconsultas, a todos los servicios que considere necesarios. Si se resuelve la patología por la cual ingresó, pero aún sigue en tratamiento con otro servicio, entonces el paciente “pasa a ser” de ese otro servicio; siempre “es” de un servicio u otro.

Si el paciente entra por un problema de corazón, es de Cardio. Y después... si tiene una infección lo ve Clínica, si vive en la calle lo ve Servicio Social, y si está angustiado lo vemos nosotros. Pero el problema más grande es Cardio. Ese es como el “criterio”, es el motivo de ingreso (Psicóloga II).

Cada servicio interviene sobre lo que su especialidad le indica como específico y cuesta mucho instalar la idea de que el paciente “*es un paciente del hospital*”, y no de un servicio. Es un paciente que está atravesando por una situación que requiere de una mirada integral e interdisciplinaria (Psicólogo V).

En este punto, hay posturas divididas dentro de los integrantes del Equipo de Salud Mental. Por un lado, quienes consideran que la estructura edilicia del hospital, la división en especialidades y distribución de los servicios, dificulta la posibilidad de que otros discursos aparezcan y refuerzan la mirada fragmentada del paciente, con lo cual sería necesario terminar con la atención de los pacientes por servicios, para pasar a una lógica diferente. Y, por otro lado, quienes consideran que, a pesar de las dificultades que conlleva, no se puede esperar a que haya una modificación en la estructura edilicia del hospital, para comenzar a pensar en la atención de los pacientes de forma integral.

Tenés al paciente de Cirugía, el paciente de Traumatología, el paciente de Cardiología, el paciente de Clínica, el paciente de Neurotoxicología, el paciente de Neurocirugía, el paciente de Ginecología... entonces, están divididos los pacientes, pero yo creo... digo, no podés esperar a que haya un cambio edilicio, para que haya un cambio en la fragmentación del paciente (Psicóloga IV).

Sin embargo, todos sostienen que es un trabajo muy difícil, que hay que ir haciendo poco a poco con los médicos. Es sin dudas necesario romper con la idea de que un paciente es de un servicio u otro, y empezar a pensar que la interconsulta puede servir para favorecer el trabajo interdisciplinario, posibilitando un intercambio y abordaje en conjunto de la problemática.

4.3.1.1 La interconsulta en el ámbito hospitalario

La interconsulta ocurre cuando el profesional que está a cargo de un paciente considera necesaria la evaluación de un profesional de otra especialidad, es una consulta destinada a otro servicio, que se utiliza

en todo el hospital, y es la manera que tienen los psicólogos y psiquiatras de comenzar a trabajar con un paciente.

Ante un pedido de interconsulta, el Equipo acompaña al paciente durante la internación, ya sea que haya ingresado por un motivo “*netamente orgánico*” o por un “*proceso de salud mental*” (Psicóloga II). Si el Servicio o médico que recibe al paciente no tiene en cuenta la intervención del Equipo de Salud Mental, no hay posibilidad de abordaje, ni de acompañamiento a ese paciente, a excepción de muy pocos casos en los cuales son los mismos pacientes que se encuentran internados, o algún familiar, quienes se acercan directamente a hablar con alguno de sus integrantes.

Aquí en el hospital es el médico o el enfermero que recibe al paciente en la guardia el que arma la estrategia, entonces si ese médico no tiene en cuenta dentro de la estrategia la intervención de Salud Mental, y bueno... pasa digamos. Nos ha pasado en muchos casos, hay un montón de pacientes con, por ejemplo, intentos de suicidio, que no llegan a ver a un psicólogo o un psiquiatra, digamos, una atención de Salud Mental, cuando la problemática que lo trajo al hospital es de Salud Mental. Pero bueno, a veces se ve solamente la parte médica. Si hizo una ingesta, el lavado gástrico; si es un intento de ahorcamiento, la parte del Servicio de Cabeza y Cuello que evalúa la parte respiratoria... y a veces queda ahí la intervención. No deja de ser una intervención médica y nada más (Psicólogo V).

Intentamos entender que, en un hospital de alta complejidad, como es el Hospital Cullen, muchas de las intervenciones o estrategias terapéuticas que realizan los médicos, al menos en primera instancia, apuntan a resolver la urgencia con la cual llega el sujeto, a “salvar” la vida de ese paciente. Sin embargo, sería interesante que, en la misma Guardia Central del hospital, que es el lugar de ingreso de los pacientes, pueda haber psicólogos y psiquiatras que formen parte del equipo que recibe a ese sujeto en primera instancia, para intentar elaborar una estrategia de abordaje en conjunto, sin dejar de lado los padecimientos subjetivos.

Más allá de pensar el pedido de interconsulta como la única posibilidad de trabajo con el paciente, nos resulta importante remarcar que esa interconsulta que llega al Equipo de Salud Mental desde otros Servicios del Hospital es también una posibilidad de trabajar interdisciplinariamente con los profesionales que solicitan esa intervención.

4.3.2 ¿Qué se entiende por interdisciplina?

A partir del relato de los entrevistados, intentamos analizar qué concepción tienen los profesionales que integran el Equipo de Salud Mental acerca del abordaje interdisciplinario. La mayoría de ellos ha hablado de la importancia de realizar entrevistas en conjunto, al menos psicólogos y psiquiatras, que son las dos disciplinas que conforman hoy en día el equipo, y han mencionado que, en ciertas ocasiones se realizan ateneos, en los cuales participan profesionales de todos los servicios que están interviniendo en la atención de un paciente. Los ateneos se hacen sólo con pacientes que ya no se sabe cómo seguir, que son un enigma para el médico en cuanto al diagnóstico o tratamiento, *“o que tiene alguna situación puntual que requiere o amerita un dialogo entre todas las especialidades que intervienen”* (Psicólogo V).

Esto último nos lleva a preguntarnos si no sería necesario en todos los casos, generar un diálogo entre los profesionales de las diferentes disciplinas que intervienen en la atención de un sujeto. Al consultar esta inquietud a uno de los psicólogos entrevistados, nos respondió que sí, que estos encuentros deberían generarse más seguido: *“Con todos los pacientes, no sólo con algunos”* (Psicólogo V).

Sobre la posibilidad de construir una estrategia de abordaje en conjunto, de manera integral e interdisciplinaria, una entrevistada mencionó que se formó entendiendo que la Salud Mental se aborda de esa manera, pero considera que hay un error de concepto sobre lo que se entiende por interdisciplina. Sostiene que no se trata de diluir tu disciplina con el otro, sino todo lo contrario: tener una disciplina lo suficientemente fuerte, y una especificidad para poder compartir y ampliar una mirada (Psiquiatra II). Sin embargo, muchas veces el problema es que no se sabe de qué se trata, porque falta la formación interdisciplinaria.

Se toca mucho de oído y entonces se supone que la interdisciplina... “y bueno no, entonces somos todos psicólogos” ¡No!, no somos todos psicólogos, no somos todos trabajadores sociales. No pasa por ahí (Psiquiatra II).

El trabajo interdisciplinario entre profesionales de diferentes servicios es muy difícil, porque muchas veces no están dispuestos al intercambio. En el hospital predomina el saber del médico, como el único saber que lo podría todo, un saber omnipotente (Psicóloga IV).

Lo importante es poder mantenernos en nuestro campo disciplinario y desde ahí intercambiar, reconocer sobre todo las propias limitaciones que tenemos para abordar algunas cuestiones, porque eso también nos ayuda a estar más abiertos al aporte del saber del otro (Psicóloga VI).

Tal como plantea Alicia Stolkiner (2005), es necesario el reconocimiento de la incompletud del propio campo disciplinar, para dar respuesta a los problemas, y la necesidad de trabajar con otros para buscar una solución. Si el saber del médico se establece como el único saber válido, es muy difícil que otros discursos puedan tener lugar.

4.3.3 La interconsulta como posibilidad de trabajo interdisciplinario

Consideramos que la interconsulta en sí, es la herramienta propia del Modelo Médico Hegemónico de la cual los profesionales que integran el Equipo de Salud Mental del Hospital, que tienen una mirada más integral de la salud, se pueden valer para trabajar con los médicos y profesionales de otros servicios, con el objetivo de modificar las prácticas objetivantes.

Cuando llega una interconsulta al Equipo de Salud Mental, lo primero que se hace es leerla, tratar de dilucidar de quién es el pedido, para qué, para quién, y luego “la toma” alguno de los miembros del equipo, en función del motivo de interconsulta y de la cantidad de pacientes que esté atendiendo. Luego, se trata de hablar con el médico que solicitó la interconsulta, para ampliar el motivo del pedido.

En este primer contacto con el médico se averigua si le informó al paciente que iba a solicitar la intervención de Salud Mental, ya que, el hecho de no ofrecer el espacio, muchas veces genera desconcierto en el paciente, angustia, o ciertas fantasías: “¿por qué pidieron un psicólogo?”, “¿estoy mal, estoy loco?”, “¿me voy a morir?” (Psicólogo V).

Esta primera aproximación entre profesionales de distintos servicios o equipos es muy importante, porque permite trabajar con los mismos médicos sobre la importancia de informar al paciente acerca de todas las intervenciones que se realizan. Tal como han mencionado los integrantes del Equipo de Salud Mental, una de sus funciones es tratar de acercar al médico con los pacientes.

Después de hablar con el profesional que solicita la interconsulta, van a ver al paciente o al familiar, según cada caso. Aseguran que lo ideal sería que la primera entrevista con el paciente pueda ser siempre

interdisciplinaria: un psicólogo y un psiquiatra, que son las dos disciplinas que actualmente conforman el Equipo de Salud Mental, pero por una cuestión de tiempos y recursos, no siempre se puede hacer.

La mayoría de las veces, va el psicólogo en un primer momento, y de considerar necesaria la intervención de un psiquiatra, le comenta el caso para comenzar a trabajar juntos, o al revés. Siempre hay espacios de discusión, ya que la interconsulta es de Salud Mental, no es para psicología, ni para psiquiatría (Psiquiatra II). En el Equipo hay pases de sala, dos veces por semana, donde se comentan los casos y se trabajan criterios de abordaje.

Sus integrantes enfatizan, además, que sería necesario contar con profesionales de otras disciplinas, como trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y también enfermeros capacitados en salud mental, tal como plantea la ley. Sin embargo, los trabajadores sociales tienen un servicio aparte, los terapeutas ocupacionales sólo hacen rehabilitación de miembros superiores, y dependen del Servicio de Traumatología y no hay enfermeros especializados en atención de salud mental.

Hemos tenido la posibilidad de que haya rotantes de Servicio Social de la RISaM y fue interesante, compartir y hacer las entrevistas en conjunto le da otra perspectiva, y otra resolución de las situaciones desde mi punto de vista (Psicóloga IV).

Sostienen que deberían estar trabajando “*codo a codo con Servicio Social*”, sin embargo, no hacen entrevistas en conjunto: “*Ellas por su lado... y acá por el otro*” (Psicóloga I). Cada equipo o servicio interviene a partir del pedido de interconsulta del médico que está a cargo del paciente, reforzando la lógica de atención fragmentada, por servicios, propia del modelo médico.

Este punto nos llamó particularmente la atención, ya que, si bien los profesionales del Equipo remarcan la importancia de trabajar de manera conjunta ante una problemática, en la práctica, terminan quedando ligados a la lógica de atención hospitalaria que piensa las intervenciones de manera fragmentada, en donde cada profesional o servicio se ocupa de lo que “corresponde” con su campo disciplinar.

Entendemos que no es una tarea fácil, pero ante la falta de un trabajador social que forme parte del Equipo de Salud Mental, tal vez se podría insistir en el pedido de interconsultas a Servicio Social, de manera tal que puedan abordar las situaciones en conjunto. Que sea un Servicio diferente no significa que no puedan trabajar juntos si realmente hay una intencionalidad para ello.

4.3.3.1 Dificultades para el trabajo interdisciplinario con profesionales de otros Servicios

El trabajo con otros Servicios del hospital varía mucho según cada caso y según los profesionales que intervienen. Plantean que es muy difícil lograr un abordaje interdisciplinario, y algunos entrevistados consideran que lo que hay es un abordaje multidisciplinario. Este enfoque está “caracterizado por una simple yuxtaposición de áreas del conocimiento, en el cual cada disciplina se dedica a su especialidad sin que haya una relación ni se evidencien modificaciones o transformaciones en las disciplinas involucradas” (Elichiry, 1987, p. 333). La interdisciplina, en cambio, requiere de intercambios disciplinarios que produzcan enriquecimiento mutuo.

Es un intento permanente establecer algo de lo interdisciplinario y que no quede como en la lucha de quién es el que decide sobre el paciente, o el que tiene LA mirada o LA respuesta (Psicóloga III).

Al predominar el discurso médico dentro de la lógica hospitalaria, resulta muy difícil, especialmente para los psicólogos, que su aporte sea tenido en cuenta. Según expresan los entrevistados, los médicos suelen tener otra recepción respecto a la devolución que pueda hacer el Equipo de Salud Mental sobre un paciente si es planteada por el psiquiatra, suele haber mayor apertura, mayor credibilidad sobre su palabra, que si lo plantea un psicólogo.

Algunos psicólogos suelen pedir al psiquiatra del Equipo que de la devolución al médico que solicitó la interconsulta, para abrir la posibilidad de diálogo: “a veces es una estrategia, para que puedan escuchar” (Psicóloga IV).

Para nosotros nos genera menos barrera quizás que para otras profesiones en donde no se coincide, porque vos estás hablando con un colega, todos estudiamos medicina, entonces todos sabemos por ahí de qué se habla (Psiquiatra II).

De forma unánime, los entrevistados coinciden al mencionar ciertos servicios con los cuales se puede trabajar mejor, porque suelen tener una mirada más amplia y mayor predisposición al trabajo en conjunto con Salud Mental, como el Servicio de Neurotoxicología, quien pide su participación por ingestas medicamentosas, también los servicios de Clínica Médica y el Servicio de Terapia Intensiva, que solicitan la intervención de Salud Mental por pacientes con internaciones prolongadas.

Otros servicios, en cambio, suelen tener muy poca apertura al trabajo interdisciplinario, y el pedido de intervención de Salud Mental se transforma en una mera formalidad. *“Somos como necesarios, pero a la vez... no siempre es tenido en cuenta nuestro lugar”* (Psicóloga III).

Si bien todos los profesionales que intervienen en la atención de un paciente escriben en su historia clínica, es evidente que algunos ni siquiera leen lo que escriben desde otros servicios. *“No hay un trabajo conjunto. Es como que el paciente es de ellos, entonces deciden el alta y listo”* (Psicóloga II). Esto muchas veces trae dificultades, ya que no permite dar un cierre al acompañamiento, referenciar al paciente a algún centro de salud para continuidad de tratamiento, o indicar medicación en los casos que es necesario.

Es un trabajo del Equipo de Salud Mental, o de Servicio Social, ir construyendo, caso por caso, un abordaje más integral. Es poco frecuente que la intención de trabajar en conjunto venga por el lado del médico.

Me parece que nosotros desde nuestro lugar somos más los que vamos al encuentro de... que ellos venir a nuestro encuentro digamos. Es más difícil, es más raro te diría, no difícil, más raro que los médicos vengan a pedir una opinión o una valoración (Psicólogo V).

Consideramos que la búsqueda constante por generar algo del orden de lo interdisciplinario es una de las principales funciones del Equipo de Salud Mental dentro de un hospital general. Tratar de hacerse un lugar, de romper con ciertas lógicas establecidas propias del modelo médico, para introducir un discurso diferente, que posibilite otra mirada sobre el sujeto que se encuentra internado en el hospital.

Sin dudas no es un cambio que pueda producirse de un día para el otro, pero el trabajo de los psicólogos y psiquiatras resulta visible, y poco a poco van logrando algunos avances hacia una atención más integral de la salud.

4.3.3.2 Principales motivos de los pedidos de interconsulta

En cuanto a las problemáticas por las cuales suelen pedir la intervención del Equipo de Salud Mental, desde otros Servicios del hospital, las principales son: depresión o angustia; pacientes a los cuales no se les encuentra una causa “orgánica” de su padecimiento; pacientes que no son “pacientes” por lo cual el médico solicita cierto control; o situaciones en las cuales hay que dar una mala noticia. También llegan

interconsultas para pacientes con excitaciones psicomotrices, cuadros confusionales o para indicar alguna medicación, estas últimas, dirigidas muchas veces directamente a “Psiquiatría” en vez de ser para “Salud Mental”.

Muchas interconsultas son por “*depresión*” o “*angustia*” del paciente, lo que desde el Equipo entienden como “*angustia reactiva a una internación prolongada*”. Si bien los médicos colocan en los pedidos “*paciente deprimido*”, en realidad son pacientes que se encuentran tristes, angustiados, por la misma internación que se prolonga en el tiempo (Psicóloga VI), y generalmente termina cuando el paciente es dado de alta.

Si uno pudiera intervenir antes con ese paciente, quizás no llegaríamos a ese punto (Psicóloga IV).

Otro motivo de interconsulta muy relacionado al mismo proceso de internación es la “*ansiedad*” y el “*insomnio*” (Psiquiatra II). La dinámica de enfermería hace que el paciente esté despierto muchas veces en horarios donde habitualmente dormimos, con lo cual se altera el ciclo del sueño vigilia.

El Equipo de Salud Mental también es convocado cuando no hay un diagnóstico certero, cuando los médicos no saben o no encuentran una causa “orgánica” del padecimiento del sujeto, lo cual los lleva a suponer que “puede haber algo más” pensando en alguna cuestión de salud mental. Principalmente desde el Servicio de Neurología suelen llegar interconsultas que dicen, por ejemplo, “*paciente con ACV versus una histeria*”. Al respecto, algunos entrevistados plantean lo siguiente:

Hay que ir y hablar de la posibilidad de esa coexistencia, porque no existe ese versus, que puede haber una histeria que tenga un ACV, puede haber una histeria que tenga una epilepsia, porque si no, es como que “el paciente es tuyo o es mío” (...). La interconsulta versus es una interconsulta riesgosa, y no para mí, para el otro, sobre todo para los neurólogos que deciden dejar de estudiar a ese paciente. Porque lo primero que yo les planteo es: “no importa si fuera una histeria, vos tenés que descartar un ACV igual” (Psiquiatra II).

Es como que necesitan que vos le aclares que hay algo o no hay algo de salud mental, como para ellos tomar una posición diagnóstica de su propia especialidad. Y a veces pueden confluir las dos cosas, o un paciente psicótico puede tener algo orgánico también, no porque sea psicótico... por ahí se pierde un poco eso de vista, ¿no? Que por ahí el paciente psicótico también tiene un cuerpo, y puede enfermar ese cuerpo, y no es parte de su delirio (Psicóloga III).

Esto nos remite a lo planteado por Alicia Stolkiner, quien ha afirmado en varias oportunidades que “la función del psicólogo en las prácticas en salud no es ocuparse de los problemas o patologías “mentales”, sino de la dimensión subjetiva del proceso de salud - enfermedad - atención” (Stolkiner, 2005, p. 2).

Otros pedidos de interconsulta son para “*control del paciente*” principalmente desde los Servicios de Traumatología o Cirugía (Psiquiatra I). Generalmente son pacientes que se levantan de sus camas, que preguntan, son “*pacientes que molestan*”. Los médicos esperan que, con la intervención de un psicólogo o psiquiatra, “*mágicamente el paciente cambie de posición*” (Psicóloga IV).

En ocasiones, la solicitud de interconsulta con Salud Mental es por situaciones difíciles de sortear para los médicos, como lo es el hecho de dar una mala noticia: ante una cirugía (cuando hay que realizar la amputación de algún miembro del cuerpo, por ejemplo), pacientes que quedan parapléjicos o cuadripléjicos; informar sobre un diagnóstico terminal, o comunicar un fallecimiento. El pedido suele ser para que sea el psicólogo el que dé la noticia, pero desde el Equipo de Salud Mental, el trabajo se realiza más bien con el médico del Servicio que pidió la interconsulta, para que sea él quien pueda brindar la información.

Yo considero que el diagnostico si es médico, lo tiene que dar el médico. Nosotros luego, trabajamos con lo que hay. A veces trabajamos con lo que no se dijo (Psicóloga I).

En ocasiones, los médicos no brindan información clara y precisa a los pacientes, porque los familiares de ese paciente no quieren que les cuenten, desconociendo la Ley N° 26.529 que plantea que “el paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud” (Ley 26.529, 2009, Art. 2). Por lo cual muchas veces, el trabajo del Equipo de Salud Mental es con los equipos médicos y con los familiares de ese paciente.

Hay otro tipo de pedidos, que tienen que ver más con la urgencia, que son los llamados de la Guardia Central del hospital. Los psicólogos y psiquiatras son convocados para una valoración de salud mental, ante crisis subjetivas, conductas de auto daño e intentos autolíticos (ya sea por cortes, ingesta de medicación, intentos de ahorcamiento, etc.). A veces la internación es necesaria, porque corre riesgo la vida de ese sujeto, pero en otras situaciones, el Equipo evalúa si hay una familia que pueda contener, si existe conciencia de lo que hizo, y se plantean otras estrategias de abordaje, sin llegar a una internación.

Un aspecto interesante para destacar es en cuanto al tiempo en la urgencia. Los tiempos de los equipos médicos y los del Equipo de Salud Mental, son diferentes. La intervención desde de Salud Mental muchas veces apunta a introducir un tiempo, a hacer una pausa y entrevistar al paciente. “*Poder darle lugar*

a que el sujeto surja, que el sujeto aparezca, que pueda contar qué es lo que le pasó” (Psicólogo V). Esto muchas veces no es bien aceptado por los médicos, sobretodo en la guardia, que no logran entender los diferentes modos de atención.

Son tiempos diferentes a los tiempos de la lógica médica. El médico investiga, encuentra la raíz e interviene, ya sea farmacológicamente, ya sea con un tratamiento, con indicaciones o con una operación. Y nuestros tiempos son otros, primero es introducir un tiempo ahí para el paciente, para que pueda hablar, para que pueda ser escuchado. Muchas veces eso ya constituye una intervención y un alivio (Psicóloga II).

4.3.3.3 Hacia un cambio de paradigma

Poco a poco se van produciendo cambios que permiten un abordaje diferente de la salud y la salud mental. Los médicos empiezan a entender que la situación por la cual un sujeto está internado se resuelve más rápido o mejor, con la intervención del Equipo de Salud Mental: *“Hayan leído o no, del todo la ley, empiezan a entender que es una práctica conjunta. Porque les guste o no, les facilita el resultado final” (Psicóloga II)*

Ellos entienden que, en algún lugar, están mejor anímicamente y eso es cierto, biológicamente es cierto, mejora una respuesta a un tratamiento, la cicatrización es más rápida, la recuperación en una cirugía es más rápida, de una terapia intensiva salís antes. Creo que esto también es una cuestión de evidencia (Psiquiatra II).

Se repite mucho la idea de que el trabajo del Equipo de Salud Mental se va visibilizando cada vez más. Indicativo de ello es que en los últimos años los pedidos de interconsulta al Equipo de Salud Mental han aumentado significativamente, desde la mayoría de los servicios del hospital, y en especial desde la Guardia Central.

Depende de nosotros, de lo que nosotros mostramos, de lo que nosotros hacemos, de lo que nosotros producimos (...). Los resultados están a la vista de otros profesionales, de otros compañeros de trabajo (Psicólogo V).

4.3.4 Intersectorialidad

El análisis de las entrevistas ha evidenciado que muchas veces resulta difícil el trabajo en red, con otras instituciones: en ocasiones hay superposición de profesionales entrevistando a un sujeto, pero “*nadie lo está atendiendo*” (Psicóloga II).

Es fundamental establecer una articulación con profesionales de los centros de salud, como así también con el Ministerio de Educación, el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Desarrollo Social, la Secretaria de Niñez, etc. con el objetivo de construir redes de sostén para los usuarios del sistema de salud y salud mental.

La Ley Nacional de Salud Mental plantea que la atención debe ser no sólo interdisciplinaria, sino también intersectorial. En su Artículo N° 11 establece que el Ministerio de Salud de la Nación (Autoridad de Aplicación de la Ley de Salud Mental) debe promover que las autoridades de Salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de Educación, Desarrollo Social, Trabajo, Justicia y otras que correspondan, implementen acciones articuladas de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria (L.N.S.M, 2010).

Asimismo, el Decreto Reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental, en su artículo 9° establece lo siguiente:

Las políticas de abordaje intersectorial deberán incluir la adaptación necesaria de programas que garanticen a las personas con padecimientos mentales la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para el desarrollo y la inclusión social (Decreto 603/13, Art. 9°).

Los integrantes del Equipo de Salud Mental plantean cierta preocupación ante la dificultad de encontrar dispositivos de atención y acompañamiento en territorio. Por fuera de los hospitales, entendiendo que la internación debe ser lo más corta posible, el andamiaje en territorio es muy escaso, con lo cual resulta muy difícil que un sujeto pueda sostener un espacio terapéutico o un acompañamiento.

Respecto a esto, surgen preguntas clínicas: ¿cómo sostener un paciente con un trastorno de personalidad o una psicosis después de que se le da el alta? Conseguir un acompañante terapéutico es muy

difícil, lograr que lo autoricen, que ese acompañamiento se sostenga, *“es una construcción muy precaria, para cada paciente individual”* (Psicóloga II).

Consideramos que establecer conexiones con profesionales de otros organismos es uno de las funciones más importantes de los profesionales que integran el Equipo de Salud Mental del Hospital, forma parte del abordaje integral de un sujeto.

CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES FINALES

El objetivo general de la presente investigación fue conocer y analizar las concepciones de Salud y Enfermedad de los profesionales que integran el Equipo de Salud Mental del Hospital Dr. José María Cullen, ya que considerábamos, a modo de hipótesis, que las concepciones que tiene cada profesional inciden en las prácticas e intervenciones que se llevan a cabo. Para lograr dicho objetivo se realizaron entrevistas a los psicólogos y psiquiatras que conforman el Equipo de Salud Mental del Hospital.

Sobre las concepciones de Salud y Enfermedad, la mayoría de los entrevistados mencionaron definiciones relacionadas con la de la Organización Mundial de la Salud, entendiendo a la salud como el completo estado de bienestar, biopsicosocial, y no sólo la ausencia de enfermedades. De forma unánime sostienen que la salud está atravesada por múltiples factores; y algunos conciben a la salud y la enfermedad como conceptos interrelacionados y móviles, afirmando que no se trata de estados separados, sino que son parte de un mismo proceso, el proceso de salud - enfermedad.

Situación similar ocurrió al preguntar por la concepción de Salud Mental: casi todos los profesionales rápidamente mencionaron la definición de la Ley Nacional de Salud Mental, y algunos han señalado que consideran la Salud Mental como parte integrante del mismo concepto de Salud, entendiendo que todos los procesos vitales implican la dimensión subjetiva y orgánica indisolublemente, tal como plantean Alicia Stolkiner y Sara Ardila Gómez (2012).

Más allá de las definiciones puntuales que han dado los profesionales, el análisis de las entrevistas en su totalidad permitió identificar que los integrantes del Equipo de Salud Mental tienen concepciones de Salud y Enfermedad coincidentes con el paradigma de derechos en salud, ya que piensan al sujeto usuario del sistema de salud como protagonista del proceso de salud - enfermedad, corriéndolo del lugar de objeto que históricamente le fue asignado por el paradigma médico hegemónico.

Se hizo especial énfasis en la importancia de tener en cuenta todas las dimensiones que atraviesan al sujeto, y en la necesidad de trabajar de manera interdisciplinaria, entendiendo que la complejidad de los padecimientos requiere que se establezcan estrategias de abordaje en conjunto, para brindar una atención

integral. Sin embargo, dentro de la lógica hospitalaria los psicólogos y psiquiatras quedan ligados muchas veces a prácticas propias del paradigma positivista.

En el Hospital Cullen la atención de los pacientes está totalmente fragmentada, la propia estructura edilicia y la división de especialidades en servicios contribuyen a esta fragmentación. Si bien se perciben discursos y prácticas coincidentes con el paradigma de derechos, el Modelo Médico Hegemónico sigue siendo predominante en la lógica hospitalaria.

Consideramos que las prácticas e intervenciones que realizan los profesionales dependen en gran medida de las concepciones que tienen acerca de la Salud y la Enfermedad. En reiteradas oportunidades la intervención es sólo médica, con el propósito de redimir los síntomas, sin tener en cuenta la dimensión subjetiva. Si el equipo que recibe a un sujeto en la guardia no tiene en cuenta la intervención de Salud Mental, no hay posibilidad de un acompañamiento por parte del Equipo para ese paciente.

Resulta fundamental para el abordaje de una problemática, que en las prácticas se tengan en cuenta cuestiones que van más allá de los signos y los síntomas que pueden observarse en un cuerpo, dando lugar también a la dimensión subjetiva y la historia que trae un sujeto, habilitando un espacio que permita escuchar a los pacientes en su singularidad.

Consideramos que la interconsulta, además de posibilitar el acompañamiento por parte del Equipo de Salud Mental a los pacientes que se encuentran atravesando una internación, es la herramienta propia del Modelo Médico Hegemónico, que brinda la posibilidad de trabajar de manera interdisciplinaria con los profesionales que solicitan esa intervención.

La búsqueda constante por generar algo del orden de lo interdisciplinario es una de las principales funciones del Equipo de Salud Mental, ya que intentan construir en el caso por caso, un abordaje más integral, acercando al médico con los pacientes, con el objetivo de modificar las prácticas objetivantes.

Destacamos lo importante que sería que los psicólogos y psiquiatras puedan formar parte de la Guardia Central del hospital, que es el lugar de ingreso de los pacientes, para intentar establecer una estrategia de abordaje en conjunto desde el momento en que un sujeto llega al hospital. Que la intervención no sea sólo médica, sino dar lugar también a los padecimientos subjetivos, independientemente del motivo de ingreso del paciente al hospital.

El análisis de las entrevistas permitió identificar como uno de los principales emergentes en el desarrollo de las prácticas del Equipo de Salud mental, el no reconocimiento del mismo como un Servicio dentro del Hospital Cullen, dato que llama particularmente la atención, teniendo en cuenta que se trata de uno de los efectores de salud de mayor complejidad de la Provincia.

No tener el estatuto de Servicio dentro de la lógica hospitalaria evidencia el lugar que se le da a la Salud Mental en dicha institución: es pensada como algo aparte, escindida de las acciones en salud y ubicada generalmente en un rango de menor importancia.

Este hecho trae importantes consecuencias en relación a los recursos económicos, informáticos y humanos que le son proporcionados. El Equipo no cuenta con un área dedicada, no hay espacio físico para internaciones por salud mental, ni tienen acceso al sistema de ingreso de pacientes. Las internaciones deben realizarse a través del Servicio de Clínica Médica, en el servicio que haya cama disponible, quedando ese paciente al cuidado de médicos y enfermeros de otros servicios, ya que el Equipo de Salud Mental tampoco cuenta con guardias.

Sin embargo, los profesionales coinciden al plantear que se ha avanzado muchísimo con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, la cual establece un marco legal que permite a los profesionales de la salud posicionarse de determinada manera, y reclamar por recursos y políticas públicas que permitan su plena implementación.

En relación a este punto, y teniendo en cuenta el tercero de los objetivos específicos que planteamos en esta investigación, nos esforzamos por describir las modificaciones que se produjeron en las prácticas de los psicólogos y psiquiatras a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental.

El Equipo de Salud Mental logra conformarse como tal en el año 2016, estableciendo una separación del Servicio de Neurotoxicología, del cual dependía. A partir de allí, se incorporan profesionales psiquiatras, con el objetivo de poder brindar un abordaje interdisciplinario de la salud mental, tal como la ley plantea, y se produce una readecuación de las prácticas en el Equipo: dejan de realizar atención de pacientes por consultorio externo, y comienzan a trabajar exclusivamente con el acompañamiento de pacientes que se encuentran internados y con situaciones de urgencias subjetivas en la guardia.

La convocatoria de la Guardia Central del Hospital ha incrementado considerablemente en los últimos años, y las internaciones por criterios de Salud Mental comenzaron a realizarse, aunque con grandes resistencias y dificultades.

Hoy en día, el Equipo de Salud Mental evalúa a los pacientes en la Guardia, y si consideran necesaria una internación, la misma tiene lugar en el Hospital Cullen, lo que implica un avance muy importante en el proceso de desmanicomialización que plantea la ley.

Otro de los cambios en la atención de la Salud Mental, especialmente en los últimos años, está relacionado con un cambio que se produjo en la currícula de los profesionales de la salud, especialmente en la carrera de medicina, que ha incorporado aspectos relacionados a la importancia de abordar la salud - incluida la salud mental- de manera integral e interdisciplinaria. Sin duda esta incorporación posibilita un acercamiento hacia concepciones propias del paradigma de derechos humanos.

El trabajo del Equipo de Salud Mental se va visibilizando cada vez más, lo cual se evidencia al tener en cuenta el aumento de la convocatoria que han tenido en los últimos años. Sus prácticas no se limitan al acompañamiento de pacientes que se encuentran internados, sino que implica en muchos casos, el trabajo con los mismos equipos médicos, introduciendo una mirada diferente, y un abordaje de la salud que no deje por fuera los padecimientos subjetivos.

BIBLIOGRAFÍA

- Akerman, M. (2017). *Prácticas terapéuticas: Continuidades y rupturas a partir de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Un estudio en el Hospital Dr. Luis A. Ellerman de Rosario del Tala, Entre Ríos*. Tesis de grado. UADER, Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales.
- Amarante, P. (2009). *Superar el Manicomio. Salud Mental y Atención Psicosocial*. Buenos Aires. Ed. Topía.
- Asociación por los Derechos en Salud Mental. (2017). *Derechos humanos en salud: en el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental*. Libro digital, PDF.
- Carpintero, E. (2010). Argentina del Bicentenario. El poder en el campo de la Salud Mental. *Revista Topia*. Abril, 2010. Recuperado de: <https://www.topia.com.ar/articulos/argentina-del-bicentenario-poder-campo-salud-mental>
- CELS y MDRI (2007). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Un informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en Argentina.
- Chiarvetti, S. (2008). La reforma en Salud Mental en Argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: Hacia la construcción de una política en Salud Mental. *Revista argentina de clínica psicológica*. Vol. XVII (pp. 173-182). Buenos Aires.
- Dato F. (2015). *Concepciones de Salud y Enfermedad de los psicólogos del Hospital Dr. Mira y López*. Tesis de grado. UADER, Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales.
- De Lellis, M., Interlandi, C. y Martino S. (2015). Introducción a la Salud Pública como área del conocimiento y de la acción. En: De Lellis, M. (comp.). *Perspectivas en Salud Pública y Salud Mental*. (pp. 11-42). Buenos Aires, Argentina. Ed. Nuevos Tiempos.
- Di Virgilio, M. M. (2008). *El proceso de análisis en la investigación cualitativa: fases y herramientas para su desarrollo*. Documento de cátedra: Metodología y Técnicas de la Investigación Social. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales.

CONCEPCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD DE LOS PROFESIONALES QUE INTEGRAN EL EQUIPO DE
SALUD MENTAL DEL HOSPITAL "DR. JOSÉ MARÍA CULLEN"

Licenciatura en Psicología

Cavadini Sabrina

- Dirección Provincial de Salud Mental. (2021). *Lineamientos de la Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe*.
- Elichiry, N. (1987). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En: *El niño y la Escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. (pp. 333-339). Buenos Aires, Argentina. Ed. Nueva Visión.
- Fassi, V. (9 de julio de 2019). 110 años del Cullen en la ciudad: de Hospital de Caridad a referente regional en servicio de salud. *Aire de Santa Fe*. Recuperado de: <https://www.airedesantafe.com.ar/110-anos-del-cullen-la-ciudad-hospital-caridad-referente-regional-servicio-salud-n116418>
- Ferrara, F. (1985). Conceptualización del campo de la salud. En: *Teoría Social y Salud*. (pp. 9-19). Buenos Aires. Ed. Catálogo.
- Freud, S. (1992). El malestar en la cultura. En: *Obras Completas, T. XXI*. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu.
- Galende, E. (1994). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós.
- Gobierno de Santa Fe. (s.f.). *Santa Fe es salud*. Recuperado de: <https://www.santafe.gob.ar/santafeessalud/public/index.php/eje/3>
- Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.
- Ley 10.772. Ley de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe. Sancionada: 29 de noviembre de 1991.
- Ley 26.529. Ley de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Argentina. Sancionada: 21 de octubre de 2009. Promulgada 19 de noviembre de 2009. Decreto Reglamentario 1089/2012.
- Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Argentina. Sancionada: 25 de noviembre de 2010. Promulgada 2 de diciembre de 2010. Decreto Reglamentario N° 603/2013.
- Lorez Arnaiz, M. Del R. (1986). El concepto de salud: concepciones y paradigmas. En: *Hacia una epistemología de las Ciencias Humanas* (pp. 173-180). Buenos Aires. Ed. De Belgrano.

- Maxwell, J. A. (1996). *Un modelo para el diseño de investigación cualitativo*. Londres. Sage Publications. Traducción de María Luisa Graffigna.
- Menéndez, E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. (pp. 451-464). Buenos Aires.
- Menéndez, E. L. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*. Vol. 1, Núm. 1, enero-abril, 2005 (pp. 9-32). Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73110102>
- Ministerio de Salud de la Nación (2021). Plan Nacional de Salud Mental 2021 – 2025.
- Nieto, P. (2014). *Factores institucionales y subjetivos que influyen en la derivación o interconsulta de pacientes con problemáticas relacionadas a la Salud Mental que se presentan en la Guardia del Hospital J. B. Iturraspe*. Tesis de grado. UADER, Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales.
- Normas APA (2019). Séptima edición. Disponible en <https://normas-apa.org/>
- Organización Mundial de la Salud (1946) “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Perrotta, G. V. (2008). Nociones de sujeto: apuntes para el análisis de la concepción de sujeto/paciente para los profesionales de la salud en el abordaje de la sexualidad y la salud reproductiva. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Perrotta, G. V. (2011). Concepciones de sujeto, cuerpo y síntoma en medicina y psicoanálisis. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Redacción de El Litoral. (9 de julio de 2009). Celebra sus 100 años el hospital Cullen. *El Litoral*. Recuperado de: <https://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2009/07/09/salud/SALUD-02.html>
- Rossi A. V. y Bustos M. Á. (2018). De la Enfermedad Mental al Padecimiento Subjetivo Transformación de las Prácticas desde la Perspectiva de Derechos. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de*

- Psicología. II Congreso Internacional de Psicología. V Congreso Nacional de Psicología "Ciencia y Profesión". Año 2018, Vol. 3. N° 3 (pp. 491-496). ISSN 1853-0354. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/20755>*
- Salud Mental Integral y Consumos FALGBT+. (17 de mayo de 2022). Diplomatura 2022 - Clase 4: Ley de Salud Mental – Masterclass. [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=Urm6XnzW67I>
- Sampieri Hernández R., Fernández Collado C., Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México. Editorial McGraw-Hill.
- Simón, L. (2016). *Características y aspectos relevantes de las intervenciones en urgencias. Un estudio con profesionales que trabajan en el dispositivo "Equipo Soporte Interdisciplinario para la Asistencia de Urgencias en Salud Mental, en Guardias de Hospitales Generales" (E.S.U.S.M.) de la Ciudad de Santa Fe*. Tesis de grado. UADER, Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales.
- Sirvent, M. T. (2006). Los diferentes modos de operar en investigación social. En: *El proceso de investigación*. (pp. 13-55). Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Sotelo, I. Belaga, G. (2013). Los dispositivos para alojar la urgencia desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que intervienen en ellos. En: 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.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la Salud en Argentina. *Salud Colectiva*. Vol. 6, Núm. 3, septiembre-diciembre, 2010 (pp. 275-293). Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina.
- Stolkiner, A. (1987). Supuestos epistemológicos comunes en las prácticas de Salud y Educación. En: Elichiry, N. *El niño y la Escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. (pp. 191-202). Buenos Aires, Argentina. Ed. Nueva Visión.
- Stolkiner, A. (1987). De Interdisciplinas e Indisciplinas. En: Elichiry, N. *El niño y la Escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. (pp. 313-315). Buenos Aires, Argentina. Ed. Nueva Visión.

- Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Revista El campo Psi.* 3 (pp. 1-2).
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología. Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. 7 y 8 de octubre 2005. Posadas. Misiones. Argentina.
- Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007). Atención primaria de la salud y salud mental: La articulación entre dos utopías. En: Maceira, D. (Comp.) *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios* (pp. 121- 146). Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría. Vol XXIII* (pp. 57-67).
- Stolkiner, A. (2018). Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental. *Revista Soberanía Sanitaria, Año 2, Número 4* (pp. 34-38).
- Stolkiner, A. (17 de abril de 2020). *Teórico 1 Alicia Stolkiner. Salud Publica/Salud Mental.* Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. [Archivo de video]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=EY7N9U7Ceik>
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados.* España. Editorial Paidós.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2007). *Estrategias de investigación cualitativa.* Barcelona, España. Editorial Gedisea.

ANEXOS

ÍNDICE

ENTREVISTA A PSICÓLOGA I	77
ENTREVISTA A PSICÓLOGA II.....	86
ENTREVISTA A PSIQUIATRA I	105
ENTREVISTA A PSICÓLOGA III	129
ENTREVISTA A PSICÓLOGA IV.....	141
ENTREVISTA A PSICÓLOGO V	166
ENTREVISTA A PSIQUIATRA II.....	181
ENTREVISTA A PSICÓLOGA VI.....	204

ENTREVISTA A PSICÓLOGA I

Fecha: 25/04/2022

Duración: 24 min.

¿Cuál es tu profesión?

Licenciada en Psicología.

¿Hace cuánto tiempo trabajas en el Servicio de Salud Mental de este hospital?

Desde el año 2004, exactamente 17, voy para 18 años.

¿Me querés comentar cómo está conformado el Equipo de Salud Mental?

Dale, ¿actualmente o históricamente?

Históricamente...

Bueno, ya que soy la más vieja... El equipo, hasta el 2011 tenía una jefatura con 4 cargos de plantas, todos psicólogos. Y a partir... bueno la jefa se jubila, se pierde el cargo, se lo llevan a otro lado, y bueno... quedamos un poco acéfalos. Y a partir de la Ley 26.657, la Ley de Salud Mental, empieza a aparecer la necesidad de una conformación de un equipo más interdisciplinario, no solamente con psicología, que pertenecíamos, o estábamos como siendo un eslabón del Servicio de Neurotoxicología. En el año 2014 viene una psicóloga a coordinar, mandada por la Dirección de Salud Mental. Se hace una separación del servicio. Hoy no dependemos de nadie, del director en todo caso, si se quiere, estamos un poquito así como sin organigrama específico... Y se incorpora psiquiatría, colegas de la Dirección... Hay muchos adscriptos de la Dirección de Salud Mental. Hoy por hoy en el servicio quedamos 3, con una colega, la cuarta, que está de licencia por salud. Y bueno, contamos con un psiquiatra de planta y somos 3 psicólogos de aquí y dos psicólogas de la Dirección de Salud Mental. Y teníamos una psiquiatra más, que era del Mira y López y pidió cerrar la adscripción.

Sí, recuerdo que estaba ella cuando hice las prácticas...

Bien, a partir del año 2016 o 2015, te puede decir mejor la psicóloga encargada de eso, se conforma como un trabajo de finalización de una Residencia en Salud Mental de una terapeuta ocupacional, se conforma la biblioteca-ludoteca "la semilla" que es un dispositivo sustitutivo de salud mental, que depende de nosotros. En realidad, no se sabe bien de quién depende, porque no tiene todavía una adscripción, no se sabe bien si es una dependencia bipartida entre Terapia Ocupacional y Salud Mental, o si es solo de Salud Mental, bueno ahí, estamos.

Pero la utilizan actualmente ustedes...

La que está encargada de la ludoteca en este momento es una de las psicólogas del Equipo, el cargo de la residente que era la terapeuta fundadora digamos, la ideóloga del proyecto, bueno, con la pandemia se cerró la asistencia... en fin.

¿Cómo definirías a la Salud? ¿Y la Enfermedad?

Bueno, siempre me resuena el concepto de la OMS como un estado biopsico... un bienestar biopsicosocial, y lo espiritual en algunos casos también se tiene en cuenta. Me parece que es importante tener en cuenta también el contexto epocal en el cual un sujeto está inmerso ¿no? No es lo mismo el sujeto en una época que en otra. Y también así las consideraciones de salud y enfermedad. El loco del siglo XVIII no es el mismo que una crisis subjetiva del siglo XXI.

Y la Salud Mental, ¿cómo la podrías definir?

Bueno, también. Me quedo con el concepto de la ley, me parece que es un concepto muy amplio, muy amplio, que tiene muchas aristas, no solamente lo psíquico, sino lo social, lo espiritual, lo cultural, lo histórico, lo político. Digo, es un concepto muy amplio, también como un estado... que abarca todo ese contexto.

Y que permite fundamentalmente ampliar la dimensión biológica...

(afirma con la cabeza).

Amplia la dimensión biológica, es un concepto mucho más integral. Si se quiere, no está inscripto al interior de los hospitales generales. Este hospital está muy sectorizado, por partes, por servicios, por órganos. Cuesta mucho instalar la idea de una integralidad subjetiva... ¿no? cuando hay algo que no cierra, cuando hay un gris, o algo específico que puede ser de salud mental entonces nos llaman.

¿Cuál es la función del Servicio de Salud Mental, dentro del hospital?

(Suspira).

Si bien somos algo como anexo... año tras año vamos teniendo un lugar mucho más importante. Creo que cuando las papas queman y no saben qué hacer, nos llaman. Yo considero que hay como 4 situaciones en las que se nos tiene muy en cuenta: las crisis subjetivas propiamente dichas; esos pacientes grises donde no hay un diagnóstico certero, donde no se sabe, cuando el médico no sabe... -ellos que saben siempre todo- también nos tienen en cuenta como "bueno, acá hay algo más". También cuando hay situaciones en las que tenemos que decir o dar una mala noticia, si bien no somos dadores de malas noticias, pero acompañamos la situación: cirugías, cuando hay una pérdida de miembro, miembro ya sea una persona, o algún miembro del cuerpo; o diagnósticos muy complicados. Básicamente esas situaciones, yo lo llamo pacientes grises, ¿no? Esos pacientes que no se sabe bien de dónde viene el diagnóstico, si es psíquico, si es físico, si es todo.

Y ante ese llamado de los médicos para dar una mala noticia o la noticia de un diagnóstico, digamos ¿suelen ser los médicos los que dan la noticia en compañía de ustedes o...?

Yo considero que el diagnóstico si es médico lo tiene que dar el médico. Nosotros luego, trabajamos con lo que hay. A veces trabajamos con lo que no se dijo. O nos llaman antes y te dicen que hay que preparar el paciente, y tratamos de ver qué sabe, qué no sabe, si está negando porque algo intuye, si está preparado para recibir una noticia o si hay que esperar determinado contexto, como puede ser una cirugía que tienen que hacerle y puede ser que entonces sea mejor decirle después de la cirugía. Pero bueno, el diagnóstico es médico.

Bien. Aprovecho para hacerte una consulta, sobre lo que mencionaste... ¿a qué te referís o qué se entiende por urgencia o crisis subjetiva? Ya que lo nombraste como una de las situaciones en las que suelen llamarlos.

Cuando algo irrumpe de manera sorpresiva, cuando hay algo de la cadena asociativa que está interrumpida, y entonces creo que es una urgencia, podría pensar en una situación de urgencia, que no es una urgencia médica, el cuerpo no está en riesgo, pero hay algo del sujeto que no puede manejar, que angustia, que desborda, que no hay palabras. O hay un brote psicótico, y bueno, ahí es donde hay que intervenir. Pero bueno, yo pienso la urgencia subjetiva desde un proceso primario, donde hay algo de la cadena asociativa que está interrumpida, no hay serie. No hay palabras que representen algo ahí.

Bueno, un poco relacionado con esto, la siguiente pregunta tiene que ver con las prácticas que realizan, como Equipo de Salud Mental, ¿en qué consisten? ¿Cómo se organizan ante los pedidos de interconsulta?

Hasta el 2011 teníamos dos dispositivos: interconsulta y el consultorio externo. Por política pública se cierra el consultorio externo al interior de los hospitales generales, queda como ese nivel de atención destinado a atención primaria de la salud, a APS. Hacemos también tratamiento, en algunos casos, y nos abocamos exclusivamente a los pacientes internados. ¿Cómo nos enteramos de alguna situación? Por interconsulta: como una consulta destinada a otra especialidad, que se usa en todo el hospital, no solamente con psicología: Servicio Social, Clínica Médica... Es como que acá el paciente es de un servicio y cuesta esto de instalar que el paciente ES del hospital, y está internado EN el hospital... como que está adscripto a un servicio y ese servicio interconsulta a los que sean necesarios, por ejemplo, Salud Mental.

Y cuando llegan los pedidos desde otros servicios, acá internamente, ustedes como Equipo, ¿cómo se organizan?

La toma... el que puede, el que tiene más posibilidades, el que tenga ganas, porque hay casos que nos gustan más que otros. Cada uno tiene como su interés sobre algunos servicios más que otros... Estaría bueno que la primera entrevista sea interdisciplinaria, pero a veces no es posible, porque con un solo psiquiatra no podemos llevarlo todos a todos lados. Hay una asistencia ahora, pero es temporaria, es una asistente que está temporariamente como soporte. Y bueno, generalmente los psicólogos hacemos la primer entrevista y, si es necesario, podemos hacer un pedido al psiquiatra. En casos muy puntuales donde la interconsulta ES para el psiquiatra, la ve el psiquiatra en un primer momento...

Y después va algún psicólogo...

(asiente mientras continúa hablando)

Por ejemplo: excitaciones psicomotrices, síntomas positivos de psicosis, abstinencias, pacientes internados por un accidente con un cuadro de abstinencia...

Claro, y después se comenta, y en todo caso se ve en compañía también de algún psicólogo.

Exactamente.

¿De qué servicios generalmente suelen ser los pedidos de interconsulta? ¿Alguno...

Todos.

¿Todos?

Todos. Y por temporada hay más de uno que de otros, pero básicamente de todos. No sé si sabes qué servicios hay acá en el hospital...

Algunos, sé que hay un montón...

Bueno, Traumatología, Urología, Cirugía General, que tiene varias divisiones: Cabeza y Cuello, Vascular, Tórax, Servicio de Quemados... Bueno, después está el edificio donde está la NEO, Maternidad y Ginecología... Clínica Médica, Terapia Intensiva, Cardiología, UCO, Neurocirugía, Neurología y Oftalmología. Dentro de Clínica hay también varias divisiones: tenés Gastrología, Gastroenterología, Reumatología ¿sí? Y hay algunos servicios, como Dermatología, que hacen mucho consultorio, que hoy están en el CEMAFE y que si es necesario vienen a hacer interconsultas en el hospital. Pero hay varios servicios que tenían como consultorios que pasaron al CEMAFE y que tienen una llegada al hospital en caso de ser necesario o ante un pedido específico.

Bien. ¿Con qué dificultades se encuentran? Entre servicios o a nivel institucional.

(Suspira).

El público se renueva, todos los años tenemos nuevos residentes, nuevos concurrentes, nuevos modos. Hay como que empezar a aceitar de nuevo algunos engranajes. Cuando algo está instalado hay que volver a arrancar, generalmente lleva un tiempito de nuevo. Y las dificultades... hay bastante amplitud, si se quiere, por parte de los servicios. Hay amplitud, hay llegada, pero siempre hay alguna resistencia. Sobre todo, en las internaciones por salud mental y si son involuntarias más, hay ciertas resistencias.

Y en relación a la Ley de Salud Mental, ¿con qué cambios...?

(interrumpe)

Bueno ya tenemos 10 años... hubo muchísima resistencia al principio porque al ser un hospital de emergencia, donde reciben de todo, todo lo que es de la emergencia: accidentología, baleados, ACV, de todo ¿no? Entonces internar pacientes de salud mental siempre resultó, en un principio, una resistencia al cambio importante. Hoy estaríamos un poquito más avanzados, si se quiere. Esta semana se inauguró la

guardia interdisciplinaria por la tarde... Que no quede sólo siendo el Mira y López la única guardia que hay en la ciudad... pero bueno, siempre está la pregunta acerca de quién es el paciente, por ejemplo.

Claro. Yo recuerdo que cuando hice las prácticas, las internaciones por salud mental eran realizadas a través del Servicio de Clínica Médica, y en el servicio que haya camas disponibles...

Clínica médica. Exactamente.

¿Sigue siendo así?

Sí. Internamos vía Clínica Médica para hacer un seguimiento, o un soporte, porque ellos tienen un médico las 24 horas, nosotros no. Y sino, nuestros pacientes quedan toda la tarde sin atención. Si hay alguna crisis o hay alguna situación que amerite una intervención hay un médico que al menos la puede estar haciendo. Seguimos así.

¿Y está previsto que haya algún espacio para internación por salud mental, alguna sala?

¡Ojalá! Por ahora no se dice nada.

Por ahora no...

De todas maneras, yo... no sé si estaría bueno que sea así, porque hay pacientes que... digamos... hablamos de un estado que implica muchos aspectos, entonces me parece que esto de hacer otro terreno para la salud mental aparte, no sé si sería lo mejor. ¿Por qué no en cualquier servicio? ¿Por qué no en el que le corresponda por un diagnóstico físico, si se quiere, más allegado? Ya sea Clínica, Gineco, Cirugía, Neuro... Entiendo que hay pacientes específicamente, como pueden ser los brotes psicóticos, o intentos de suicidio, que podrían tener como algo más específico nuestro, pero sino es como hacer un mini manicomio dentro del hospital, ¿no? Es cierto que los pacientes de Salud Mental implican prácticas específicas, capacitaciones de enfermeros específicas, no retroceder ante la psicosis, como decía Lacan... pero bueno, es para pensar esto de tener un espacio... si se quiere aislado. Qué se yo, habría que pensarlo.

¿Vos serías más partidaria de que no?

Habría que pensar, no sé si es sí o no. Es para pensar. Entiendo que hay áreas delicadas, porque se habla de la ley, donde tiene que estar constituido de una determinada manera, sin riesgo para el paciente, pero podría estar en algún lugar digamos, cualquiera, no que sea "LA sala de Salud Mental".

Claro, entiendo. ¿Y crees que justamente a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental hubo cambios en la concepción de Salud Mental en el hospital?

Sí, sí, el hospital se transformó completamente. Nosotros no hacíamos internaciones. Nosotros hacíamos seguimiento de pacientes internados por alguna situación clínica, orgánica. El paciente exclusivo de salud mental iba al Mira y López.

Era derivado al hospital Mira y López...

(interrumpe)

Automáticamente al Mira y López. Si el paciente estaba internado por una situación, por una ingesta medicamentosa, que era un paciente exclusivo de Neurología o Neurotoxicología, una vez que se terminaba la internación clínica, se quedaba "por nosotros" ... nosotros no hacíamos internación, no era nuestro paciente, ¿sí? Manteníamos el consultorio, veíamos de derivarlo, si se iba a internar a La Merced o al Mira y López, pero no era nuestro el paciente.

¿Cómo se trabajó la Ley acá? ¿Se han hecho capacitaciones?

Hubo capacitaciones generales para todos profesionales de Salud Mental en lo público. Básicamente hubo muchas capacitaciones respecto a qué se entendía por la ley y después cada uno de los abordajes que la Dirección de Salud Mental viene realizando, también. La Dirección viene haciendo eso, haciendo cada tanto, cursos de capacitación.

Y las capacitaciones, ¿eran sólo destinadas a Salud Mental o para todo el hospital?

No, no. Para todos los trabajadores de Salud Mental.

¿Cómo se lleva a cabo el trabajo interdisciplinario dentro del hospital? Si es que lo hay... ¿Cómo se lleva a cabo?

El trabajo debe ser interdisciplinario. Yo soy partidaria de que nosotros deberíamos estar trabajando codo a codo con Servicio Social, por ejemplo. Sigue siendo como un sector diferente al nuestro... Pero bueno, estaría bueno que pudiera... creo que falta, falta para ser interdisciplinario. Por ahí es multidisciplinario, entonces lo veo yo, después va el psiquiatra y lo ve por su lado... a la Guardia vamos de a uno, podríamos intentar que sean siempre dos los que van a la Guardia, psiquiatra y psicólogo, pero bueno, tenemos UN

solo psiquiatra, y no podemos estar esperándolo para hacer TODO con él. No nos da el tiempo a nosotros y tampoco a él.

Claro, ¿y terapeutas ocupacionales?

No trabajan en relación a nosotros. Los terapeutas en el hospital solamente hacen rehabilitación de miembros superiores. Y hay kinesiólogos, en cada servicio, haciendo rehabilitación. Pero los terapeutas no son terapeutas formados en Salud Mental, la única que teníamos no tuvo cargo, así que se fue. Y trabajan solo rehabilitando miembros superiores, con lo cual dependen de Traumatología.

Y Servicio Social, ¿es otro servicio totalmente aparte, por más que algunas veces trabajen en conjunto?

No trabajamos en conjunto. Cada uno con su interconsulta. No, no trabajamos, no es que hacemos entrevistas juntos o trabajamos un caso, no, no. Ellas por su lado... y acá por otro.

¿Y vos crees que debería ser distinto?

Sí, totalmente.

¿Crees que se puede pensar una estrategia de abordaje en conjunto para una problemática, con otros servicios? ¿O pasa mucho esto que decías, que lo ve un servicio y luego lo ve otro?

Sí. Como ideal, se debería. Si es posible, yo siempre voy por lo posible. Si es posible bueno... a veces hay algunas resistencias.

¿Es posibles con algunos servicios, con algunos profesionales?

Con algunos servicios más, y en parte también tiene que ver con la transferencia de trabajo que cada uno pueda ir generando. Me parece que ahí es el uno por uno también.

En cuanto a la toma de decisiones, ¿hay alguna jerarquía, se toman decisiones en conjunto?

Antes se tomaban decisiones en conjunto, había una transversalidad, pero bueno, tiene que ver con cada coordinación. Ahora no, ahora es más jerárquico.

¿Qué lugar ocupa el diagnostico? ¿Y la medicación?

Bueno, como psicoanalista creo que el diagnóstico debería ser un punto de llegada y no de partida. Pero desde la Salud Mental el colega psiquiatra... a todos les gusta tener un diagnóstico primero para poder medicar. Pasa que pensamos el diagnóstico por ahí de manera diferente. De todas maneras, hay una representación, una aproximación diagnóstica, si se quiere. Me parece que la medicación es una pata más, no debe ser ni la primera, ni la única... Y en todo caso, esto es un criterio personal, creo que la medicación uno puede sumarla para hacer más llevadera una internación. Cuando la internación se complica, cuando el paciente no duerme, cuando está sobreexcitado, cuando empezamos a ver si... creemos que se está deprimiendo, bueno, para ser más tolerable un tiempo de internación, que a veces es muy prolongado, sobre todo si son internaciones clínicas, traumatológicas, por cirugías. Entonces ahí uno puede sumar...

Bueno, esas son mis preguntas, no sé si querés hacer un comentario más, algo que te parezca importante agregar...

No, creo que fueron muy precisas las preguntas.

Muchas gracias.

ENTREVISTA A PSICÓLOGA II

Fecha: 25/04/2022

Duración: 54 min.

¿Cuál es tu profesión?

Psicóloga.

¿Hace cuánto tiempo estás en el Equipo de Salud Mental de este hospital?

Desde el 2015.

¿Cómo está conformado el Servicio de Salud Mental?

Bien, primero que no es un Servicio, es un Equipo. Durante muchos años era una rama que dependía de Neurotoxicología. Así fue el modo en que se gestó, eran un par de psicólogos que dependían del Servicio de Neurotoxicología, que creo que tiene que ver con las ingestas medicamentosas. Cuando yo ingreso, más o menos en 2016, logramos independizarnos, y pasar a depender directamente del director. Entonces es un Equipo de Salud Mental, no un Servicio, que depende digamos, para las decisiones cotidianas nosotros de manera independiente, pero a la hora de tomar algunas decisiones más importantes dependemos directamente del director del hospital. Eso es cómo está hoy en día. ¿Quiénes somos? Tenemos un psiquiatra... A ver, hay personal de planta del hospital, que en este momento hay una psicóloga con 12 horas, y dos psicólogos con 24 horas. Tenemos una compañera que está de licencia por salud. Y después la coordinadora, yo y el psiquiatra, que somos de la Dirección Provincial de Salud Mental, y estamos con una comisión de servicio, prestados acá en el hospital. Hay un solo psiquiatra, el resto son todos psicólogos, y en este momento, como reemplazo de la compañera que está de licencia, está haciendo algunas horas la psicóloga que tiene 12 horas y otras horas una psiquiatra.

Bien, y además hay siempre concurrentes...

Sí, empezaron a rotar varias figuras. La concurrencia en un momento se cerró, porque pasaba todo por residencias médicas, que es lo que rige a todas las concurrencias de la ciudad. Se rendía y se ingresaba a los

diferentes lugares: médico, psicólogo, psiquiatra, eso en un momento hizo que se cierren las aperturas de cada lugar de manera aislada e individual. Después de la pandemia, se reabren acá, por decisión interna ahora de la coordinadora, aprobadas internamente, es un hospital escuela. Se rindieron el ingreso y están rotando nuevamente, en este caso eran 3, ahora quedaron dos concurrentes. Bien, aparte, como rotación de su último año, la RISaM de Paraná y de acá.

¿Cómo definirías a la Salud? ¿Y a la Enfermedad?

Bien. ¡Uy! Conceptos ultra conocidos pero que a la hora de definirlos... El concepto de salud es un concepto hace muchos años ya con una concepción biopsicosocial que es integrada por todos los factores.

(interrumpe alguien que entra)

Que tiene que ver con el equilibrio de esos tres factores, ¿sí? Y la enfermedad es cuando falta alguno de esos tres componentes... no está funcionando, por decirlo de algún modo.

Y la Salud Mental, ¿cómo la definirías?

Bueno, a ver... me parece que, sumando a lo que veníamos diciendo recién, de la concepción de salud... la salud mental tiene que ver con... con el estado en el que se encuentra un sujeto. Con cuestiones que lo atraviesan en su subjetividad, en su historia, y no sé, (ríe)... tendría que pensarlo más claramente.

No hay problema, yo no tengo ningún apuro... si vos querés armarlo...

Ajá... emm (piensa un ratito) ... Es el estado de bienestar psíquico, ¿sí? Cuando hago mención a esto, es cómo se encuentra un sujeto, cómo se posiciona un sujeto en su vida... y en sus vínculos, en sus relaciones. Eso hace al estado de salud mental de una persona.

¿Cuál crees que es la función del Equipo de Salud Mental dentro del hospital?

¡Uy! ¡Muchas! ¿Cuál es la que debería ser? o ¿cuál es la que es? (ríe). Mirá, primero acompañamos procesos de salud, ¿sí? Históricamente en el hospital la mirada es fragmentada. Es decir que a nosotros se nos manda solamente por un padecimiento como decía recién, de salud psíquica, cuando en realidad uno entiende la salud, como lo dije en el principio, como un concepto amplio e integral, uno acompaña el proceso de salud de una persona sea porque tiene una enfermedad orgánica, sea porque le duele algo y no encuentran el motivo, o sea porque tiene un padecimiento netamente de salud mental, que sería un padecimiento más psíquico: angustia, malestar, donde no... donde aparentemente no habría cuestiones "de organicidad" dicen

los médicos. En todo ese espectro, desde el paciente que ingresa por un motivo netamente orgánico, hasta el paciente que ingresa netamente por una angustia o por un proceso de salud mental, el equipo los acompaña durante la internación.

Son tiempos diferentes a los tiempos de la lógica médica. El médico investiga, encuentra la raíz e interviene, ya sea farmacológicamente, ya sea con un tratamiento, con indicaciones o con una operación. Y nuestros tiempos son otros, primero es introducir un tiempo ahí para el paciente, para que pueda hablar, para que pueda ser escuchado. Muchas veces eso ya constituye una intervención y un alivio. Y ese acompañamiento a veces da lugar al inicio de un espacio terapéutico. Son muy pocas las veces en las que se inicia acá un espacio terapéutico. A veces en internaciones prologadas empezamos a trabajar un poquito más profundo, pero sino, lo que uno hace es como ahí abrir ese pedido, ver si se puede construir la demanda, que eso es bien de libro, pero no tiene más que ver que con esto: inscribir, subrayar, que hay algo de eso que está sucediendo, sea orgánico o psíquico, angustia digamos, un malestar, un síntoma, síntoma de cualquier orden, que, a lo mejor tiene que ver con algo de lo que no fue dicho, con algo de lo que le sucede y no lo puede anudar, uno va buscando algo de eso, lo marcamos e indicamos la necesidad de seguir trabajando en esa línea. Muchos lo continúan afuera, muchos no, muchos vuelven a reingresar, pero a veces uno acompaña un paciente porque está angustiado, porque está internado, y afuera de la internación andaba muy bien, es lo que uno llama "angustia reactiva a la internación", que es lo más lógico, lo más saludable digamos, a nadie le gusta estar internado; y acompaña ese proceso de internación y se termina cuando el paciente se va y muchas veces, en ese proceso empiezan a aparecer otras cosas. Uno lo va acompañando y empiezan a aparecer otras cosas, uno aprovecha para marcarlas y eso a veces da lugar al inicio de un espacio terapéutico.

Tratan en todo caso, de referenciar a esa persona...

(interrumpe y continúa la frase).

A esa persona cuando se va de alta. A veces, cuando son situaciones graves, nosotros hasta que no es alojado en otro lugar, las continuamos acá.

Y sino, ¿algún centro de salud?

Sí, en lo público o en lo privado. Si tiene obra social muchas veces uno dice "bueno a ver, tráeme la cartilla, te puedo recomendar a alguien", "¿dónde vivís? ¿qué te queda cerca?". O el ámbito público, todos los centros de salud de la ciudad tienen psicólogo y psiquiatra... a veces sin turno, pero uno hace la derivación.

¿Me podrías contar un poco sobre las prácticas que realizan? Ya me dijiste del acompañamiento, ¿los consultorios acá no funcionan?

Bien, ahí te decía, nosotros funcionamos por pedido de interconsulta, ya sea de cualquier servicio del hospital, incluida la Guardia. Es decir, el médico, enfermero, familiar del paciente dice “che quiero que me vea un psicólogo”, nos hacen un pedido de interconsulta y después, en otra época funcionaba lo que era el consultorio externo, que la gente venía y sacaba turno. Eso hoy en día es atención de primer nivel, nosotros somos un hospital de tercer nivel, con lo cual se hace atención de agudo y de urgencia, no de atención ambulatoria, no debería ser acá. En lo real, nosotros damos algunas altas y como no tienen turno en el centro de salud, los continuamos durante un tiempo. Esos serían los abordajes.

Aparte de esos dos tipos de intervenciones, tenemos los diferentes comités: hay Comité de Bioética, Comité de Docencia, Comité de VIH, Equipo de Salud Sexual, Junta de Discapacidad, hay un montón de cosas que nosotros intervenimos, algún referente del Equipo. Y aparte de eso tenemos un dispositivo en el hospital, que es un dispositivo sustitutivo de lógicas manicomiales, que es la biblioteca “la semilla”, que fue gestada por la rotación de una residente de Salud Mental, que es terapeuta ocupacional, ella la crea, y está funcionando, la sostengo yo, y se le hace el ofrecimiento tanto a los pacientes de Salud Mental como a todos los usuarios del hospital, lo usan inclusive personal, enfermeras, personal de personal administrativo quiero decir, que desde un libro o un tejido pueden estar utilizándolo, o donan cosas, o llevan cosas. A los pacientes se les ofrece también, el material. Y en alguna época era más activo, cuando éramos más, actividades lúdicas en el patio, en espacios de talleres, de cine para los pacientes...

Sí, recuerdo haber estado en un espacio de cine... ¿No funciona más?

No, el de cine no. Después vino la pandemia, con lo cual nosotros no podíamos circular por la sala. Se armó un kit, ese kit se entregaba en un sobre y no vuelve, que tiene crucigramas, revistas, mandalas para colorear con unos lápices y un libro, a gusto del paciente; o tejidos, pero los pacientes no estaban en condiciones de tejer, pero bueno, las internaciones eran muy largas, y cuando empezaban a salir del cuadro respiratorio no entraba nadie por el contagio, y era un modo de acompañarlos. Eso sigue funcionando hoy en día, pero en relación a armar espacios grupales donde la gente se junte, todavía... mirá justo esta semana estamos con lo del barbijo. Entrar y salir de la sala era todo un tema, llevarle algo al paciente y que lo devuelva estaba prohibido, que entre alguien a acompañarlo, imagínate juntarlos para ver el cine... imposible. Así que eso está suspendido por ahora.

Claro. Intervienen entonces, según me decías, a partir del pedido de interconsulta.

Ajá.

Las interconsultas, ¿suelen ser de algún servicio en particular, de todos?

Es de todo el hospital. Si vos me preguntás ¿hay más de alguno? Sí, Neurotoxicología, que recibe todas las ingestas medicamentosas está mucho más asociado a nosotros, por algo teníamos digamos, el mismo... digamos, dependíamos de ellos. Clínica en general... antes era más difícil que el médico tenga una mirada más ampliada, hoy en día los residentes ya desde la facultad vienen con una formación más interdisciplinaria. Entonces vos te das cuenta que los chicos de primer y segundo año preguntan, están interesados, vienen y de dicen "tengo un paciente, que no quiere comer" o "tengo un paciente que dejó la medicación", como poder pensar que eso orgánico viene de la mano de lo que a la persona le está sucediendo y tiene que ver con que nosotros acompañemos esa mirada médica y esa lectura sobre el paciente, es más fluido que antes. Ahora, ¿hay algún servicio más que otro? Por lo general, todos. Pero... qué se yo, Traumato es un servicio que llama muchísimo, nosotros somos un hospital de emergencia, en Traumato entran todos los accidentados y muchos vienen con consumos problemáticos. A veces son accidentados por alcohol o por drogas, entonces ¿qué hacen? Ingresan y el paciente genera un cuadro de excitación, porque suprime el alcohol o las drogas... entonces suele llamar Traumato por cuadros de descompensación.

Claro...

Pacientes.... A ver por hacer una recorrida así (señala el orden en que están las salas de cada servicio en el hospital). Uro no tanto... Cirugía mucho, Cirugía pide bastante, Plástica también, por intentos... eso se empezó a ver bastante, por intentos de autólisis, de prenderse fuego, que eso en una época no era tanto. Cardio, Gineco y Maternidad bastante, Neurotoxicología, y bueno Clínica. Hice así (señalando), pasé por todo el hospital. Servicio Social, de vez en cuando, trabajamos... hay muchas situaciones que trabajamos juntas, pero porque el médico nos pide a nosotras y los pide a ellos y bueno, terminamos abordando la situación de manera conjunta.

Eso te quería preguntar, ¿cómo se abordan las problemáticas? ¿Hay posibilidad de un abordaje interdisciplinario?, más allá de que el ideal es que sí... en la práctica?

Bien. Es una construcción. Es el caso por caso. Hay situaciones donde el medico te pide, lo vas a ver al paciente y el paciente ya está de alta, y entonces vos decís "¿para qué me pediste?". O te pide y cuando le

vas a hacer una devolución no hay mucha recepción de eso sino como una formalidad, o porque lo pidió el paciente o algún residente le dijo "pedí a Salud Mental". Pero no hay un interés genuino de poder trabajar de manera conjunta o una mirada más en ese sentido, no porque a veces no quieran. Los residentes a veces corren atrás de ver qué le pasa al órgano, y se pierden eso en el ritmo que tienen, de trabajo en el interior del hospital. Como así hay profesionales que ya nos recontra conocemos, no los que van rotando, no los residentes, sino los de planta, que en algunas situaciones ya de pasillo te dicen "quiero que veas a tal" y están a la espera de la respuesta, y se coordina: "che, vamos a moverlo de sala, no me gusta esta cama", "necesita la visita", "fíjate, me dijo que de chiquito tenía tal problema", uno le aporta un montón de elementos de la entrevista de uno, que "a mirá fíjate, a mí no me dijo", o ellos se lo perdieron de preguntar por estar mirando sólo lo que miran. Entonces, hay un trabajo más conjunto, sobre todo en esas situaciones donde lo subjetivo del paciente interviene mucho, en el devenir de esa enfermedad, entonces no les queda otra que escucharnos y acompañar, porque si no, no resuelven el problema que tienen que resolver.

Claro.

Hay un trabajo, insisto, en cada caso, se genera o no esa fluidez, que tiene que ver también con los modos y con lo que uno insiste... pero hay, hay como mayor recepción a un trabajo interdisciplinario... y a veces te encontrás con esto, que lo viste durante tres semanas y vas a verlo y ni te avisaron que le iban a dar el alta, no hicimos una referencia porque no alcanzamos a hacerla, entonces... bueno, ahí uno vuelve y dice "che, avísame", porque capaz el paciente estaba con medicación, ahora lo tengo que llamar, digamos, se fue sin que nosotros supiéramos. Eso.

Claro, como que a veces está el pedido, pero no hay una...

(interrumpe)

No hay un trabajo conjunto. Es como que el paciente es de ellos, entonces deciden el alta y listo. Obviamente que no me tienen que consultar, ni yo pretendo que nos consulten, pero, por ejemplo, en un paciente que uno le está dando una Sertralina, la Sertralina no se puede suspender, le dan el alta sin darse cuenta que nosotros no le indicamos la receta, y al paciente hay que empezar a llamarlo, ver dónde va a ir a comprar la Sertralina, dónde se la van a dar. Todo eso se hace en la internación, sino hay que construirlo afuera, y hay que ver, a veces lo perdemos.

Claro. En relación a la Ley de Salud Mental, ¿cómo se trabaja al respecto? ¿Qué cambios hubo a partir de la sanción de la ley?

Bien, mirá, en mi recorrido en relación a la ley me parece que es todo como muy lindo en teoría y en la hora de la práctica uno viene constatando que hay cosas que va a haber que remodelarlas ¿no? De hecho, en los congresos se trabaja muchísimo esto. El cierre del manicomio en teoría, y nadie quiere un manicomio, pero para cerrar manicomios hay que hacer una construcción que no está hecha, en términos no solo epidemiológicos, y de políticas públicas, sino en términos económicos. Hay que crear un montón de dispositivos alternativos para sostener eso, que no los hay. Entonces vienen a poner la ley, a decirte "el hospital tiene que internar", pero después no te dan los recursos. Entonces, sí hubo un cambio, antes el paciente entraba por guardia y decía "me quise matar", lo subían a una ambulancia y lo llevaban al Mira y López. Hoy en día te llaman y si lo tenemos que dejar internado lo dejamos. Ahora, hay que gestionar esa internación, suplicar una cama, una vez que lo dejás, que lo vayan a ver, que le den los remedios. El paciente por ahí queda con sujeción mecánica, no de la mejor manera. Es decir, no hay...

Insisto, hay un crecimiento enorme a lo que era, pero siguen faltando un montón de recursos, de capacitación, de predisposición, de formación en Salud Mental para que eso suceda en hospitales generales. Y fuera de los hospitales, que la internación debería ser lo más breve posible, el andamiaje en territorio también es escaso. Porque no pensemos en un paciente neurótico que saca un turno con suerte y sostiene un espacio terapéutico, pensemos en un paciente más crítico, con trastorno de personalidad, un paciente psicótico, ¿cómo lo sostienes después de que le das el alta? Necesitas un montón, entonces cada construcción para cada paciente es pedir un acompañamiento terapéutico, que te lo aprueben, que se lo paguen, que el acompañante llegue, que lo sostenga, que cuando lo sostiene se le corta el pago... digamos, es una construcción muy precaria, para cada paciente individual.

Claro.

Entonces... no alcanzan los recursos, creo que tiene que ver con empezar a pensar esa transición y no se hizo, y ya debería estar funcionando. El Mira y López sigue funcionando, dice no ser más monovalente, pero efectivamente es el único lugar donde se manejan las crisis subjetivas más grandes... Nosotros acá tenemos siempre un debate: ¿qué es un tercer nivel de Salud Mental? Si nosotros somos un tercer nivel, pero no atendemos tercer nivel de salud mental... Y un tercer nivel de Salud Mental es un Mira y López, digamos... entonces hay que deconstruirlo para construir qué cosa, y si lo vamos a deconstruir y descentralizar, ¿cómo equipamos los otros lugares para que puedan alojar un paciente en pleno brote? Vos tenés que tener un área delicada, con elementos que no sean cortantes, que no se pueda tirar por la ventana, que no... y eso todavía no está.

Eso es algo que quería preguntar, cuando yo hice las prácticas acá, recuerdo que las internaciones por Salud Mental se realizaban a través de Clínica Médica...

(interrumpe).

Ajá, en cualquier parte.

Eso, en cualquier lugar que haya una cama disponible... ¿Eso sigue siendo así?

Sí, sí, sigue siendo así. Obviamente que si llega un paciente con determinadas características nosotros llamamos al 107 y al Mira y López y no se queda acá, y todo el mundo entiende que no se puede quedar acá.

Con cuadros por ahí más graves que, como decís, tienen que tener determinados...

Exacto. Hoy en día, todos... desde nuestro hospital como el otro comprenden, por más que no le guste, que no están dadas las condiciones. A ver, ¿hay interés en cambiar esas condiciones? ¿hay un trabajo para hacer eso? (mueve la cabeza diciendo que "no"). Hay como una fuerte resistencia para el interior del hospital, ministerialmente. Yo... estaría mal si no te dijera que somos una de las provincias pioneras y eso se ve cuando vos te vas afuera, a un congreso... afuera, no estoy hablando del exterior, a otra provincia, y nosotros estamos a años luz de otros lugares. Pero, para los que ya venimos transitando 20 años en mi caso, en esto... falta un montón y falta decisión política para hacerlo. A nadie le conviene, a nadie le conviene empezar a alojar a los adictos, a nadie le conviene empezar a alojar a los psicóticos. ¡Es más! el paciente más neurótico, con crisis subjetiva, que en vez de quedarse en la cama y no decirte nada, está exaltado, quiere caminar, deambula por la sala... acá no están acostumbrados. ¡El paciente está en la cama!

Claro.

El paciente es paciente, no es un paciente que interpela, que interroga, que me quiero ir, que quiero esto, que me atendiste mal, que se quiere ir al patio a fumar... molesta. Molesta. ¡Y es lo más normal que suceda! Que un paciente pueda preguntar, que un paciente pueda sentirse incómodo, que un paciente de a ratos se sienta mal, y que de a ratos quiera irse al patio... bueno no, lo miran raro, ¿viste? es el paciente loquito. Cuando en realidad... no. Pero bueno, vamos hacia algo... distinto a lo anterior, pero no lo que la ley plantea. Y vuelvo a lo que inicié, no sé si lo que la ley propone es lo que se debería. Creo que hay que seguir trabajando ahí un montón de cosas.

En relación a esto que mencionabas, de los pacientes que interpelan, que interrogan... ¿Qué participación tienen en la toma de decisiones de, por ejemplo, un tratamiento?

Toda. A ver, en la parte más biologicista, médica, orgánica, no tanto. Hay que ir como... "bueno, ¿le preguntaste al médico? ¿Y qué te dijo? ¿Y por qué? ¿Y vos le dijiste qué querías? ¿Qué no querías? ¿Qué sí?" ... bueno. Hay médicos que se predisponen a eso, a intercambiar y a escuchar y hablar, y a explicarle... porque el saber lo tiene el médico, por qué hay que hacer este tratamiento, es decir, hacer una construcción para que ese paciente pueda hacerlo. Hay otros que dicen no, "hace esto". Y el paciente te mira y te dice "no lo voy a hacer". Y cada uno por su lado, y uno se queda ahí con esa... con esa... viendo algo de eso, intentando acompañar ese paciente, para que pueda ser escuchado, ¿sí? Desde nuestra posición, obviamente que, primero la idea no es el asistencialismo, no es hacer por el paciente y conseguirle... como yo te dije recién, "bueno a ver, vamos a cambiarlo de cama", bueno, sí, pero con una decisión de ellos, con un acompañamiento de ellos, no dejarlos en posición de objeto y hacer lo mismo que hace el médico respecto de un órgano, ¿no?

Claro.

Es como "bueno, a ver, de lo que estuvimos hablando, ¿querés pedirlo vos? Yo también lo pido" hacer que ellos activamente, porque algún día se van de acá y tienen que poder hacerlo en su vida cotidiana, entonces... yo no soy partidaria... igual que la biblioteca, siempre ahí es como un gris. Nosotros... los pacientes tejen y lo que tejen lo damos a las mamás de la Neo. Y hay ahí el que te vienen a pedir, te piden la leche, te piden el pañal. Y yo no quiero hacer un asistencialismo sino como un compromiso, donde esa persona pueda aprender a tejer y no solo para sus hijos, a lo mejor puede hacer una venta de eso tejido, y generar su micro emprendimiento, un ingreso... Entonces, siempre el objetivo y la lógica es otra, pero bueno, los pullovers yo los doy, intento captarlas, les pregunto si saben tejer... digamos, es como un ida y vuelta, ¿sí? Pero bueno, está presente en cada intervención, cuando uno direcciona. No... no hacer por el otro, sino que el otro pueda hacer por su posición, su cambio de posición en la vida, no solo con el médico, sino con todo lo que sea... que a lo mejor es lo que hizo que termine como está.

Claro, es un intentar hacerlo...

(interrumpe).

Que se modifique. Que perciba que eso que él deja que suceda, que no se anoticia... lo termina padeciendo. Que puede ser de manera orgánica o psíquica, o ambas.

Bueno, ya me comentaste un poco en qué aspectos hay dificultades para adecuarse a la Ley de Salud Mental, ¿esto se trabajó con capacitaciones para el Equipo de Salud Mental? ¿para todo el hospital?

Hubo varias capacitaciones, hubo capacitaciones para la Guardia, hubo capacitaciones para nosotros, múltiples charlas se vienen haciendo. La gente del hospital siempre pide, pero... para todo el hospital una capacitación formal de Salud Mental, no. No hubo. Hubo, por ejemplo, "¿dónde vamos a internar? Neurotóxico". Bueno, vino gente del Mira a trabajar con Neurotoxicología durante un mes... para el manejo de sujeción mecánica, para el manejo de crisis subjetiva. En la Guardia, en Neurotóxico... y pará de contar.

Claro

No es que todo el hospital recibió. Por supuesto que, como la mirada es distinta, yo entiendo que enfermería lo tiene desde... lo han incorporado en la currícula, los estudiantes como te dije, vienen en primer año, los residentes de primero y de segundo vienen con otra formación... Rotan como practica final obligatoria, en medicina vos terminás y tienen tres o cuatro rotaciones obligatorias que ellos eligen. Se sumó Salud Mental a esas rotaciones... es decir que hay otro... otro modo de capacitarlos desde la currícula... que claro tiene que ver. Después hay otros que se interesan más y otros que se interesan y se dan cuenta que lo tienen que incorporar porque sí, porque les sirve a ellos, a su clínica y a su intervención en el paciente.

¿Crees que se cambió la perspectiva de la Salud Mental a partir de la sanción de la Ley? Según lo que me decías, acá en el hospital...

Yo creo que sí. Sí. Lo claro es: antes un paciente, sea por el motivo que sea, era algo que no era orgánico, iba al Mira. Sea porque viene llorando, sea porque le duele algo y no le encuentran nada, va al Mira, se lo subía a una ambulancia e iba al Mira. Hoy en día te llaman, algunos escuchan... digamos, hay una transición hacia otra cosa. Hay que internarlos, les guste o no les guste, hay que internarnos. Farmacológicamente antes no teníamos acceso digamos a medicación. Hoy en día, no sólo que vos lo podés medicar acá, sino que le das una receta, y la receta le llega al centro de salud, que antes el psicofármaco no llegaba al centro de salud porque es todo un tema... a nivel de farmacia... el Mira distribuía los medicamentos a todos lados, era como una central de... ¡vos fijate! Lógicamente, el Ministerio, en vez de tener farmacia central, el Mira funcionaba como farmacia central. Se empezaron a quejar obviamente, porque tenías que mandar su Haloperidol a Rincón... Entonces, ahora cada centro de salud recibe de farmacia central, en función de la planilla de pacientes que tiene, el medicamento para cada paciente. ¡Eso es un avance enorme! Porque vos

tenías un paciente que venía de cualquier centro de salud cercano o lejano, que se tenía que ir de Rincón al Mira y López. Hoy en día le llega la medicación a tres cuadras de la casa.

Claro.

Hay cosas que sí se han ido...

Y en ese cambio, por ejemplo, ¿hay mucha más adherencia?

Más adherencia del tratamiento, hay otra mirada. Tuvo que aprender, por eso te digo, el que expende el remedio, el que dice "che, el mes pasado no vino", hay otra mirada... Le avisa a la médica, le avisa a la jefa del centro de salud, lo van a buscar al centro de salud... hay, hay otra mirada desde la medicina en general. Está el que lo rechaza, el que no le gusta, el que prefiere no verlo y está el que entiende que va de la mano de todo el resto digamos, que hay que integrarlo.

A partir de las concepciones de Salud y Enfermedad, como así también de la concepción de Salud Mental a partir de la ley, ¿crees que hay diferencia en los modos de abordaje de cada profesional y cada servicio?

Yo creo que no están muy empapados de la ley. Sí saben que hay una ley porque todos vamos como diciendo "está la ley, está la ley, está la ley" y no les queda otra que hacerlo, fue como el aborto, como... ¡está! Les guste o no les guste. Algunos te ponen cara, otros no. Hay muy pocos que se hay puesto a leerla. Pero en la práctica cotidiana, después de estar muchos años acá adentro lo que sucede es el día a día. Entonces cuando vos ves que el paciente qué se yo, no quiere entrar al quirófano, y ellos tienen todo listo, saben lo que tiene que hacer, pero el paciente se resiste a entrar al quirófano, y te tienen que llamar y ahí aparecen los miedos ante una cirugía... comprenden que el día que le dan la internación te tienen que llamar para que vos empieces a trabajar con ese paciente a la par de que le hacen ellos le hacen estudios... que vos vayas acompañando ese proceso para que puedan pasar la puerta del quirófano, ¿me entendés?

Claro.

Entonces, hayan leído o no, del todo la ley, empiezan a entender que es una práctica conjunta. Porque les guste o no, les facilita el resultado final. El médico dice "yo sé lo que tiene el paciente, sé lo que tengo que hacer, pero no lo pueden hacer". Recuerdo un caso muy significativo, de una paciente que comía pelo, que es muy poco... lo estudié en la facultad, pero no lo vi nunca... bueno, llegó. Tricofagia creo que es, se arrancaba así los pelitos (muestra con su pelo), y se los comía. Muchos años para descubrirlo, se lo

encuentran, obviamente tenía el intestino entero tapado... Desesperada estaba. La operaron, se va y vuelve a entrar por lo mismo. Entonces no podían creerlo, porque ellos resolvían el problema, pero la mujer volvía a entrar, e iba a volver a entrar con el pelo en el intestino y hasta parecía... se le taponaba todo el intestino... bueno. Una de las opciones fue pelarla. Y vos decís "¡A Ver!". Primero: el pelo le vuelve a crecer. Segundo: no es la respuesta. Entonces no les queda otra que empezar a hacer el esfuerzo de venir y bajar (porque la sala de salud mental está en el subsuelo), angustiados, desesperados y "¿qué hacemos?" O no sé, o le cortamos las manos, o le cortamos el pelo o hablamos con la persona para ver. Obviamente que un caso re grave, porque imagínate que para que alguien coma pelo, no es algo tan simple, pero ellos tienen que entender que ahí está el tiempo del que te hablaba hoy. Es otro tiempo, no es entrar al quirófano y salimos y ya se resolvió, va a seguir entrando quichicientos veces hasta que... bueno, no sé ya me perdí qué me habías preguntado, pero es como que no les queda otra.

Claro, te había preguntado si crees que los modos de abordaje difieren según las concepciones de Salud, de Enfermedad que tiene cada profesional...

¡A sí! ¡Totalmente! Totalmente, sí, sí. Y uno percibe. Y yo creo que hasta generacionalmente, que la gente más grande viene de otra formación y les cuesta un poco más y la gente más joven ya viene desde la facultad con una formación más interdisciplinaria. Puede no gustarles, pueden no entenderla, pero hay algo ahí que ya viene permanentemente desde lo teórico. Pero bueno, están ahí. Yo creo que en la práctica cotidiana se empiezan a dar cuenta de la necesidad de.

Y en relación a esto, un poco ya lo fuimos hablando, pero ¿cómo es el abordaje interdisciplinario, o el intento de trabajo interdisciplinario, acá en el Equipo de Salud Mental y con los profesionales de otros Servicios?

Bien. Normalmente el más directo es el contacto con el que te escribe la interconsulta. Porque a lo mejor de lo que escribe va y primero te amplía un montón más y diferencias "mirá yo creo que la paciente está mal" entonces es una mirada del médico; o "la mamá me dijo que la paciente tenía algún antecedente"; o "no encontramos qué le pasa y suponemos que es de Salud Mental". Entonces, ese primer contacto con el médico es el que nos permite un poco ver de qué...

De donde viene la demanda...

De dónde viene... la demanda. Me perdí qué me habías preguntado.

Por el trabajo interdisciplinario.

¡Ah! Ahí mismo, el paciente es de clínica, pero le encuentran un soplo y empieza a intervenir los cardiólogos, y después... interviene servicio social porque el paciente estaba en situación de calle. Entonces... es así de fragmentado, todos escriben... el médico de cabecera es el del servicio por el cual entró, que suele ser la patología más grande digamos, si el paciente entra por un problema de corazón, es de Cardio. Y después... si tiene una infección lo ve Clínica, si vive en la calle lo ve Servicio Social, y si está angustiado lo vemos nosotros. Pero el problema más grande es Cardio. Ese es como el “criterio”, es el motivo de ingreso. Ahora, al paciente le resuelven, porque le dieron una pastilla y no tiene más la arritmia, pero sigue con la infección, pasa a Clínica. Entonces, esto lo hablamos todo el tiempo. La fragmentación que hay en la mirada, eso está muy presente, lamentablemente. Entonces es trabajo nuestro o de servicio social, ir. Vos los vas construyendo, caso por caso. Yo hablo con el cardiólogo “¿vos le vas a dar el alta?”, los clínicos... y muy de vez en cuando, en situaciones muy complejas se hacen ateneos. En el ateneo vamos todos y se habla del caso. Si no, yo busco al clínico, el clínico me dice “dejá yo lo llamo al cardiólogo”, habla con el cardiólogo. Después pasa una semana y hablo con el cardiólogo “che, hablaste con el clínico, fijate que me parece que”, no sé, “hay algo en la familia, para que lo tengas en cuenta” o “estoy necesitando... que amplíen la visita”. Y el clínico dijo que sí, vienen y el cardiólogo dice “no, no los dejo pasar”. Vamos y hablamos con el cardiólogo. Es una construcción, fijate que va desde lo más simple, que puede ser “dejen pasar al familiar” hasta algo respecto bien del motivo de internación o de algo orgánico. “Che, para que se vaya, se necesita la cama”. Ahí interviene servicio social, ya no es más de nadie y está a la espera de una cama. Bueno, pero, ¡a ver! ¿se puede ir? ¿puede esperar en la casa? Lo citamos... el día... una pavada, “el día que vos lo citas, ¿cuándo es?”, “el jueves”, “bueno, el jueves yo también lo espero”. Porque el paciente para venir va a venir una ambulancia, lo traslada la comuna, o se toma un taxi con la plata que no tiene, “ese mismo día que lo ves vos, lo quiero ver yo”. Entonces ese aceitado, es el trabajo interdisciplinario, sea insisto, un turnero, en volver a citarlo, en que le llegue la medicación, en que el médico se acerque a hablarle en términos claros y lo escuche porque el paciente quiere hacerle una devolución. Este trabajo es todo el tiempo el trabajo nuestro.

Claro, y es al caso por caso.

Caso por caso. Y cada médico en particular. Por eso te decía hoy, hay médicos que uno ya tiene ciertos códigos y decís “che, lo viste a fulano, ¿qué te pareció?” Hay muchos con los que ya, después de varios años, es fluido. Te mandan un WhatsApp, “andá a verlo a tal, no me gusta como lo veo, está triste”, y nos

mantenemos en contacto. Hay otros que hay que armarlo, "¿por qué me pediste? ¿y a vos qué te parece? Pero mirá tal cosa" ... y no sabes si te escuchan o no te escuchan.

Y a nivel institucional, ¿hay también dificultades?

Sí. Eso ya sería... bueno, el trabajo en red, por ejemplo. No solo al interior del hospital sino con otras instituciones, debería ser más fluido. Hoy en día hay cruces, porque uno ve que hay superposición, por ejemplo, si un paciente se va de acá al centro de salud, nosotros hacemos conexión con el centro de salud, pero los médicos no. Entonces se va con una epicrisis así con lo que tiene, y allá tienen que empezar de cero a construir qué pasó acá adentro. Entonces uno intenta... a veces la médica te dice "¿ustedes van a?" "No, llamala vos, porque a vos te va a entender más, en términos claros, planteale al paciente" ... Algunos lo hacen. Lo otro que sucede también es, por ejemplo, un chico: lo vemos nosotros desde salud, lo ve la escuela de educación, y lo ve la justicia porque delinque; y en los tres lugares lo ven psicólogos. Entonces yo en eso estoy como muy atenta, sobretodo en los casos más común es con violencia de género. Hay como superposición de intervenciones, pero nadie lo está atendiendo. Entonces la llaman de la muni, la llaman de la policía, la llamamos nosotros, pero nadie la está atendiendo, ¿entendes? Entonces, eso hoy en día se ve cada vez más, hay que hacer ese trabajo en red y bueno... en las internaciones hay que avisarle a justicia, empezar a trabajar a justicia para aceitar esto, que antes era como un protocolo, viste, te reciben las llamadas...

Por el tema de las internaciones involuntarias...

Claro, que no sea sólo protocolar y un resguardo del paciente y nuestro, sino que a veces es necesario decir, "che, bueno, el paciente corre riesgo, ¿cómo podemos hacer? ¿ustedes intervienen?". Hay algunos que tienen más apertura, a otros ni les interesa, pero entre los diferentes sectores: Niñez, el Ministerio de Desarrollo, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, el Ministerio de Justicia... hay todo el tiempo entrecruzamiento.

Claro.

Y debería ser con una misma mirada... pero es difícil. Pero cada vez más se tiende a eso. El trabajo que se yo, para un paciente que se va al centro de salud, pero aparte firma... salidas transitorias de la penitenciaría... poder integrar "che, yo lo estoy viendo, vos lo ves" "¿cómo lo ves?" ... ¿Qué pasa? Cuando anda todo bien no pasa nada, pero a veces es "no vino", "che no vino a firmar", "ah, no vino a retirar el remedio", "¿dónde está?, centro de salud". Ahí es la misma persona que pasa por todos los sectores, así que

bueno, eso es más intersectorial... vos me preguntarse interinstitucional... y también. Yo digo, lo mismo en micro, en macro. Eso que hacemos con el médico, a veces hay que ir y hablarlo al director, a veces hay que hablar con el Consejo, hay que ir y hablar con la Dirección Provincial... un desgaste. Pero bueno, es como se gesta la salud mental también. Nosotros debemos reconocer que, de hecho, estamos en el subsuelo del hospital... que para hacer una internación es haciendo así con los codos (hace señas como abriendo paso), haciéndote un lugar, pidiendo por favor, rogando, ¿viste? ... lo mismo es ir a hablar arriba, que te den una reunión, ir a ver a la Dirección Provincial y plantear que es necesario sumar recursos, y es... ese trabajo también es un trabajo inter... integral, donde hay que juntar partes. Y bueno, cada uno... ahí empiezan las cuestiones políticas, económicas, de otro orden.

Pero viene siendo un camino en el que cada vez hay más interés y predisposición...

Sí, sí. O si no lo hay, tiene que haberlo, digamos. Entonces bueno, qué se yo, te llaman a una reunión porque, por la Ley de Salud Mental iban todos los directores de hospital y tiene que participar y de arriba te dicen “mirá va a haber una guardia los sábados y domingo y les tenés que dar lugar”, y no les queda otra que ponerles una oficina, ¿entendés? Hay, ahí a nivel ministerial... lo quieras o no, existe y está instalado. Muy de vez en cuando.

Pero a veces las cosas llegan así, más de arriba que por...

Sí. Es en ambas direcciones, pero yo lo que te quiero plantear como diferencia es que, por ejemplo, acá la UTI pide un ecógrafo, un tomógrafo, una cama, un respirador y el hospital sale, se mueve, se activa... porque es un hospital de emergencia. Sobre todo, lo que tenga que ver con responder a la urgencia orgánica, para decirlo en términos muy claros, se activa el jefe, jefe, jefe, jefe, el director, Ministerio y llega el aparatito y sacamos todos la foto y está el aparato. Pero si yo voy y digo “che, necesito un psiquiatra” ... estoy hace 8 años pidiendo un psiquiatra... y que no, que no existen los recursos, que ya lo pedí, que no... no se juntan a hablar con el Ministro, ni con el director provincial, ni con... salvo cuando hay un psicótico que te está rompiendo alguna sala... ¡ah! Ahí sí “viste, es porque necesitamos un psiquiatra” ... es así.

Claro.

Es en el agudo ¿no?, cuando sucede algo grave, que el director se activa para conseguir y resolver en ese momento. Pero bueno, insisto, a comparación de otros lugares estamos mucho mejor. Falta un montón, pero... bueno, vamos vía a. A veces con más ganas, a veces con menos ganas.

¿Hacen falta psiquiatras en el equipo?

Muchísimo, sí. Yo creo que hacen falta un montón de cosas. Hace falta hacer unos cambios en función de la mirada por las partes, digamos, que tiene que ver con el modo en que está organizado, en general la medicina, pero nosotros acá, es muy claro, cada servicio es un órgano, por decirlo de una manera. Entonces, bueno, poder pensar en una mirada integral y que nosotros nos sumemos al trabajo cotidiano del médico, sea o no una crisis subjetiva en esa mirada a pie de cama, en la ronda, sería ideal. Obviamente con cinco psicólogos y un psiquiatra no lo podés hacer. Pero bueno, hay modos alternativos. Poder pensar en un Equipo, que se sume a la Guardia y el ingreso del paciente al hospital sea ya con una mirada y que esa persona te diga "che, entró fulano de tal, entró por... un ACV, pero mirá que venía con esto, esto y esto", ya hay otro trabajo.

Claro.

Entonces, entra y entra por el órgano. Si hiciste un infarto vas a Cardio, y si te encontraron llorando nos van a pedir la interconsulta a nosotros, ¿entendés? Pero a mí me parece que hacen falta más recursos para poder sumarnos a diferentes lugares.

Es todo un tema, porque tampoco podemos, en función de la demanda, seguir agregando recursos; sería inagotable la cantidad de psicólogos y psiquiatras que necesitaríamos. Pero... a mi gusto, me parece que hay carencia de... De hecho, nosotros quisimos buscar un reemplazo hace dos meses y no conseguimos un sólo psiquiatra, que pueda, que quiera o que pueda venir a hacer un reemplazo.

¿Hay actualmente un lugar, hay horas?

Mirá... viste que yo te dije que tenemos una persona que está de licencia.

Sí

Bueno, ese cargo es posible que sea para un psiquiatra. Lo tenemos que evaluar, está en discusión, pero podría ser una posibilidad que sea un psiquiatra, un psicólogo, una terapeuta, un enfermero con capacitación en Salud Mental, con formación en Salud Mental. Habría que ver... (ríe), digamos, se necesitan tantas cosas que habría que ver ahí qué es lo prioritario. ¿No?

Claro, entiendo.

Pero nosotros en función de una persona ¡que está de licencia! No es que se generó un cargo nuevo, o que nuestro director diga “che, se jubiló fulanito, vamos a dárselo a Salud Mental”, no.

Claro.

Jamás de los jamases. Es más, se han jubilado dos psicopedagogos y nos sacaron los cargos, se lo llevaron para oftalmólogo, o no sé, para otro lado. Siempre tiene prioridad otra cosa.

Bien. Ya que venimos hablando de los psiquiatras del Equipo de Salud Mental, ¿qué lugar crees que ocupa la medicación?

Bien, a ver. Hay una respuesta personal, y una respuesta de lo que debería ser, digamos. A mí me parece que en general, por el Equipo te diría, nosotros buscamos primero agotar las otras instancias, y después poder pensar en el psicofármaco. ¿Por qué?, porque sabemos, desde la psicología, que el psicofármaco por ahí alivia, y nosotros decimos “taponar”. Entonces, al paciente se le va la angustia y listo el problema, sigue tomando la pastillita. Y la idea es que pueda resolver el problema, no tomar la pastillita. Pero bueno, ¿cuál es el criterio? Yo siempre digo, cuando el nivel de angustia, el nivel de malestar interrumpe la vida cotidiana, que vos lo notás, lo notás en los aspectos de la persona, en el bienestar de la persona, en cosas muy básicas, vos preguntás: sueño, comida... cómo regula el sueño, si come o no come, cómo transcurre el día cotidiano... y está alteradísimo. Cuando eso está alterado no media la palabra, no hay tiempo que nos dé para poder seguir trabajando hasta que el paciente se mejore y encuentre lo que le sucede vía un espacio terapéutico... lleva un tiempo.

Claro.

Y ahí uno dice “bueno no, vamos a verlo, ponele algo de medicación”, lo vamos acompañando de manera conjunta, “subilo, bájalo” para que nos dé tiempo a trabajar eso otro. Entonces va acompañando. Esa es mi mirada. ¿Qué sucede en lo real? Muchas inter... En la internación, lo que te dije hoy, es situacional, es por la internación. Entonces, hay un paciente que, a lo mejor, por ejemplo, con problemática de abuso de sustancia... y ni lo consultamos, digamos, para trabajar droga imagínate que lleva años, a veces ni quieren dejarla, y están internados con un cuadro de excitación. Ahí se medica.

Claro.

¿Qué pasa? Llega la interconsulta, cuando vemos que en la interconsulta dice “cuadro de excitación psicomotriz” va el psiquiatra, ni voy yo, porque en ese momento no... no... muchas veces ni pueden

contestar, no te responden, o no responden de una manera coherente que nos permita trabajar. Entonces ahí interviene él en lo agudo. Muchas de esas situaciones acá... “no duerme”, no duerme, pero no quiere hablar y es por la internación, va y Clonazepam a la noche mientras está internado. Ese es otro tipo de abordaje y tiene que ver más con la internación, ¿sí? Si vos me preguntas, el otro que te dije, tiene que ver más con un tratamiento por Salud Mental. ¿Si? Cuándo medicamos, cuándo no, si adhiere al tratamiento, si esa persona no va a agarrar la medicación y la va a utilizar en contra de su vida. Todas esas cosas, son otra evaluación. Distinto es “vino alguien en crisis y lo medicamos” o “está por entrar a la operación y está muy alterado”, va el psiquiatra y lo medica, y ahí no hay otra cosa. Suele ser por un breve período y no un paciente que se va medicado del hospital, generalmente.

Lo último... Me decías que no había, o no sé si se está tramitando ahora, una guardia por Salud Mental.

Está sí, hoy vinieron a la reunión. Empezó hace una semana. Fue un reclamo de muchos años, muchas veces se pensó que nosotros estemos divididos en turno mañana y tarde, pero somos tan poquitos que no podríamos suplir todas las tardes del hospital. Y lo que pasa en función de la ley es que un paciente si viene después de las 12, hasta el otro día a las 8 de la mañana, tiene que ir al Mira. Entonces, la provincia, la Dirección Provincial de Salud Mental primero puso sábado y domingo, para descentralizar el Mira. Hoy en día está poniendo de lunes a viernes. En tres hospitales muy grandes: el Protomédico, el Iturraspe y el Hospital Cullen, por la tarde de 2 a 8 de la noche, es una prueba piloto que en Rosario ya se hace, hace muchos años y la están como replicando acá. Entonces si el paciente viene, puede ser abordado en esa situación. Nosotros como hospital le dijimos que suele ser en la madrugada lo más complejo para nuestra guardia... pero bueno, ellos quieren evaluar tres meses cómo es el desarrollo de esto para ver si se continúa o no, o si se cambian los horarios. Es externa, viene.

¿Es activa? ¿están acá?

Sí, están acá, pero cuando les toca estar acá pueden llamarlos del Iturraspe o del Protomédico. Cuando están en el Iturraspe pueden llamarlos de acá. Acá vienen tres días.

Claro, es un mismo equipo que va rotando.

Van rotando. Es el mismo equipo con diferentes personas fijas que vienen tres días acá, dos días al Iturraspe y creo que un día... no sé bien cuándo les toca el Protomédico. Pero, están en red, y el día que les toca hacer

base acá, responden a los llamados de los otros hospitales. Estamos ahí aprendiendo, porque hoy de hecho los conocimos, es la primer semana.

Claro. Y durante la noche, ¿no hay?

No habría después de las 8 de la noche. Ellos los dejan en Guardia, y cuando nosotros llegamos a las 7:30 vamos a verlo. Pero bueno, se achica un montón el tiempo. Era de 12 a 7 de la mañana, ahora sería de 8 de la noche hasta las 8 de la mañana.

¿Se toman esos pacientes por Guardia, o también depende del caso?

Ellos lo atenderían en la Guardia. Si el paciente queda internado lo continuamos nosotros. Si se le da el alta por ahí lo monitorean ellos y después lo referencian al centro de salud, igual que nosotros.

Y ante casos graves, ¿esa guardia deriva al Mira y López?

O quedarán acá... con control nuestro al próximo día. Lo agudo, agudo, un caso de psicosis descompensada se va al Mira. Porque acá no tenés ni dónde ponerlo, pero la mayoría no... nos ha tocado muy pocas veces. De hecho, ya... ponele, estos pacientes ¿cómo llegan? Paciente en crisis, que suele traerlo la policía o la ambulancia, y cuando son esos casos van derecho al Mira.

Claro.

Ahora, a un paciente angustiado, que lo trae el familiar, vienen para acá y eso sí se puede quedar acá. Pero es raro que entre el paciente... Sí tuvimos pacientes así, uno o dos bien descompensados, pero fue pensada la internación, era paciente nuestro, se decidió internarlo con acompañante terapéutico, se planificó, no entró en urgencia por Guardia, estaba mal, estaba muy encerrado en la casa, no tomaba la medicación, fue todo un tema trasladarlo, vino con el hermano, se pensó en una pieza... solo, con el acompañante, se les avisó a las enfermeras. Se hizo como todo un armado para sostener esa internación. (Hace gestos y señas con las manos diciendo "una"). No es lo habitual, en el Mira es más corriente esto, todos los días creo.

Claro. Bueno, esas son mis preguntas. No sé si hay algo que quieras agregar...

No, no. Creo que anduve floja en las dos primeras, que son como las más teóricas, pero creo que lo fui respondiendo a lo largo de la entrevista... y bueno definición así de libro, no me... no...

No, no hay problema. Muchas gracias por tu tiempo.

ENTREVISTA A PSIQUIATRA I

Fecha: 25/04/2022

Duración: 60 min.

¿Cuál es tu profesión?

Médico psiquiatra.

¿Hace cuántos años que estás en el Equipo?

Hace cuatro años. En realidad, hace un poco más. Empecé como rotante, cuando estaba haciendo la Residencia interdisciplinaria en Paraná, en tercer año elegí rotar por acá y después me quedé. Nunca dejé de venir. Estuve un tiempo ad honorem, y tengo el cargo formal hace 4 años.

¿Cómo encontrás conformado el Servicio de Salud Mental? Vos sos el único psiquiatra por lo que me comentaron...

Sí, yo y otra chica en realidad que colabora con 12 horas. Hubo otra psiquiatra, pero se fue también.

¿Cómo definirías la Salud y la Enfermedad?

A nivel de... ¿No solo Salud Mental, sino en general?

También, iba a preguntarte por la concepción de Salud Mental después.

Bueno, a ver. Supuestamente la salud desde un punto de vista biológico sería como la ausencia de enfermedades, o mantener un equilibrio fisiológico que está bastante estandarizado a nivel de... sobre todo... no sé, hay muchos parámetros muy finos dentro de la sangre, por ejemplo, lo que es el pH, la acidez o alcalinidad de la sangre, el nivel de los electrolitos, o sea, hay cuestiones químicas biológicas, que es de biología pura, súper ajustados, súper afinados, y eso cuando está desajustado provoca trastornos que te llevan a ir a una guardia o a internarte. Eso no hay duda de que existe eso. Pero obviamente... nuestra concepción es mucho más grande, y la salud incluye otros componentes, ¿no? Condiciones sociales, cuestiones de salud mental, por eso, ausencia de enfermedad es importante, pero también tener la posibilidad de desarrollar una vida que a uno le plazca. Incluye muchos componentes, ¿no? hay cosas que enferman

que no son las cuestiones biológicas. Enferma la sociedad, enferma el gobierno, el trabajo enferma, un montón de cosas digamos.

Y a nivel de salud mental se torna mucho más interesante el debate, porque la verdad que hay... uno podría... ni siquiera se sabe si existen las enfermedades mentales. Uno podría argumentar eso, o si es una sola, porque no tienen una base, no tienen un constructo como tienen las enfermedades biológicas clásicas digamos, en la que uno ve, el microbio entrando en el pulmón genera una inflamación, genera que vos tosas, que vos tengas fiebre, o sea, es muy claro todo eso. Lo mismo que un tumor, se ve, se ven las células anormales, se sabe todo. Pero en la parte de salud mental estamos... en veremos todavía, en dos mil veintipico... tenemos algunas nociones, por ejemplo, biológicas, químicas, pero también sabemos que como el ser humano es un animal social, el entorno también, o enferma, o te ayuda. O inhibe la expresión de algunas enfermedades mentales potenciales que vos tendrías genéticamente. La crianza... un montón de cosas, digamos, ambientales, es re interesante en ese punto de vista.

Sí, es interesante cómo lo planteaste.

(ríe)

Yo puedo darte por ahí respuestas medio raras. (ríe).

¿Cuál crees que es la función del Servicio de Salud Mental? O del Equipo de Salud Mental, porque me dijeron que no es un Servicio...

Ajá. Bueno, dar atención a cualquier problema, por así decirlo, cualquier demanda de Salud Mental o que tenga que ver con nuestro campo, tanto de los profesionales que trabajan acá -debería ser así- de los profesionales como de los pacientes que transcurren por el hospital. Concretamente lo que más hacemos es ir a ver pacientes internados por cualquier cuestión clínica que, desarrollan acá... alguna especie de... ni siquiera llega a ser un trastorno, se angustian, como cualquiera de nosotros que está internado o que está enfermo. Vemos mucho de eso. Después vemos pacientes psiquiátricos que... psiquiátricos por así decirlo, ¿no?, pero que tienen algún problema de Salud Mental, que se internan acá por algo médico, entonces, es conveniente que los veamos, porque muchas veces están medicados, o porque muchas veces tienen otra forma de afrontar... o tienen mecanismos distintos para afrontar lo que le podría pasar a alguien "normal" entre comillas, y obviamente también hay una atención que es más de urgencia, de crisis subjetiva en la guardia, de muchos pacientes, en general muchas pacientes mujeres, jóvenes, con trastorno límite de la

personalidad, por decir un diagnóstico psiquiátrico, que entran por una conducta de auto daño. No siempre es un intento autolítico, pero es una conducta de autodaño.

¿Esos suelen ser los casos, por decirlo de algún modo, o consultas más frecuentes?

En la Guardia sí, por ejemplo. En la Guardia sí. Eso está estudiado igual a nivel global y cuando uno lee la enfermedad, por así decirlo, el trastorno límite... digo enfermedad porque los pacientes se parecen mucho, es muy llamativo digamos, uno lo lee, lo estudia en la residencia más que nada y después los empieza a ver, que uno tras otro, tras otro, los pacientes se parecen. Entonces hay algo ahí, que uno puede decir "esto parece ser un trastorno" de regulación del discurso... y mucho autodaño... hay pocos pacientes, pocas personas que se dañan a sí mismo, en la población digamos... y no son los psicóticos generalmente los que más vemos, por lo menos en la Guardia. Uno pensaría los esquizofrénicos, eso tan temido que hay de la locura, y no son precisamente los que están locos de verdad digamos, los que más se autodañan, sino los pacientes con trastorno límite... que bueno, es bastante loco el trastorno. Uno por ahí los ve y dice "ay, que loca que está esta persona" (ríe), pero bueno. Y generalmente son... estadísticamente son mujeres, jóvenes, y es... digo, cuando uno lee los papers de cualquier país, Estados Unidos, primer mundo, segundo mundo, tercer mundo, lo que sea, es una de las consultas más frecuentes en la guardia de un hospital... general y ni hablar del hospital monovalente, pero en el hospital general muchísimo. Utilizan mucho la guardia.

Hiciste una diferenciación ahí de autodaño o ...

(interrumpe)

Claro, porque digamos, uno englobaría en conductas de autodaño, engloba distintos... distintos espectros de conductas. Por ejemplo, los pacientes límites, a veces... aprenden como una manera de sobrellevar su trastorno, que cuando están muy enojados o muy depresivos, esos signos que duelen digamos, realmente, dolor psíquico podríamos decir, dolor emocional... un dolor saca otro dolor, el dolor físico corta otro dolor. Generalmente es un corte, o una ingesta de pastillas, te tomás no sé, 10, 20, 30 Clonazepam, sabés que no te morís en el fondo, porque no te matás por suerte con eso... pero cortas, realmente cortás con el dolor, parás de sufrir. Obviamente algunos son muy vistosos con el tema del corte, mucho corte.

Pero hay una diferenciación ahí con el intento de suicidio...

Claro, y ellos mismos lo aprenden, y después cuesta mucho... parte de un tratamiento terapéutico es poder darle otra opción, porque si uno le dice bueno, si pudiéramos decirle "dejá de cortarte" ¿cómo pararían ese

dolor?, porque ni quisiera la medicación sirva. Porque de hecho sino después agarran y se toman 30... por algo el tratamiento del trastorno límite hoy por hoy, la posta es el tratamiento psicológico. No cualquiera, es un tipo de tratamiento psicológico, porque precisamente una de las cosas es darle una herramienta, sino la persona inevitablemente vuelve a lo mismo, digamos. Pero te quiero decir esto: lo de autodaño tiene que ver ¿por qué? Porque eso uno dice "no es un intento autolítico" si uno hila fino a veces, realmente no es un intento, pero sí forma parte de lo que es conductas de autodaño. Claramente es una conducta de autodaño. Como puede ser drogarse también, qué se yo, que la persona consuma 5 gramos de cocaína, también es una conducta de autodaño. Pero está estudiado que sí, eso de alguna manera desensibiliza a la persona al miedo al dolor, al hacerse daño. Y eso forma parte de la carrera suicida de alguien. O sea, por suerte la mayoría no se va a matar, pero tienen un riesgo elevado de suicidio. O sea, lo que nos quiere decir es: no se está queriendo matar tal vez en ese momento, no es una conducta suicida, pero sabemos que eso forma parte de todo ese desarrollo de la capacidad suicida, digamos. Una persona para matarse no es solamente... la impulsividad, la agresividad, hay otras cosas también. Esto juega un rol importante, por eso es importante tratarlo y darle importancia, por más que no sea autolítico de verdad digamos, sea superficial.

Esos casos, ¿son interconsultas que se hacen directamente desde la Guardia?

Eso generalmente se ve en la Guardia, sí. Por ahí se internan, porque a ver, también, por ejemplo, siguiendo con esto de los trastornos límite, son pacientes que tienen conductas temerarias digamos, en el sentido de que son los típicos que manejan a 200 por hora, que no se ponen el casco... un poco es ese tipo de montaña rusa ¿no?, de consumo de sustancias, entonces muchos después los vemos cuando se quebraron la pierna...

Claro.

Y ahí sale el paciente complicado, ¿no? La intolerancia a la frustración... no toleran la espera. O sea, como que lo vemos de los dos lados, pero sí es muy típica de la Guardia por los cortes o por la ingesta de medicación.

Y específicamente, acá ¿cómo se trabaja? Ante el pedido de interconsulta... Me decían, por ejemplo, que según el Servicio o la patología del paciente va en primer lugar un psicólogo o vas vos si es un pedido de medicación.

Claro, sí, es fácil cuando, por ejemplo, el paciente tiene un cuadro de excitación psicomotriz, generalmente voy yo. Cuando el paciente tiene un síndrome confusional, por ejemplo, que... que está hiperactivo, pero está confuso, no está orientado. Generalmente eso aparece más que nada en viejos, va, gente de 50, 60, 70,

80 años; uno le dice así digamos, pero sería población mayor, aparece eso y eso hay que medicarlo, sin dudas. Después por ahí en los cuadros de excitación psicomotriz a veces nos hemos llevado nuestras sorpresas digamos, que voy yo primero, o vamos a veces de a dos, pero es un paciente joven, entonces decimos "qué raro". Cuando es un paciente joven a veces es distinta la causa, no es tanto la confusión, sino que... a veces hay una cuestión de personalidad más complicada del paciente. O, por ejemplo, hemos visto gente que está esperando una cirugía y pasó el médico y se peleó con el médico y está excitado... ¡No!, está caliente porque no lo operaron digamos, porque le patearon la cirugía o sea... nos hemos llevado nuestras sorpresas. Pero bueno, ese es el triage como más fácil de lo que sí es medicable. Después por ahí en adicciones a veces me tienden a llamar a mí, pero no debería ser tan así.

¿Por qué no?

¡Qué sé yo! porque

¿Porque te llaman por una abstinencia, por ejemplo?

Claro, sí, pero el 95% de las veces no son abstinencias, por eso te digo. Es porque la personalidad es complicada... o tienen ganas de consumir, pero eso no es un cuadro de abstinencia orgánica, o que está desacatado digamos... ¡No! tiene ganas de consumir, está internado acá... Y aparte... muchas veces es "porque consume", porque es usuario de drogas. Pero ¡claro!... pero tranquilamente puede ir un psicólogo para ver en qué estado... en qué estado de... no sé si estudiaste alguna vez los estadios de Prochaska...

No, no.

Prochaska y DiClemente armaron un modelo del consumo de sustancias en el cual, es un modelo circular, en el cual la persona está en un periodo precontemplativo cuando no quiere... no ve ningún problema, ni tiene objetivo de tratarse digamos, que mucha gente está por ahí como parado; después está el contemplativo, en el cual está pensando "sí, debería hacer algo con esto", ve algunos problemas; después cuando está ya preparado para la acción directamente; y después está la recaída. Es como una cosa circular y espiral, como es la evolución del consumo, que nadie se recupera un día o empieza una recuperación lineal. Tranquilamente podés volver de la recuperación a la recaída y estar en precontemplativo y "no, está todo bien", luna de miel con las drogas... Eso lo puede estudiar un psicólogo, o sea, los psicólogos de adicciones lo estudian digamos, lo mismo que la entrevista motivacional, cómo hacer, cómo acelerar o incitar a alguien al cambio, para eso está el libro de Miller y Rollnick, que es de la entrevista motivacional.

Eso es algo que... los psicólogos, los psiquiatras... digo por ahí faltan esos elementos me parece, que por ahí si los tuvieran incorporados ni me llamarían a mí.

Claro, lo resolvería el mismo médico a cargo de la internación...

No, también como psicólogo. Los psicólogos también, ¿por qué no? Si hay psicólogos especialistas en adicciones. Hoy trabajar en un hospital público y no tener una formación en adicciones... es como medio raro.

¿Hay formaciones acá o cada uno debería formarse por fuera del hospital?

Y... no, yo creo que cada uno lo debería hacer por fuera, y también a conciencia. Yo creo que la formación la tenés que elegir también en base a lo que vas a trabajar. Yo te soy sincero también, que me he formado un poco cuando he trabajado en centros de adicciones, al principio. Entonces, he buscado de dónde formarme. Pero me di cuenta de esto, de que había muchos psicólogos que saben de estas cosas y que mucha de la formación era de psicólogos. Irvin Yalom... un montón de cosas. Alcohólicos anónimos, por ejemplo, que... vos decís, eso no es psiquiátrico. Poder decirle a alguien, poder asesorarlo, que se yo, una intervención a lo mejor es "mirá acá están los dos grupos" o "en Santa Fe hay dos grupos, fijate". Alcohólicos anónimos ha sacado mucha gente del consumo, más allá de la cuestión religiosa, que... es una excusa un poco para el tratamiento, viste que tienen esa cuestión que a uno le da como cosa, sobre todo si no es creyente, pero igual funciona, a mucha gente le salvó la vida.

Y acá específicamente no, no hay formación del psicólogo ese sentido...

No, no. Acá pasa lo que pasa en la mayor parte de los hospitales, lamentablemente... no tenemos qué ofrecerle a la persona con adicciones. Un poco porque no hemos sido creativos ni nos interesa... a mí sí me interesa el tema, pero digo como en general, no interesa al Equipo el tema adicciones. Todavía está la cuestión moralista por ahí, ahí arriba, y no es visto como un enfermo cuando realmente es una enfermedad, horrible. Es un infierno para la persona que la vive.

Si, tal cual. Más a partir de la sanción de la Ley de Salud Mental que plantea tratar las adicciones como...

Sí... Sí, yo creo que más allá de la ley, o sea, si uno tiene la posibilidad de conocer a alguien, o si ha sufrido o sufrió o conoce a alguien... sabe que es un infierno y que es una persona enferma realmente. Y que pasa por los hospitales y no se lleva nada en general. Acá con suerte se lleva ir a APRECOD, que está acá no

más, a una cuadra, la Agencia de Prevención de Adicciones, que es bueno como un acercamiento digamos, pero... deberíamos tener otras cosas. Yo a veces pienso: cómo no tenemos un grupo no sé, un grupo terapéutico, por decirte.

Un grupo totalmente dedicado al tratamiento de adicciones.

De adicciones, claro. Pero sí es cierto que no tenemos recursos humanos también. Siendo justos... tenés que... si pudieras designar un psiquiatra y un psicólogo de grupo, con una carga horaria que puedan venir tres veces por semana... ¿no es cierto? Si quisiéramos hacer algo de adicción acá, por eso te digo... es como medio desolador el panorama, pero es súper interesante.

¿Pero crees que es por falta de recursos más que nada? Recursos humanos digo.

Yo creo que sí, pero también un poco va de la mano del interés. Todavía pesa la cuestión moralista acá en el hospital, y en el Equipo, digamos. Tipo perversión: "bueno, se lo buscó" ... esa cuestión, no sé si me entendés ¿viste?

Sí, sí.

No poder empatizar con el infierno que es la enfermedad. Y ahí tenés una cosa.

¿Con qué dificultades crees que se encuentran, como Equipo de Salud Mental, para realizar sus prácticas? Tanto a nivel interpersonal como institucional. Esto de la falta de recursos que mencionabas...

Sí, y bueno... por ahí se puede hacer un análisis en todo nivel. Internas, como Equipo hemos tenido muchas dificultades, vinculares. Vinculares... también muchos choques, más que nada vinculares. Desde mi perspectiva igual, he tenido muchas... no sé si decepciones, pero desmotivación en lo que tiene que ver con... lo difícil de comunicarme y hablar un mismo idioma digamos, por falta de formación creo yo. Porque, por ejemplo, yo he tenido mucha formación psicoanalítica, de la cual después pude correrme totalmente, nunca me terminó de cerrar, y después claramente... llegué a otra conclusión, digamos, por así decirlo. Pero... yo igual entiendo cuando me hablan en ese lenguaje... pero siento que cuando yo hablo de lo que es un trastorno límite de la personalidad, de adicciones, u otros cuadros... yo te digo, bueno una depresión bipolar, trastorno obsesivo compulsivo, no... no tengo otro interlocutor como para... no sé si se entiende.

Sí.

Creo que igual es un déficit de la formación de grado de la carrera en psicología, me da la impresión. Sesgar a una sola teoría complica después, en la realidad, en la práctica. Porque los pacientes están, no es que no están. Y no entran en perversión, psicosis, neurosis. O sea, tienen un trastorno obsesivo compulsivo, que tiene un tratamiento específico; o adicción que tiene un tratamiento re complejo multifactorial, digo, por así decirlo... el trastorno bipolar... por eso te digo, es como que faltan interlocutores.

¿Predomina en el Equipo un discurso o prácticas más bien psicoanalíticas?

Sí. Como en la Dirección de Salud Mental, en las carreras, en algunas residencias... bueno, pero eso en lo que es más vincular. Después tenemos sí, limitaciones... el subsuelo horrible este en el que estamos... no somos un Servicio... eso capaz que te lo dijeron, no podemos internar pacientes nuestros, o sea no podemos firmar una internación, tenemos que llamar a los clínicos, no tenemos un área dedicada.

Sí, ¿el hecho de que no sea un Servicio lo ves como algo negativo?

Sí, sí... le quita visibilidad, nos quedamos como un apéndice ahí... que hace la parte de Salud Mental... no somos "un Servicio de Salud Mental".

Claro, de hecho, yo pensé que sí lo era, y cuando lo mencioné en las entrevistas anteriores me explicaron que no están reconocidos como Servicio, que es un Equipo de Salud Mental.

Sí, no es menor, no sólo por la cuestión del nombre, sino por una cuestión administrativa, de recursos también. Al ser una cosita ahí que tenés en el subsuelo, es menos visible. Al no ser un Servicio te asignan menos recursos, eso es una realidad también. Somos como gente ahí que se junta para hacer una cosa... no un servicio. Bueno, entonces, bueno mi teoría es un poco que... viste eso de la ley de cerrar hospitales, que esto que lo otro... No sé no me cierra mucho eso, porque la verdad que la gente... los pacientes están, se tienen que internar, y está bueno sí lo de internar en los hospitales generales, pero bueno, no tenés lugar, o sea no te dan lugar. No se puede internar el paciente en cualquier lugar.

Sí, eso te quería preguntar... si hay alguna modificación a partir de la sanción de la Ley de Salud Mental...

No lo sé, no lo sé porque se sancionó hace bastante, ¿no?

En 2010, sí.

En 2010. Yo no estaba acá todavía. Yo creo que debe haber modificado cosas, seguro. Pero no se acompañó, como todo lo que vemos, de una asignación de recursos. En eso siguen más o menos igual por lo que cuentan los chicos... seguimos estando siempre acá (en el subsuelo), no tenemos un área dedicada... Lo más digno sería tener una buena sala, con enfermeros que capacitemos o capacitados y que sí, que sea una sala de Salud Mental, no tiene por qué ser estigmatizante eso.

Claro, porque hoy por hoy las internaciones se hacen en el Servicio que haya lugar...

Sí, sí... y por suerte nunca termina pasando nada grave... no ha pasado nada grave hasta ahora, porque no tenemos pacientes judicializados como los del Mira y López, que ahí sí hay muchos pacientes complicados y hay muchos delincuentes supongo también. Como hay a veces en los monovalentes, a veces caen delincuentes la verdad, que consumirán, pero bueno... hay de todo. Pero por suerte acá no ha pasado nada. Pero para mí sería mucho más práctico tener un lugar... no sé, capaz tengo la visión vieja todavía, yo me formé como clínico primero acá, hice clínica médica, entonces bueno.

Pero crees que sería importante un espacio destinado a Salud Mental.

Sí. No solo a nosotros sino...

Y que salga del subsuelo también...

Sí (ríe). Que sea como una sala más digamos, con pacientes....

Y con posibilidad de internación.

Claro. Con una internación digna como es en los otros servicios, que... no hay nadie acá que esté maltratado. Sí me jode un poco lo de los psiquiátricos que, en vez de rescatarlos y hacerlos hospitales lindos, porque la verdad que son horribles todos. Tirarlos, pero hacerlos de nuevo, no sé pero que sean buenos lugares, que sean lugares en los que uno sienta paz y tranquilidad. La verdad que son horribles, o sea yo no los destruiría ni cerraría, ni prohibiría la creación, sino que... sí pondría ciertos mínimos estándares para que sean lugares humanamente dignos. Que sean realmente lugares en los que uno se pueda recuperar de algo ¿no? Porque sí, la verdad que los que pisas, son horribles.

Claro.

Ni un segundo te querés quedar. Yo fui a rendir la especialidad de psiquiatría al Mira y López, fue la primer y única vez que fui, porque no lo conocía, y me pareció horrible, la cosa más horrible de la tierra. Pero

bueno, ahí sí digo: sí, ciérrenlo, destrúyanlo, pero no por... no sé cómo decirte, no porque si es psiquiátrico o no, sino porque es un lugar indigno.

Por las condiciones en las que están internados...

¡Claro! Si vos me decís que este hospital va a ser todo psiquiátrico, yo te digo "sí dale", me parecería perfecto, o sea está bien. Acá la gente... está limpio, tiene parque, parquizado, un buen trato. Lo veo más por ese lado, pero bueno.

Claro. La Ley plantea el cierre de los hospitales monovalentes, pero me decían que no hay dispositivos alternativos que permitan progresivamente disminuir las internaciones y plantear otro tipo de tratamiento...

Claro. Hay poco... no tenemos, no tenemos. En la práctica privada te pasa hoy en día. Tenés un paciente en el privado y lo tenés que internar... hace una semana me pasó, un brote psicótico, una chica, y le tenés que decir que vaya a La Merced, qué se yo, es lo único privado que hay, y sino el Mira y López, o sea no hay oferta tampoco para estas cosas, no tenés qué hacer. Y hay muchas familias conviviendo con personas que no están bien, que están inestables y no los pueden internar, no hay camas... Hay una política, que no está dicha, pero como de no internación... quiero creer que es por la falta de camas, o no sé, porque si no sería una política bastante perversa. Pero eso se nota en la práctica.

¿Acá decís que pasa?

En Santa Fe, por ejemplo. No sé cómo será en Capital Federal, pero en Paraná también es parecido... O sea, digo, uno tiene un paciente que está mal y lo mandás a la guardia y lo rebotan... entonces, algo pasa. Yo no sé, está bien que uno no quiera cronificar algo que... que no se va a cronificar porque gracias a la medicación los únicos pacientes que ha quedado crónico en el loquero no son los pacientes que no le funciona la medicación, sino los que no tienen familia, o no tienen recursos, los que los han abandonado.

Claro.

Porque la medicación ha hecho que, al revés, entran y salen. Una internación promedio de un brote psicótico te dura un mes, un mes y medio, dos meses. Por lo que demora también la medicación, hasta que le armás el externo, cómo lo vas a seguir, pero... por eso te digo, no sé. Quiero creer que es por algo físico, pero me parece que hay como una onda de no internar, lo pateamos, ¿viste?... En Paraná y Santa Fe yo lo he notado.

Hay como una idea de “no internar” pero tampoco hay un tratamiento que acompañe esa no internación, digamos.

Y se hace... ¿viste? como para zafar, un inyectable, por guardia. Todos se llevan un inyectable. Pero ahí vuelven a su mismo hogar... y las familias de los pacientes psicóticos o con trastorno de personalidad que son los que más se internan, son caóticos, entonces el paciente vuelve a ese mismo caos, digamos. Hasta que la cosa explota ¿viste? Entonces, como vos decís, faltan lugares. Habría que ver cuál serían las otras opciones, pero creo que se necesita un lugar de internación, un buen lugar. Tiene que haber lugares para hacer una internación digna, como te estoy diciendo, como cualquier problema de salud, te internas, estás mal. Eso... bueno, veremos si alguien se anima. Creo que también hay gente que no se anima primero porque no se puede, supuestamente por la ley, pero bueno... habría que promoverlo desde los sanatorios... Nosotros ahora estamos... como creando el Servicio de Salud Mental en el Sanatorio Santa Fe, de hecho, lo armamos y ya se inició, pero es solamente consultorio. Sería una linda apuesta que tenemos ahí en mente... de hacer algo.

¿Un espacio ahí para internaciones por Salud Mental?

No sé si ahí, pero del Sanatorio, de Salud Mental. Sería creo algo novedoso. A mí me motiva muchísimo eso, porque sería el primer paso que dé un Sanatorio acá en la Ciudad. Quizá después se suman los otros, ¿viste cómo es? Cuando uno lo tiene, los otros copian. Eso estaría bueno, pero bueno, veremos qué pasa.

Bueno... para no hacerte demorar demasiado... (ya había terminado su horario de trabajo)

¡No, no! No te preocupes, ya me copé. Capaz estoy diciendo muchas boludeces.

No, para nada. Al contrario. Todo lo que quieras contar...

(Ríe).

¿Cómo se lleva a cabo el trabajo interdisciplinario acá en el hospital?, si es que lo hay. No sólo en el Equipo sino también con otros profesionales...

Claro. Sí... yo soy un convencido de que depende mucho del interés clínico... clínico digo, en el sentido del interés por la clínica que tengan los intervinientes digamos. Hay un caso y quienes intervienen, se arman unas configuraciones muy variadas. A veces son muy ricas, yo con el Servicio que más se nota que hay

interés, aunque haya desconocimiento de lo nuestro, de nuestro campo, es con los médicos clínicos, los que hacen Clínica Médica. Yo te decía viste, donde yo me formé primero.

Sí, sí.

Ahí en Clínica Médica. Porque son los primeros... son la especialidad de la medicina más curiosa por así decirlo, y que más ven el paciente con globalidad. Después vos tenés, por ejemplo, los cardiólogos, que no saben un carajo de lo nuestro...

Claro, y miran muy específico su parte.

Claro. El corazón, y aparte la especialidad de ellos es muy mecánica, ¿viste? Te hacen un electrocardiograma y bueno, y la sangre fluye, entonces... es muy físico, todo muy medible, digamos, muy mecánico, por eso te digo, muy mecanicista la especialidad en sí, entonces ya de por sí... Después los neurólogos sí tenemos ahí... muchas veces pasa lo mismo que con clínica, como un interés. De hecho, miramos lo mismo, en el fondo es el cerebro, donde quiera que vos pienses que está el aparato psíquico es en el cerebro. Después como quieras que esté organizado, según tu formación, tu escuela, Lacan, Freud, pero está ahí en el cerebro, tenemos un órgano en común digamos. Entonces bueno, con ellos también se da mucho por ahí, se ven cosas interesantes, tenemos casos interesantes. Y después digamos, cada servicio tiene su urgencia y su necesidad también, con respecto a la interconsulta. Traumatología solicita el control del paciente, porque son pacientes que... esto que te decía, trastorno de personalidad, son pacientes que se suelen fracturar, los que vemos que se quiebran una pierna por andan en moto chupados, y ya tienen tres o cuatro quebraduras previas, o sea... consumo de sustancias, ese tipo de cosas. Igual que Cirugía, los heridos de arma de fuego, están como en ese mundillo de tirarse tiros, es la realidad... estamos en Santa Fe, qué vamos a hacer. Entonces ellos como que piden más control, no están interesados en si el tipo es psicótico, si tiene un trastorno de personalidad, o no. Es como esa demanda, control, que no rompan las bolas, después los operamos y se van. Pero ya te digo, con los clínicos sí hay como un trabajo muy copado. Pero también es lo mismo, volvemos a lo vincular, a lo mismo, o sea, dentro del Equipo hay gente con la que uno se siente cómodo trabajando, en la que confía más quizás en su pericia clínica, gente que no, o bueno, con la que siente que no puede trabajar. Tampoco es tan terrible, digo, no es que hay una pelea permanente, ahora está mucho mejor el ambiente, pero están esas cosas, juegan esas cosas.

Depende mucho de los vínculos.

Yo creo que sí, también en la residencia me pasaba, había psicólogos que trabajábamos, por más que sean psicoanalistas, y trabajábamos re bien... hay gente que es pragmática aparte, entonces no importa de qué escuela es, si es sistémica, TCC, yo admiro mucho eso, por ejemplo, cuando alguien es pragmático me gusta.

Claro, tiene que ver con la capacidad de ver la mejor alternativa para resolver...

¡Claro! Porque resolvemos problemas.

¿Hay posibilidad de hacer eso, de pensar una estrategia en conjunto?

Sí, sí.

¿O es todo muy fragmentado?

A ver, es variable, no te podría decir "sí, lo hacemos en todos los casos" ... mentira.

Claro.

Es muy variable, depende del caso y depende cómo lo laburamos. Pero te puedo decir quiénes tienen más apertura, por eso. Clínica Médica es... vos decís "che, esperame, que quiero hablar con el familiar", todas esas cosas importantes para nosotros: informar al familiar, gestionar bueno, cómo lo voy a seguir, o "pedile tal cosa que para mí es importante", eso va bien; pero con los servicios quirúrgicos, históricamente es así y va a seguir siendo así yo creo, por los tiempos de ellos, por las formas, por ahí encontrás alguno medio raro (ríe), que le importan las cuestiones subjetivas del paciente digamos.

Claro. Y para vos, cómo sería, no sé si decirte ideal, pero ¿cómo es la forma en la que te gusta abordar las problemáticas? Si podés, por ejemplo, hablar con el paciente...

Claro, para mí siempre lo ideal, yo soy muy obsesivo entonces soy muy rutinario. Para mí lo ideal es cuando puedo hablar... al menos que sea algo muy simple, o sea, un tipo mayor, por ejemplo, como nosotros, cualquiera de nosotros adulto, está internado y está angustiado bueno, ahí no necesito hablar con la familia quizás. Pero digo, en los casos más complejos lo ideal es poder hablar con la familia, lo cito acá tranquilo (en su consultorio), que me den data de antes, porque viste uno necesita hacer la foto, pero también la película de cómo fue el paciente, con eso mejorás tu capacidad diagnóstica digamos. Y bueno, ya te digo, que esté en Clínica que es con los que mejor podemos trabajar y todo eso (ríe). Y si lo tengo que ver con algún psicólogo, con alguno de los que yo creo que son pragmáticos, eso sería como la situación ideal. Pero bueno, no siempre pasa.

¿Tenés también acá, dentro del Equipo, según la problemática, profesionales con quienes se puede trabajar mejor?

Sí, por ahí sí, y por ahí no te queda otra... En la pandemia, por ejemplo, que veníamos a veces de a tres, como grupos rotantes, veníamos tres por día creo, así hacíamos... y ahí sí trabajamos todos con todos y bueno, no hubo lola ahí (ríe). Pero bueno, ahí lo resolvimos, no nos quedamos acá todos peleados, encerrados. No, fuimos y laburamos.

Claro.

También empezó a pasar acá que a alguno le gustaba más... pasa, que algunos tienen más preferencia por un tipo de servicio o de paciente, ¿viste? A una de las psicólogas le gusta ir a Neo por ejemplo... qué se yo.

Claro, entonces suele tomar las interconsultas...

(interrumpe)

A mí no me copa ir a Neo... así que perfecto. Vamos buscando nuestras formas, digamos. Pero bueno, somos especiales (ríe).

¿Qué lugar crees que ocupa el diagnóstico y la medicación?

El diagnóstico es fundamental. Como médico yo creo que nadie te pue... te debería decir otra cosa. Porque es parte de nuestra formación, o sea, uno tiene que hacer un buen diagnóstico. Uno tiene que hacer un diagnóstico lo mejor posible, y no solo uno, sino uno o dos o tres, que es como eso lo que hacemos ¿no?, investigar así tipo detective, y tener dos o tres hipótesis, digamos. Para mí es fundamental. Pasa que volvemos a lo que yo te decía, si vos te formas con tres diagnósticos, todo lo vas a meter ahí, es así. Yo eso es lo que veo, como que todo entra ahí, pero la realidad es mucho más compleja... Tampoco te digo que hay 500 como dice el DSM, y no lo digo sólo yo, gracias a Dios lo dicen psiquiatras súper grosos que son críticos. Vos podés criticar al DSM y a la psiquiatría desde dos lados: desde la antipsiquiatría o desde el cientificismo puro, digamos, en decir ¿qué evidencia hay de esto? Son dos lugares desde los que vos podés ser crítico con la historia de la psiquiatría y la psiquiatría. Yo estoy más cerca de ver qué es lo que realmente existe, qué es lo que realmente funciona, qué es lo que no sabemos, que es la mayor parte... pero no desde la antipsiquiatría, eso a mí no... me molesta porque creo que la ciencia es lo que más ha hecho progresar a la humanidad, y lo que más hace que vivamos 90 años, así y todo, digamos, y que haya menos pobreza y etcétera ¿no?, pero bueno... ¿qué te decía?

Me decías que hay trastornos, hay enfermedades que existen...

Sí porque los ves digamos, si no los ves yo no sé... están ciegos para no verlos, por eso te digo. Los trastornos límite entran gritando que son trastorno límite, un TOC también, ya hasta los ves cruzar, no sé, ahí que tienen ideas obsesivas que son intrusivas, que tiene compulsiones loquísimas, que va caminando y salteándose los...

Las baldosas...

Las baldosas, que va contando en la cabeza números impares, y se ven, uno tras otro, tras otro. Y existen, no es que no existen. Y no es una neurosis obsesiva, no, nada que ver con eso. Es re biológica la enfermedad, pero a su vez, es re biológica, pero fíjate vos qué loco, que el mejor tratamiento es la terapia, TCC digamos, más la medicación. No quita el trabajo con el terapeuta, al contrario, pero bueno. Te decía esto de los tipos estos que dicen "bueno, tampoco es que existen 500 diagnósticos", porque viste, agarrás el DSM y decís "tengo 20 o 30", y no, los tipos serios dicen que hay como... suponete, menos de 20, que son como las enfermedades reales que existen, y existen desde la época de Kraepelin, que las escribió él digamos. Después se fue agrandando y bueno, ojalá que un día se vuelva un poco a eso...

Me decías justo al principio, que no se sabe si hay enfermedades mentales o si es una enfermedad...

¡Claro! Después hay gente que ha propuesto... de hecho al principio es como que era una sola la enfermedad mental, yendo muy atrás en el tiempo, los franceses tenían no sé, una o dos enfermedades mentales, después se fue abriendo el campo, y hay otras cosas: enfermedades del ánimo, trastornos del pensamiento. Pero bueno, a mí lo más certero me parece esto, lo que viene de la época de Kraepelin, que son entre 15 y 20, que son las que más ves digamos. Viste el trastorno bipolar también, es algo que recontra existe, pero te lo podés comer como depresivo... Un límite también es depresivo. Después hay gente que dice que todos tenemos un trastorno de ansiedad (ríe).

Por el ritmo en que vivimos...

Sí, no sé si es tan moderno, pero hay un tipo que dijo eso, que todos tenemos un trastorno de ansiedad de base (ríe). Y la verdad que parecería que sí. Pero no sé, es re interesante... Ya me perdí, bueno y en base a eso te decía sobre el diagnostico.

Eso, de cómo llegar a un diagnóstico. Capaz interpreto mal, pero por lo que me decís hay una diferencia entre lo que sería un diagnóstico más bien médico, desde tu visión, con esta idea de pensarlo como neurótico, o psicótico...

Sí, o en no tener abierto otras posibilidades, y ahí es donde yo te digo que uno a veces con determinado tipo de psicólogos llega un punto que siente que... te digo no sé, "creo que tiene esto" y no sé si sabe la otra persona de lo que hablo, digamos, pero no por... para comunicarse, en esto de comunicarse, decir "creo que tiene esto". Yo acá cuando digo "trastorno límite" me quedan mirando como diciendo... ya lo he repetido tanto que... ni siquiera dicen trastorno límite, dicen trastorno de la personalidad... bueno, hay distintos tipos de trastornos, pero bueno, el prototipo es el trastorno límite de la personalidad, y es muy resistente a la medicación, incluso. Y bueno, ¿viste todo lo que genera?, genera rechazo en el terapeuta... y me parece que es imposible no saber manejar eso acá en el hospital, porque llueven, te juro que llueven. Eso llueven.

Claro, falta una formación en ese sentido.

Sí. En eso, en adicciones.

Por lo menos para que permita una apertura en el diálogo...

Claro, poder pensarlo. Poder pensarlo y poder pensar cuál es el mejor tratamiento, que es lo que vos me decís. Fíjate que técnicamente no es el tratamiento psiquiátrico la base del tratamiento del trastorno límite de la personalidad, es la psicoterapia, pero no cualquiera.

¿Qué psicoterapia sería?

Las más... las que tienen más eficacia demostrada son cinco variantes de la terapia cognitivo conductual: terapia de esquemas, no sé si escuchaste alguna vez el nombre...

Sí...

Después la que está más de moda ahora, es la terapia dialéctico comportamental, se llama así, dialéctico porque pone un poco en jaque los pensamientos y las cogniciones de estas personas, que suelen ser distorsionadas. Todos tenemos cogniciones distorsionadas, pero son al palo distorsionadas, entonces acá se analizan las situaciones problemáticas y se hace como una dialéctica de eso, "bueno, vos pensaste así, pero fijate este otro pensamiento posible" o se le trata de inculcar a la persona otra posibilidad, porque el límite

queda entre el amor total y el desamor total, por ejemplo, no sé, cuando le manda un mensaje al novio y no le contesta y es "está con otra" o "no me quiere más" por ejemplo ... ¡No! No sé, no contestó...

Puede haber otra alternativa...

Claro, puede haber otra alternativa. Y comportamental porque sí, también hay una agenda de... bueno, primero se trata de bajar el riesgo suicida, de que no te mates, de bajar estas conductas suicidas, "llamame", "te sentís mal, me llamás" y tienen... todas estas terapias igual, estas subterapias derivadas de la TCC lo que tienen, a diferencia de una terapia psicoanalítica estándar, es que tienen una agenda, tienen grupo también, usan muchas veces el componente grupal, tipo tallercito, no sé medio así, medio loco, pero bueno, para que puedan ver otras visiones, otros pensamientos... pero tiene una agenda o sea, no es cualquier cosa. Se trabaja sobre eso: regulación emocional, que no se lastimen, que aprendan o incorporen otros comportamientos que quizás sirven para abortar la crisis, pero bueno, no son de riesgo.

Y acá específicamente en el hospital, son muchas las llegadas de este tipo de trastornos, por decirlo de algún modo...

Sí...

Me decís que no hay tal vez un...

(interrumpe)

No hay oferta en lo público. No hay... no hay oferta en lo público, no, no, no conozco. Pero no solo yo, no hay.

¿No se trata?

Van a un psicólogo equis digamos, porque puede ser cualquiera de un centro de salud, por ejemplo. Salvo los que por ahí tienen obra social, que bueno... yo cuando veo que tienen posibilidad de pagarlo les digo "mirá si los podés pagar..." y lo derivo a cierta gente que hace TCC acá en Santa Fe, viste que son pocos, pero hay algunas chicas que hacen TCC y le digo "bueno mirá, si lo podés pagar, es una inversión" y sino bueno andá y fijate cómo te va. Es cierto que, yo también tengo otra teoría más... o forma de pensar que... cuando un terapeuta más allá de la formación, no sé cómo decirte, es... tiene otras habilidades que van más allá de la formación teórica, que son la escucha, obviamente la escucha empática, un poco de las experiencias, no necesariamente tiene que ser viejo, pero la experiencia o viveza, no sé, intuición... yo creo

que también puede hacerle bien a alguien, aunque no sea, digamos... Pero es algo... que uno no puede hacer de eso una indicación terapéutica, digamos. Es algo que puede llegar a pasar, y es buenísimo, alguien que lleva al paciente, que le hace de soporte, o que le da el teléfono, qué se yo, ¿viste? puede ayudar.

¿Para vos tiene que ver con una apertura también de... de no cerrarse a una teoría?

Si... si y también, aparte bueno, yo creo que los contactos, cuando uno tiene contactos humanos significativos, estés enfermo o no, es algo que te ayuda en tu vida, te hace crecer. Hay gente que te ayuda a crecer. Puede ser una pareja si tenés la su... uno no tiene que ir a buscar una pareja para crecer, pero te digo, pasan esas cosas.

Sí.

Y te puede pasar con un terapeuta que no es TCC, pero te ayudó a crecer y vos saliste de un trastorno límite, o un trastorno alimentario, pero bueno, son cosas más anecdóticas, yo no puedo como médico, no me siento cómodo diciéndole "andá y fijate a ver qué pasa"

Sí, y no es algo que puedas garantizar.

No lo puedo garantizar. Sé que pasa, eso es lo que te quiero decir. Sé que puede pasar y está bueno que pase, pero bueno, la verdad le tengo que decir "mirá andá a esta persona que conozco que sé que está formada y que trabaja bien"

Claro.

Por eso, uno por ser médico no... sabe también, yo sé las limitaciones de la medicación, me gusta decírselo a los pacientes, se los digo a todos, porque también es una manera de regular un poco las expectativas. Les pregunto "¿qué es lo que vos esperas?" no sólo a los límites, a un paciente con ansiedad, como podríamos ser cualquiera de nosotros; "¿qué es lo que esperás de la medicación?" para regular esa expectativa. Porque les digo "mirá, los antidepresivos te van a sacar la tristeza, te tranquilizan sin sedarte, o sea, está bueno, te sacan la ansiedad" vos también, vas por ansiedad, uno te da un antidepresivo y te sentís más tranquilo, pero los caminos por los cuales vos llegaste a este nivel de ansiedad hay que revisarlos por ahí con una terapia, y los antidepresivos tienen una gran limitación que es que te tranquilizan pero no te hacen socializar, no te hacen el camino de vuelta desde que vos te encerraste... eso tenés que hacerlo vos digamos, y a veces hay que hacerlo con protocolo de activación conductual, o sea, volver a salir, volver a...

El restablecimiento de los lazos, digamos.

De los lazos y de la motivación, viste la típica, bueno "no voy porque no tengo ganas", no te van a llegar nunca las ganas, a nadie le llegan las ganas después de que estuvo depre, y ahora está más tranquilo, pero yo no conozco a nadie que le lleguen las ganas. En general, vos volvéis a salir, volvéis a ver a tus amigos, estás un poco mejor y ahí decís "ah, bueno listo". Porque hay mucha gente que queda estancado en eso, en el "estoy tranquilo, no lloro más, pero no hago nada"

Claro.

Eso es una limitación de la medicación, pero que es lógica también. Sería muy raro que la medicación... yo les digo "no te da felicidad". Olvidate, la felicidad es como cualquiera de nosotros: tener sexo, comer, hacer ejercicio, digamos, lo normal, ¿no?

Ahí es donde se necesita un acompañamiento capaz, de alguna terapia psicológica, para restablecer esa motivación, esos lazos.

Claro, claro. Que vuelva a salir, que vuelva a hacer cosas, que tenga una agenda, ¿no? Porque si no después el paciente está tranquilo, pero está encerrado. Son cosas re interesantes me parece, trabajarlas. Se los digo a todos, en el privado es donde más vemos depresión y ansiedad, acá no vemos tanto.

Claro, bueno te hago otra pregunta. ¿Crees que hay pacientes que responden más al médico psiquiatra por ser médico? ¿Está esa demanda de medicación, o del que viene a pedir la medicación creyendo justamente esto que me decías, que la pastilla va a solucionar todo?

Sí, sí, hay de todo. Hay gente que tiene miedo igual, hay gente que tiene un preconceito, y que la vienen empujando (ríe)... todos los otros médicos, especialistas o la familia. Pero bueno, hay de todo. Sí está estudiado que cuando la persona cree que el médico o el antidepressivo... cuando terminó bien la consulta, qué se yo, le va a ir bien. Eso está estudiado como un efecto placebo obviamente. Está estudiada la proporción en la que mejoran. Porque la verdad que incluso los antidepressivos... porque, por ejemplo, te digo, uno en el privado ve ansiedad y depre todo el tiempo, es lo más frecuente, después hay otras cosas. Está estudiado que... no son tan efectivos digamos, o sea puramente, un antidepressivo no es tan efectivo en las depresiones, hay como un 30% que no funcionan, pero bueno, por eso te digo, la respuesta depende mucho de lo que, de cómo vos...

¿De la transferencia podríamos decir?

¡Eso! ¡sí! No, es que eso sí es algo que, de hecho, la transferencia es uno de los pocos conceptos psicoanalíticos que hasta los más críticos del psicoanálisis han rescatado. Hay muchas cosas que obviamente las tiran abajo y las descreen, pero la transferencia sí, o el rapport, como quieras llamarlo, eso sí juega, y por esto lo han rescatado, porque el vínculo puede ser terapéutico o no, que haya un mal vínculo. Mucha gente viene de otro psiquiatra y te dice, yo no lo puedo creer te digo, pero hasta el día de hoy me dicen “me escuchó cinco minutos y me recetó algo y chau”, yo te digo la verdad, ¡no puedo creerlo!, porque hasta como médico clínico uno... no me nace no escuchar a la persona, media hora mínimo, la primer consulta una hora. Pero bueno, las demandas son muy variables, y hay gente que, por eso yo te digo que regulo las expectativas, hay gente que se... que no se va medio conforme y esos son los que andan mal... cuando uno les regula la expectativa a la baja digamos. A los que les regulás la expectativa hacia arriba, que vienen súper preocupados, desesperanzados del estado de angustia, crisis de pánico, de una ansiedad generalizada y no pueden parar de preocuparse, cuando vos le decís “mirá de acá a dos meses lo más probable es que esto baje, no te va a sedar, nadie se va a enterar que vos tomás algo” esa gente anda bien. Pero el que viene como vos decís, con las expectativas arriba y yo le digo “mirá, no, esto te va a ayudar en esto, y en esto no te va a ayudar”, por ejemplo, gente depresiva que viene de tres o cuatro psiquiatras, que probó todo, qué se yo, o que sigue en eso, sigue en el “sí... yo estoy más tranquilo, pero no tengo ganas” ¿viste? La típica. Y no, las ganas las vas a tener que trabajar de otra manera, andá al psicólogo, hacé el protocolo de activación conductual, ¿me entendés? Entonces es muy variable, no sé si responde a tu pregunta.

Sí. Vos has tenido por lo que me dijiste, una formación en psicoanálisis, si bien ahora te alejaste, ¿fue por interés o fue en tu carrera?

Y, es medio loco. En mi carrera había una electiva que yo podía hacer y elegí psicoanálisis. La elegí, y me encantó. Ahí vimos las estructuras básicas del yo, el ello y el superyó, me encantaba. Y aparte vimos un par de textos de La interpretación de los sueños, y yo me los interpretaba a mí mismo, y ¿viste la condensación y todo eso?, y los veía y decía “wow, qué copado”, estaba re copado con eso. Estaba re manija. Después en la residencia, ya había pasado acá por la parte de clínica, tres años. Entonces después hice cuatro años de psiquiatría. Acá digamos, en estos tres años uno aprende como la parte más... biológica, científica. Aparte lo ves y le medís al tipo tal cosa, le agregás, todo viste... así, papers, leer papers, aprender a leer trabajos científicos, bueno. Y después fui allá y claro, en la residencia yo no podía creer el ritmo que se llevaba, que era... acá era una locura, acá era imparable, estábamos todo el día al palo, y allá nada que ver ¿viste?... Pero bueno, tiene un sentido, porque la Salud Mental, vos no podés andar al palo, tenés que estar tranquilo.

Al paciente lo escuchás con otros tiempos, eso me costó un poco. Pero después entendí que era operativo, o sea uno no puede estar como un loco, al revés, tenés que meter la pausa, tiene un sentido.

Claro.

Pero la formación sí, lamenté digamos que sea solamente psicoanalítica. Era 80% psicoanálisis y 20% clínica psiquiátrica, o sea cosas psiquiátricas.

¿La residencia era muy psicoanalítica?

La formación. Pacientes había un millón y de todo, que eso estaba buenísimo. Por eso te digo, tiene cosas muy buenas... y te tiran al consultorio, te digo porque te tiran, así... desde el primer año, al consultorio externo del hospital y bueno, ahí como todo, o morís o aprendes (ríe).

No te queda otra que hacer digamos...

Y sí, y vas viendo... bueno estos que vienen así con alucinaciones deben ser esquizofrénicos, o no sé, algo de eso, bueno. Tenés esquizofrenia... Y este que viene con pensamiento intrusivo y obsesiones debe ser por ahí.... Y así, vas viendo, y por suerte ves mucho paciente, que eso es fundamental. Igual no tenés la casuística que tenés en el privado. Eso después también te vas haciendo, como todo.

¿Son otras las problemáticas que llegan?

Otras problemáticas, y aparte el paciente del hospital está detonado digamos, porque es pobre, porque vive violencia intrafamiliar, vive violencia en el barrio, porque se falopea, entonces eso también son como cuadros muy sucios por así decirlos. Es toda una mezcla de cosas que vos decís ¿por dónde arranco? Y nunca terminás digamos, bueno, arrancás por la medicación, la más fácil. Nunca se daba un alta... eso siempre me llamó la atención. O sea, en los hospitales monovalentes creo que es así en todos digamos, pero en este donde yo me formé... nunca se daba un alta; yo decía "¿cuándo se le da el alta?". Hay gente que toma la medicación....

El paciente ingresa y queda...

Claro. Yo en el consultorio le doy el alta a la gente, salvo que tenga, no sé, que son los mínimos, una esquizofrenia o un trastorno bipolar, que vos sabés que eso... O sea, de última cambiará de psiquiatra, que viste que por ahí vos sabes que se va deteriorando la relación, lo que sea, pero la idea es darle el alta a la gente, o intentarlo, o sea un año de medicación, por ansiedad, depresión, ver si después te lo puedo bajar y

te la suspendo, debería ser lo ideal. Pero sí, la formación fue así, entonces después eso fue también... viste como todo, a veces tanto, tanto, tanta opresión, en personas que son curiosas como yo, a mí me generó totalmente... una búsqueda, que después me desilusione muchísimo digamos. No sé si estaba tan ilusionado para con el psicoanálisis, pero... pero por eso te digo, no es que yo le agarre como aversión desde el desconocimiento, sino desde adentro, desde haber escuchado... y me sonaba mucho como a una religión, creo que se mueven de manera sectaria así religiosa, digamos.

Claro, sin embargo, pudiste tomar algunas cosas, como esto de la transferencia, la escucha...

Sí, sí. Porque yo también me fui por ahí un poco para el otro lado, y después bueno. Por ahí me voy, como todo, creo que es normal por ahí. Uno lee mucho de una cosa y medio se fanatiza, escucho muchas voces dentro de la psiquiatría, pero me interesan las críticas, porque yo veo que es una especialidad que es muy... que tiene muchas limitaciones, entonces creo las críticas están bien puestas. Y hay mucha falta de científicidad. Tampoco uno ejerce de manera científica, uno es persona y depende cómo te levantaste, tampoco te acordás de todas las cosas como un robot digamos, por eso es que tampoco la práctica de uno es científica. Pero está bueno tener algunas cosas en claro, no sé cómo decirte, qué funciona por lo menos, o que el paciente no esté metido en algo que no le va a servir. Porque con los TOC ya te digo, los tres o cuatro TOC que vi últimamente... años de psicoanálisis, y la verdad que los pacientes estaban para la mierda ¿viste? Y cuando les das el tratamiento farmacológico adecuado y los mandás a TCC, es un cambio que yo te aseguro es brutal.

¿Has visto ese cambio?

Brutal. No lo pueden creer. De ahí que vos pensás que vivió 10 años o 5 años con una tortura. Porque tener un TOC zarpado es realmente una tortura, es todo el tiempo, todo el tiempo tu cabeza no para. Entonces digo... y no veo hacer esa mea culpa por parte de los psicoanalistas. Digo, tampoco es que... pero digo ¿nadie? ¿cómo no son más curiosos?, porque el campo nuestro invita a la curiosidad. En cardiología ya está todo estudiado, en cirugía bueno, aparecen técnicas nuevas, pero ya sabés, tenés que cortar las tripas... pero lo nuestro es re... o sea, digo, tenés que ser curioso, y van a salir cosas que... ahora, fijate vos, hay muchos tratamientos que son estimular con resonancia magnética áreas de la cabeza, que reemplaza lo que antes era la terapia electroconvulsiva, viste que está tan mal vista.

Sí

Bueno, ahora se hace con estimulación transcraneal. Ni siquiera, o sea al paciente no le duele. Es como si te metés en un resonador, pero mejor porque no te metés en el tubo. Te ponen un coso no más.

¿Y funciona?

Recontra. ¡Andá a comprar el aparato! (ríe). No, se está usando para Parkinson, para dolores y eso. Acá en Santa Fe creo que hay uno, pero lo están usando para eso: para Parkinson y dolor. Hay dolores que también, vos estimulás las áreas cerebrales... Viste que el dolor no está acá (señala el brazo), yo te corto el brazo, vos... lo sentís acá, pero en realidad el dolor está generado acá adentro (señala la cabeza). Está todo en la computadora (ríe). Es re interesante, esas cosas me generan mucha curiosidad.

Sí, es muy interesante, todo lo que me has dicho... te hago una última pregunta.

Dale.

¿Crees que las concepciones que cada profesional tiene de Salud y de Enfermedad hacen lugar a diferencias en las posibilidades de tratamiento, o en las prácticas que se realizan?

Sí, sí, influye todo. Influye todo, porque también, me pongo a pensar en algo que por ahí pensamos mucho con mi novia, que no sé... ella es psicóloga, y... se formó en el psicoanálisis, entonces imagínate, tenemos una (ríe)

Tienen para debatir...

Tenemos unos lindos debates (ríe). Pero aparte es muy inteligente, entonces por ahí sacamos teorías de cosas, y nos cagamos de risa, así tirados en la cama, boludeando, perdiendo el tiempo, digamos. Pero muchas veces, no sé, por ahí nosotros nos vemos, que estamos pasando un momento malo, de depresión, de dos o tres semanas que nada, y yo por ahí le digo "no tengo ganas de nada, no encuentro sentido", ¿viste?, cosas así. Pero viste somos muy también de... qué se yo, viste los pacientes por ahí están pasando así... como de no patologizar, no sé cómo decirte. Como decir, "si a nosotros nos pasa" ... como esa cosa de "bueno, ¿nos deberíamos medicar o no?" Entramos como en ese debate, porque a veces tenemos esas semanas como de mucha ansiedad, yo soy re ansioso, entonces también no sabemos nosotros ni qué hacer con nosotros, ya todo muy personal digamos (ríe), pero es divertido, porque después como que uno también se pone como a jugar como un papel, viste, tipo como un actor, a actuar, cómo me ve un paciente. Y nunca sabés realmente lo que le pasa a esa persona en la vida, ¿no? es raro eso. Vos lo ves un ratito, pero... qué se yo cómo es... ¿estará tan mal? Qué se yo, hay gente que sí, está súper claro, pero...

Claro, sino capaz es un momento más...

Claro, digo, a nosotros nos re pasa, y es normal, y ya va a pasar (ríe). O cuando viste, cuando alguien se siente perdido en la vida. No sé, a nosotros nos pasa, no es que estemos perdidos, pero tenemos una vida muy como así... aleatoria, o sea no tenemos un plan definido de vida, como que estamos... y no sé, sobrevivimos (ríe). Y por ahí decimos "y claro, capaz la otra persona está pasando lo mismo... y yo lo estoy medicando" y qué se yo, lo mando al psicólogo... nos replanteamos esas cosas, pero capaz que es un rato no más, ya te va a pasar... Yo también he estado perdido y qué se yo... se me pasó. Pero bueno, yendo a lo que vos decís, sí, influye todo, sí. A veces me quedo sin teorías. (ríe).

Bueno, te agradezco por la entrevista.

Espero que te sirva algo, yo sé que soy raro (ríe).

ENTREVISTA A PSICÓLOGA III

Fecha: 27/04/2022

Duración: 42 min.

¿Cuál es tu profesión?

Yo soy psicóloga.

¿Hace cuánto tiempo trabajás en el Servicio de Salud Mental de este hospital?

Y ... de un modo intermitente, pero más o menos 10 años.

¿Me podrías decir cómo está conformado el Servicio o cómo estuvo conformado a lo largo de esos 10 años?

Y bueno... pasamos por muchos cambios desde que yo empecé. Había una jefa, que, si bien esto no era, era una sección de psicología, había una jefa, que tenía cargo de jefatura, que eso después se perdió y para nosotros eso... bueno, tenía mucho peso haber perdido esa jefatura, si bien no éramos un servicio, pero bueno, le daba como otro marco. En ese tiempo que yo arranqué, primero estaba esa jefa, después ella se jubila, y ahí éramos solamente... emm... yo empecé ad honorem, éramos solamente 3 psicólogos de planta, y los demás ad honorem... sí. Yo hice primero mi práctica de la facultad, después hice la concurrencia, y después estuve un tiempo como asistente. Estemm y bueno, no sé si esto lo estoy haciendo como muy largo (ríe).

No, no para nada.

Y bueno, ahí tuvimos esa jefatura, después esa profesional se jubila, entra otro compañero, y bueno, se pierde esa jefatura, tenemos como una jefa pero que no tenía legalidad de jefa, y después cuando se jubila esa jefa, que también, eso ocurrió en el lapso de no sé, cuatro años, emmm, bueno, hay un llamado de intervención de la Dirección de Salud Mental, porque bueno, solo eran tres psicólogos de planta los que quedaban, en ese momento no teníamos psiquiatra, y no teníamos otro... no teníamos apoyo de ningún tipo. Y bueno ahí aparece la figura de una coordinadora que viene de la Dirección de Salud Mental, y bueno, se

prestan recursos de parte de la Dirección de Salud Mental y en el largo de este tiempo, por ejemplo, bueno, el cargo de psiquiatría, es un cargo que, si bien es “como de planta”, es prestado por la Dirección, no es propio del hospital, no es genuino del hospital. Estem... y bueno, se fue conformando. Bueno, hay otra psiquiatra, pero con una asistencia de 12 horas. Y psicólogos en total somos en este momento tres, si no hice mal la cuenta, y una psicóloga que está en función de coordinación, o sea que prácticamente no atiende lo que es clínica.

Claro. ¿Cómo definirías a la Salud y la Enfermedad?

Eem, bueno. Me parece que son procesos interrelacionados y móviles, es decir, uno nunca está completamente sano, ni bueno.... Sí hay momentos donde la enfermedad toma todo el cuerpo, pero... el cuerpo digo porque hablamos sobre todo de un hospital general, donde trabajamos con las patologías orgánicas. Pero bueno, no sé, procesos de salud y enfermedad, o sea, momentos donde a veces, bueno, uno acompaña el paciente para que salga o pueda restituir también ese proceso de salud, de estar sano.

Y la Salud Mental, ¿cómo la definirías?

Eem, ¿cómo definiría la salud mental? (ríe). Es como re complejo, porque lo usamos siempre, pero a la vez bueno, quién dice qué es lo sano... psíquicamente, ¿no? De alguna manera lo normal, lo sano, lo saludable, bueno, a veces uno utiliza ese término, lo saludable, procesos o modos quizás de responder psíquicamente más saludables que otros, eem. Pero bueno... la salud mental (ríe). Sí, procurar el mayor grado de bienestar psíquico de un paciente, sea la estructura mental, psíquica que tenga, si es un psicótico, si es un neurótico, bueno, que pueda encontrar un modo de estar con menos sufrimiento.

¿Cuál crees que es la función del Equipo de Salud Mental dentro del hospital?

Eem. Bueno. Somos el contenedor de la angustia (ríe). Y de... bueno, cuando algo de lo orgánico llega al límite... cuando no se puede explicar solamente con lo orgánico, bueno ahí como que aparecemos nosotros. Bueno, no muchas veces... ahora tenemos como otra visibilidad que quizás antes no teníamos, pero no muchas veces somos tenidos en cuenta, o bueno, vos habrás visto también por tu paso por acá, cuando se pide una interconsulta y “¡ay!, está tan mal el paciente, qué grave está”, y después le dan el alta, y vos no pudiste coordinar con ese paciente, o para que venga por consultorio, o para que consiga un turno en el centro de salud, bueno. Es una relación compleja, somos como necesarios, pero a la vez... no siempre es tenido en cuenta nuestro lugar.

Claro... ¿Ha habido algún cambio en esto que me decís, con el pasar de los años, respecto del lugar que les dan desde otros servicios? ¿Hubo alguna modificación sobre el lugar que se le da a la Salud Mental?

Yo... nosotros lo que notamos mucho, fue el tema en la pandemia, cuando en un momento, porque hubo un primer momento en la pandemia donde estaban todos los médicos trabajando a full, y parecía que no había angustia, sobre todo durante el 2020, y entonces, ofrecimos espacios de acompañamiento para los profesionales, para las enfermeras, y no... no concurría nadie. Y después hubo un segundo momento, cuando aparece la segunda ola, ya en el 2021, y ahí o sea, ahí apareció la angustia, y se pudo hacer un trabajo muy interesante con los médicos que estaban atendiendo esa situación, que estaban desbordados, que estaban angustiados, y ahí me parece que pudimos tener como otro... otro lugar... no somos solamente esos que atienden a ese paciente, que es el paciente problema, que es el paciente que no me banco, que está angustiado, lo que sea, y... bueno, nos pusieron como en un lugar de referencia.

Claro, y se pudo trabajar con los mismos profesionales, o alojar algo de esa angustia que les generaba.

Claro, claro, sí. Pudimos trabajar y con un grupo de médicos seguimos trabajando más intermitentemente hasta ahora. Eeem, por ahí los tiempos del hospital no permiten ese... sobre todo para los residentes, no permiten esos espacios de hacer lugar a la palabra, o sea, hay que cumplir, hay que responder, hay que atender al paciente, hay que buscar el laboratorio, y bueno. Y también esto fue entendido por quienes están por encima de esos médicos, y como darle lugar a algo de la salud mental del profesional también... Eeem y te iba a decir algo más también... Eeem, ah! Lo que te iba a decir es esto: que, si bien ellos nos pusieron en otro lugar de referencia, nos referenciaron de otra manera, eeem, también fue un espacio que nosotros ofrecimos. Es decir, fue una apertura, una oferta y ellos tomaron eso, y se generó algo diferente también. No fue solo de afuera viste, me parece que hubo también.

Claro. ¿Me podés contar un poco en qué consisten las prácticas que ustedes realizan dentro del hospital?

Bueno, nosotros atendemos... antes hacíamos consultorio, en este tiempo que yo transcurrí al principio se hacía consultorio externo, por demanda espontánea, pero bueno, eso se fue cerrando de acuerdo a las decisiones políticas, de programación, de áreas programáticas, de cómo distribuir los recursos, la Salud Mental, la atención. Entonces ese consultorio se cerró con el paso del tiempo, y ahora solo atendemos pacientes internados. Que bueno, los atendemos a partir de la interconsulta, del pedido de interconsulta, y

por lo general a pie de cama. Si el paciente... nosotros seguimos teniendo físicamente los consultorios, entonces si el paciente es un paciente que puede movilizarse, que puede venir al consultorio, lo utilizamos también como estrategia, porque a veces también bueno, estar hablando en una sala, rodeado de otros, no es lo más propicio. Y esteem ... lo que empezamos a tener mucha más demanda, que antes eso no ocurría, fue del llamado de la Guardia, que antes a lo mejor nos llamaban una vez cada seis meses, no sé, o más, y ahora empezamos a ser mucho más convocados por la Guardia Central del hospital. Esteem, entonces, bueno, por ahí no es solo el paciente que hizo un intento autolítico, y quedó internado, sino que antes de quedar internado sea valorado por Salud Mental en la Guardia, y nosotros somos los que decidimos, esto también a partir de la Ley de Salud Mental, decidimos si ese paciente queda internado, si se le da de alta, esteem.. si se le da un tipo de seguimiento, dependiendo cada caso particular. Y lo que hacemos también, de manera como por ahí, porque a veces no es tan fácil derivar el paciente al centro de salud, y que le den un turno, que acceda a un turno, entonces muchas veces sostenemos al paciente por consultorio, aunque está oficialmente cerrado, hasta que el paciente pueda encontrar un turno por fuera del hospital.

Claro. Y en relación a esto que decías, que desde la Guardia directamente se pide una valoración de Salud Mental, ¿eso es algo que cambió a partir de la ley? La posibilidad de internar o no acá en el Hospital...

Sí, sí. Antes ese paciente... salvo que tuviera algo, un compromiso orgánico, porque somos un hospital de emergencia, polivalente, antes ese paciente, salvo que fuera, por ejemplo, un intento de ahorcamiento y tuviera comprometido algo de cabeza, de cuello y quedara internado... sino a ese paciente se lo derivaba al Mira y López. O sea, nosotros ni lo veíamos, siempre veíamos mucho más el tema de las ingestas, porque acá tenemos el Servicio de Neurotóxico, que hace las desintoxicaciones, entonces por lo general eran pacientes que quedaban internados, para que después nosotros lo viéramos, y hasta que no lo viéramos nosotros es como que con ese Servicio teníamos esa fluidez, y hasta que nosotros no lo viéramos ellos no le daban el alta. Eeem, pero bueno, todo lo que fuera un poquito más complejo en salud mental, iba al Mira y López. A partir de la ley... a partir de que bueno, que llevó todo un tiempo poder instalar, y pensar que se podía hacer una internación de Salud Mental en un hospital general, bueno, esteem. Llevó todo un tiempo y bueno, empezó a haber una demanda... esteem.... probablemente no sé cómo funciona en la guardia, a lo mejor en la guardia querían derivar al Mira y López y en el Mira y López le decían "hay una nueva Ley de Salud Mental, no lo derives" (ríe), y bueno, nos empezaron a llamar. No lo sé, pero bueno, fue creciendo la convocatoria de la guardia.

Bárbaro. Y en relación a la Ley Nacional de Salud Mental, ¿hubo capacitaciones para ustedes, para todo el hospital, para la guardia, el personal que trabaja en el hospital?

Hubo poca capacitación... nosotros en un momento, cuando iba a salir la ley, la trabajamos mucho acá en el hospital, la estuvimos estudiando y demás.

¿Dentro del Equipo?

Sí, dentro del Equipo. Después hubo algunos cursos de capacitación, pero bueno, no puntualmente sobre... o sea, con el único objetivo de la internación en hospitales generales, pero siempre con alguna orientación en ese sentido. Hubo capacitaciones de la Dirección de Salud Mental. Pero... nosotros lo que pedimos mucho y piden los enfermeros es capacitación para enfermería, porque son quienes están con el paciente las 24 horas, y eso se hizo alguna capacitación, pero fue muy poco. Y para la guardia no hubo capacitaciones.

Viste que uno de los puntos que plantea justamente la ley, es el trabajo interdisciplinario... ¿Cómo es el trabajo interdisciplinario acá dentro del Equipo de Salud Mental y con los demás Servicios? Si es que hay una posibilidad de trabajo interdisciplinario.

Bueno. Eem. Es como una lucha (ríe). Pero... pongámoslo entre comillas. Es un intento permanente establecer algo de lo interdisciplinario y que no quede como en la lucha de quién es el que decide sobre el paciente, o el que tiene LA mirada, o LA respuesta. Nosotros la dificultad que tenemos es que, al ser un servicio dividido, un servicio no, perdón, un hospital dividido en servicios, hay cosas que están muy instaladas y es difícil romperlas. Nosotros ahora tenemos la incorporación de psiquiatría, pero somos psicólogos y psiquiatras, y según la ley sería re importante trabajar con Servicio Social, como lo plantea la ley, pero bueno, tenemos ahí una dificultad, donde ellos están como más encapsulados en su servicio.

¿Ellos sí tienen un servicio?

Tienen un servicio, sí. Esteem, y bueno, muchas veces es difícil trabajar de manera más coordinada. Eem, y bueno, la interdisciplina se va haciendo un poco lo que se puede, a veces depende, por ahí depende la persona, el profesional más que la profesión, o el área. A veces uno puede establecer con algunos profesionales algún tipo de trabajo más interdisciplinario, y con otros no tanto.

Claro.

Esteem... muchas veces lo que sirve, lo que funciona de esta manera, son cuando se hacen los ateneos, con los pacientes que son muy... que son un interrogante, un enigma para el médico. Y bueno, a veces ahí se nos convoca y se llega a la conclusión de abordar ese paciente, a lo mejor en una entrevista, donde esté el médico, la nutricionista, yo, por ejemplo, desde Salud Mental. Pero bueno....

Ahí sí se discute, por decirlo de algún modo, una estrategia de abordaje en conjunto...

Sí, sí. Estoy pensando en el caso de una paciente que, bueno, tiene una cuestión de múltiples cirugías intestinales, y se le fue complicando todo, entonces todas las internaciones fueron cada vez como más difíciles, porque ella estaba muy angustiada con todo lo que le pasaba, y había que tomar una decisión porque de nuevo tiene una nueva complicación, y ahí se acordó hablar con esa paciente... esteem, ofrecerle la respuesta... o la conducta quirúrgica que plantean los médicos, en conjunto ¿no?, éramos distintos servicios médicos, la nutricionista y yo desde Salud Mental, en función de... de que ella pudiera sentirse contenida y no de nuevo angustiada, ¿no?. Es decir, se trató de darle lugar... me parece que eso fue interesante porque cuando hicimos esa entrevista ella lo recepcionó muy bien a lo que le ofrecieron, cosa que a lo mejor en otro momento no hubiera ocurrido. Y se le dio lugar a que ella lo pudiera pensar, que ella pudiera tomar la decisión, más allá de lo que se le recomendaba. Y bueno, se le dio lugar a su salud mental en todo este proceso que estaba sufriendo en su cuerpo.

Claro. En relación a esto que me decís, de darle lugar al paciente, y hoy también dijiste que LA mirada la tiene el médico... ¿Qué hay de esto, de un saber realmente puesto en el médico? ¿El paciente qué lugar tiene en la decisión de su tratamiento?

Bueno. Eso... o sea, es cada caso, el caso por caso. Porque muchas veces depende de la posición del paciente, y de que ese paciente a lo mejor queda, por sus cuestiones... esteem más singulares, queda en un lugar más pasivo. Hay otros pacientes que preguntan un poco más y se hacen ese lugar digamos, de ser quien decide, quien es protagonista, no solo "paciente a la espera de". Esteem, pero bueno, la tendencia es que el médico sabe, el médico dice, y el paciente espera. Y es algo con lo que nosotros muchas veces intervenimos, con los médicos, los residentes... "Mirá, me mandás la interconsulta porque el paciente está enojado, está angustiado, pero ustedes no le explicaron todos los procedimientos que le tenían que hacer, ¿cómo no querés que esté así?"

Claro.

Entonces, bueno. Poder ahí subjetivar un poquito al paciente, sacarlo de ese lugar de objeto. Porque... es lo más fácil, es un mecanismo también defensivo para el médico, poner al paciente en lugar de objeto y no pensar que, no sé, que tiene familia, que puede estar angustiado, que puede estar asustado, pero bueno. Cuesta. (ríe). Pero es un trabajo que uno hace permanentemente.

Más allá de la apertura que por ahí pueda haber, sigue predominando ese paradigma o discurso bien médico...

Y sí, en algunos casos sí. Estamos un poquito mejor, podríamos decir, pero sigue predominando. Es un hospital... sobre todo porque es un hospital de emergencia y donde lo primero que se decide es sobre la salud orgánica del paciente. Entonces, hay un accidentado y es el médico, el cirujano, el que va a decidir por la vida del paciente. Entonces bueno, al haber ese tiempo donde que hay que responder desde la urgencia y el médico tiene otro lugar, tiene una prevalencia, que bueno, uno yo creo que aparece en un segundo tiempo de esa urgencia. Esteem, siempre va a haber una tendencia como de que lo primordial es lo que el médico opine, y bueno después... nosotros tratamos de hacer como otra cosa con eso también, de poder enganchar algo más.

¿Qué tipo de problemáticas se encuentran principalmente en los pedidos de interconsulta de otros servicios?

Eeem, bueno. Dependiendo, o sea. Por ahí eeem, mucho adicciones, consumo problemático, y sobre todo al médico le preocupa encontrarse con este paciente porque a veces son internaciones prolongadas y son pacientes que tienen miedo que hagan una crisis de abstinencia, o son pacientes agresivos, bueno. Eso fundamentalmente que por ahí es el paciente que más bien toman acá los psiquiatras, y nosotros vemos, desde psicología pensándolo, si se puede hacer algo ahí o trabajar algo con ese paciente. Después esteem... angustia, fundamentalmente la angustia reactiva a internaciones prolongadas, a estos procesos de enfermedad, donde por ahí a nosotros nos piden la interconsulta y "¿hace cuánto que el paciente está internado?", "no, hace como un mes", "ah, ¿y no se te ocurrió pedirla antes?". Y bueno, después también los intentos autolíticos, que no son siempre intentos de suicidio, pero bueno, que son autoagresiones, y eso fundamentalmente más desde la guardia, y bueno, desde Neurotóxico lo que son las ingestas, pacientes que los tienen que dejar internados, y bueno, nos piden interconsulta.

¿Cuál sería la diferenciación más o menos, si me podés decir, entre intentos autolíticos o intentos de suicidio?

Eem, la diferencia sería que muchas veces no hay una clara ideación suicida, a veces son situaciones de desborde emocional, porque muchas veces llegan a la guardia, por eso nos llaman, porque a lo mejor no tiene un criterio médico, porque el corte que se hizo no es lo suficientemente profundo, o porque tomó poca cantidad de medicación, entonces, bueno. En el acto digamos, no hay algo que sea como... como de gravedad, no sé cómo decirlo, porque es grave igual, puede ser grave igual, pero... no puso en riesgo completamente su vida, digamos. Como que se puso “un poco” en riesgo, digámoslo entre comillas, fue como un riesgo un poco más limitado, calculado, y a veces bueno, uno trabaja ahí a ver qué es lo que está pasando, y no siempre hay una ideación clara de querer morirse, por eso hago como esa diferencia. O a veces bueno, autoagresiones también lo digo en el término de que por ahí es gente que entra con cortes, que bueno, ¿viste?, esta cuestión de los cortes superficiales, de muchos cortes, pero que no tienen una finalidad, la finalidad de la muerte, sino de aliviar el sufrimiento psíquico.

Y ahí se trata de trabajar con ese sufrimiento...

Claro. Claro, sí.

¿Con qué dificultades se encuentran tanto a nivel interpersonal o a nivel institucional dentro del hospital?

Eem. Bueno, esto de que nosotros no seamos un servicio es, por ejemplo, un obstáculo, porque no podemos internar por nosotros mismos, es decir, tenemos que internar a través del Servicio de Clínica Médica, y Clínica Médica ahora planteó un malestar al respecto de eso, y un agotamiento. Y nosotros tampoco tenemos guardias pasivas, ni activas, entonces nosotros nos vamos al mediodía y el paciente queda al cuidado de un residente de clínica que no tiene por qué tener la formación específica de Salud Mental, o una enfermera que bueno, que tampoco... eem. Y eso a veces termina generando rispideces, porque fuiste a encajarle ese paciente problema, porque además el paciente de Salud Mental es un paciente que deambula, que no necesita un suero, que no tiene que estar en la cama, entonces bueno. Las pocas internaciones que hicimos durante la pandemia, porque esto era un hospital Covid, también, siempre el problema era que el paciente no podía salir, porque había aislamiento, porque había Covid... y el paciente quería salir, y era “bueno, por favor, hacé una excepción” porque por ejemplo, un paciente psicótico, con un brote psicótico, que estaba con su mamá, un adolescente, y la mamá en un momento le tuvo miedo y salió de la habitación... y entonces el enfermero le dice “¡no!, volvé a entrar, no podés estar afuera, no podés estar afuera” y bueno, por favor dejala, porque tuvo miedo... pero bueno, son por ahí esas cuestiones. Y bueno, a veces es como que cuesta el apoyo de los que están por encima nuestro ¿no? a veces el apoyo aparece, y a veces no tanto.

¿A nivel de los directivos decís?

De la dirección del hospital, sí.

¿Y hay un pedido para ser reconocidos como un servicio?

Sí, tenemos un pedido hecho, pero bueno, todo eso implica un movimiento hospitalario y ministerial. Porque además si nosotros fuéramos servicio, eso implica mayores recursos humanos, económicos, toda una movida que bueno... políticamente no sé si hay tanto interés de sostenerla, digamos. Y también a lo mejor también está algo de la fantasía de tener el psiquiátrico adentro del hospital general. Entonces que esto se haga algo como más permanente, algo más legalizado, probablemente sea también como un obstáculo.

¿Cómo un cierto rechazo digamos?

Como un rechazo, sí.

Claro, bueno. En cuanto a las decisiones que se toman acá en el Equipo de Salud Mental, ¿crees que hay cierta jerarquía? ¿se pueden tomar decisiones en conjunto? ¿cómo es un poco la organización internamente en el Equipo de Salud Mental?

Bueno, hay decisiones que se toman en conjunto, que es posible que se tomen en conjunto, o que merecen que las discutamos entre todos y hay otras decisiones que corresponden a la coordinadora, y son función de ella digamos, decidir las. No sé, si estamos preparados para hacer internaciones por Salud Mental en el hospital, sí o no, es algo que es parte de un debate entre todos los profesionales que estamos acá. Eem, ahora, no sé, si hay otras cuestiones que son más administrativas, o... bueno, ya corresponden a la coordinadora, o de organización por ahí, del equipo, bueno por ahí ella las puede comentar con nosotros, pero son más decisión de quien coordina que tiene que... coordinar también tiene que poder establecer una línea como más vertical, porque la coordinación plantea la horizontalidad, pero también tiene que haber cierta verticalidad para que algo de lo que es el funcionamiento se ordene.

Y cuando, por ejemplo, llega un pedido de interconsulta, o varios pedidos, ¿cómo deciden quién las toma, o quién va a ver a un paciente o a otro?

Bueno, un poco eso lo vamos decidiendo entre nosotros en el momento, en función de cuántos pacientes tiene uno ese día o esa semana, si querés trabajar con ese... con esa problemática o no, no sé... pienso, por ejemplo, una de nuestras compañeras está trabajando mucho con maternidad, con los pacientes que... que

los embarazos no llegan a término o que hay que interrumpir ese embarazo, por alguna cuestión, malformación... bueno, ella está tomando esos casos. Si ella no está los tomamos los demás, pero sino se los dejamos a ella. Vamos tratando de ir ordenándonos en el día a día, no tenemos como algo así como muy estructurado.

Claro, y eso tal vez les permite trabajar siempre con los mismos médicos, o más o menos ya ir estableciendo otro tipo de vínculo...

Sí, sí. Lo que tenemos también acá es que al haber el sistema de residencias vos terminás hablando con el residente de primer año, porque es el que habla con vos, porque después ya van entrando como en otra jerarquía, y a veces te pasa que año a año te va cambiando el equipo médico con el que vas a hablar.

Claro.

Pero sí, vas generando como otra fluidez por ahí con ese servicio.

Y en cuanto al diagnóstico, ¿qué lugar ocupa?

¿En nuestro trabajo?

Sí.

Y bueno. Es, a ver. A veces no son diagnósticos... no podemos llegar a un diagnostico muy cerrado sobre, o muy claro, pero el diagnostico nos permite... o tener una hipótesis diagnostica nos permite digamos, pensar cómo trabajar con ese paciente, y es fundamental en ese sentido tener una cierta orientación diagnostica, ver dónde estoy parada con este paciente, y a quién tengo del otro lado.

Claro, porque por ahí hay una diferenciación con lo que es el diagnóstico médico, que tal vez trabaja con lo que observa en un órgano particular, con lo que es el diagnostico que pueden llegar a hacer desde acá...

Bueno, también, eso es a construir. Por ahí el médico te pone algo en la interconsulta, una palabrita, y hay un montón de cosas detrás que no supo cómo escribirlas en el pedido de interconsulta. Esteem, y no es solo angustia, no sé, hay un montón de cosas más... o, por ejemplo, no sé, esta semana vino un médico a plantear la situación de una paciente, qué se yo, y... en la interconsulta pone la situación de salud física por la que está atravesando y que solicitaba valoración, nada más. Pero a mí me cuenta que en realidad la paciente está llorando todo el día, que su marido falleció hace 5 meses, que está muy angustiada. Y bueno, entonces, hay

otras cuestiones que le están sucediendo a la paciente que él no supo cómo ponerlas en la interconsulta, en el pedido de interconsulta. Bueno, en esta paciente, la fui a entrevistar y lo que pienso es que está en una situación de duelo, atravesando un proceso de duelo.

Hablar con el médico permite ampliar el panorama digamos, antes de ver al paciente.

Claro, claro. Y ahora lo que nos pasó un poco también es que por ahí nos mandan mucho de otros servicios, sobre todo los de Neurología como... por ejemplo, "ACV versus síndrome conversivo" y... bueno, hay que ver, o sea, nosotros no podemos descartar que puede haber algo conversivo, algo psíquico, pero a lo mejor también está lo orgánico... y bueno. Es como que necesitan que vos le aclares que hay algo o no hay algo de salud mental, como para ellos tomar una posición diagnóstica de su propia especialidad. Y a veces pueden confluir las dos cosas, o un paciente psicótico puede tener algo orgánico también, no porque sea psicótico... por ahí se pierde un poco eso de vista, ¿no? Que por ahí el paciente psicótico también tiene un cuerpo, y puede enfermar ese cuerpo, y no es parte de su delirio...

Claro. Y un poco relacionado con eso, ¿qué lugar crees que ocupa la medicación? ¿Hay pedidos que son más para el psiquiatra, por un pedido de medicación?

Sí, sí. Hay pedidos que son más para la medicación, y hay pedidos que bueno no, que son más para alojar la angustia neurótica del paciente. Nos encontramos... no hay la mayoría de eso o la mayoría de lo otro, me parece que hay como una... que es bastante parejo, hay pacientes a lo mejor con los que... bueno, hay pacientes que son adictos que no sé, que no tienen intención de dejar de consumir, ni de problematizarse nada respecto a eso, y bueno, en realidad es la medicación para que el paciente pueda estar más tranquilo... y pueda transitar mejor su internación.

Como última pregunta, yo quiero trabajar sobre las concepciones de salud y enfermedad de los profesionales... ¿vos crees que las concepciones que cada uno tenga implican una diferencia en la modalidad de abordaje o en los tratamientos que se puedan plantear o pensar?

Y sí... Nuestra concepción teórica de las cosas es lo que nos guía en la práctica. Entonces, no pueden... no pueden estar desconectados, si uno tiene tal posicionamiento... probablemente actúe en consecuencia de eso, y su práctica esté orientada a ese posicionamiento teórico sobre la salud, la enfermedad, la salud mental.

Y... ¿No es algo propio de un servicio, sino que varía de persona a persona?

Y sí, varía de persona a persona. Por ahí a veces hay improntas, en ciertos servicios, podemos pensar. Que nosotros históricamente hayamos estado muy relacionados, porque dependíamos como sección de psicología de Neurotóxico, hace que... ahora quizás se está desdibujando un poco más, pero como que ellos tuvieran mucho en cuenta si para nosotros ese paciente estaba para el alta o no. Eem, y no sé qué pensaban puntualmente cada uno de los médicos, pero había esta impronta, o este como acuerdo tácito, de que había para ciertos pacientes, esperar a ver qué decía el psicólogo.

Claro.

Eem. Y en otros servicios nada. Pero a lo mejor en ese servicio que vos decís es muy cerrado, no quiere saber nada con el tema de la salud mental, por ahí te encontrás con algún profesional que te dice “no... para mí esto es re importante, que el paciente”, bueno... no hay una sola foto de cómo es el hospital o cómo es el servicio o cada profesional.

Bárbaro, bueno, esas son mis preguntas, no sé si quisieras agregar algo...

No, no, creo que no tengo nada más para agregar.

ENTREVISTA A PSICÓLOGA IV

Fecha: 27/04/2022

Duración: 80 min.

¿Cuál es tu profesión?

Psicóloga.

¿Hace cuánto trabajás en el Equipo de Salud Mental?

Como ya recibida... desde el 2009. Antes hice las prácticas de pregrado.

Bien. ¿Cómo está conformado el Equipo de Salud Mental?

El Equipo de Salud Mental está conformado por psicólogos y psiquiatras. Son las dos únicas especialidades que tenemos, que respecto de la ley faltarían otros profesionales...

¿Como cuáles?

Como trabajador social, terapeuta ocupacional... esos sí o sí. Y después creo que puede haber otros como enfermeros, acompañantes terapéuticos, que bueno, que nosotros acá en el hospital tenemos, en caso de necesitar pedimos interconsulta, pero no formando parte del Equipo de Salud Mental. Para mí fundamental sería poder tener un trabajador social, sí o sí.

Acá Trabajo Social tiene un servicio aparte...

Es un servicio aparte, sí. Pero hemos tenido la posibilidad de que haya rotantes de Servicio Social de la RISaM y fue interesante, compartir y hacer las entrevistas en conjunto le da otra perspectiva, y otra resolución de las situaciones desde mi punto de vista.

¿Siempre hay concurrentes o rotantes de las residencias?

Hacía mucho tiempo que no... que no había concurrentes, de psicología hacía como 7 años, no había. Las abrimos el año pasado, después de que yo asumí la coordinación en 2019 empezamos a hacer algunos cambios. Y rotantes de la CISaM de acá de Santa Fe, del Mira y López, han venido. Y también de la RISaM

de Paraná y de la RISaM de Santo Tomé, son rotaciones de 4 meses. Pero, lo que yo le planteé los otros días a la instructora de la CISaM del Mira y López, es que nunca llegan a rotar los equipos completos. El tema es que me explicaba ella que nunca llegan al momento de rotar el equipo completo, hay un montón de cosas que para mí en la Residencia y en la Concurrencia tienen que empezar a cambiar, porque bueno, vivimos otra realidad y las Residencias y las Concurrencias siguen siendo iguales desde antaño... Eem... y hay cosas que tienen que empezar a modificarse, o en el tiempo, o empezar a ser remuneradas, porque justamente no llegan por eso...

Sí, creo que eso influye mucho, son muchos años para sostener...

Son muchos años para sostenerlo, y bueno, económicamente... si bien uno se sigue formando... pero bueno, estamos viviendo etapas diferentes. Yo lo pude hacer en su momento porque tenía la posibilidad también digamos, económica. Porque si no, la mayoría de las veces... necesitás para poder seguir con tu vida.

Sí, es todo un tema...

Sí, sí.

¿Cómo podrías definir a la Salud y la Enfermedad?

Es un conjunto digamos, es algo complejo. Salud, bueno, creo que te deben haber dicho lo mismo, no implica solamente la ausencia de enfermedad, sino que tiene muchas aristas, que influyen en la salud: lo económico, lo social, lo cultural, todo eso influye en la salud. Porque si no tenés, por ejemplo, ¿viste el problema que hubo con el agua potable? Por ejemplo, afecta a la salud directamente. Entonces hay políticas de Salud y políticas de Estado que influyen en el proceso de salud - enfermedad. No hay que descuidar ninguna de estas otras características digamos, del proceso. Para mí es sumamente importante tener en cuenta todo esto, no solamente que alguien tenga alguna sintomatología o alguna patología es enfermedad. Porque todo lo que nos rodea contribuye a eso.

Bien. Y con respecto a la Salud Mental, ¿cómo la podrías definir?

Bueno, salud mental también, no es solamente en relación a lo psíquico y a lo emocional, por esto mismo que te digo, la salud pensada en sentido amplio, se podría decir: lo social, lo cultural y lo económico también atraviesa a la salud mental, entonces son todos estos factores que influyen. Si bien tenés cuestiones orgánicas que afectan a la salud mental, el consumo también, en una parte importante porque por ahí nosotros vemos

acá patologías, por ejemplo, un delirio, y lo tenés que diferenciar de una patología neta de salud mental, de un consumo.

Claro.

Y hay diferencia digamos. Se ve mucho la patología de salud mental por consumo en este último tiempo. Mucho. Que es también algo que intentamos preguntar a partir de lo que vamos viendo, digamos. Pero bueno, la salud mental también está atravesada por todo, lo social, lo económico y lo cultural.

Bien. ¿Cuál crees que es la función del Servicio de Salud Mental dentro del hospital?

Del Equipo de Salud Mental. (Ríe)

Del Equipo, perdón.

Sí, mirá, nosotros hemos pasado por diferentes etapas, ahora la idea es solamente acompañar a los pacientes que están internados o hacer alguna intervención puntual con pacientes que están internados, hay pacientes que por ahí cuando vos llegás tienen como una resistencia al encuentro con el profesional de salud mental, y lo que yo fundamentalmente intento desde el psicoanálisis es que aunque el paciente no quiera el espacio en ese primer encuentro, que el paciente por lo menos pueda irse con una pregunta, aunque sea eso. Eem, y después es intervenir también, la idea, con todo el hospital, con los médicos, con enfermeros. Sobre todo, esto lo hicimos en pandemia para acompañar todo lo que fue ese proceso, porque también, cuando vos tenés un profesional que está más contenido y acompañado, seguramente puede tener otra mirada respecto del paciente. Y eso pasó, por ejemplo, a mí que trabajé en UTI, me pasó mucho. Cuando yo empecé a trabajar en la Terapia Intensiva, pedían 4 interconsultas anuales, no se entendía qué trabajo podía hacer el psicólogo en la Terapia Intensiva. Y cuando yo empecé hice 60 interconsultas semestrales. Entonces... cuando van entendiendo el trabajo, el acompañamiento, no solo al paciente, al familiar, al equipo médico, que ahí trabajan fundamentalmente con la muerte, ahí se empieza a ver el trabajo y la necesidad de este acompañamiento.

Eem, me preguntaste... cuál es la función. Intervenimos en diferentes lugares en el hospital: intervenimos, bueno, ya te dije con los pacientes por interconsultas, con los equipos médicos, por pedidos de... o los médicos jefes de servicios, también participamos de los diferentes comités, en donde se toman decisiones respecto de algún paciente, respecto de la formación, comité de docencia, comité de bioética, junta de discapacidad, entonces... es un abordaje también integral, digamos. Y desde que incorporamos psiquiatría

por lo menos es un poco más integral, por eso te digo que me parece que faltarían otras profesiones, para ser un abordaje completo, interdisciplinario, en equipo... pero bueno, intentamos apuntar a eso y a poder crecer como equipo, a constituirnos como un servicio, para poder hacer un trabajo más integral.

Me podrás comentar, ya que lo mencionás, ¿qué diferencia hubiese si pudieran constituirse realmente como servicio?

Si pudiéramos constituirnos como servicio fundamentalmente, bueno, hay un montón de recursos económicos que no tenemos, económicos, informáticos, institucionales, por no estar constituidos como un servicio. Si vos... digamos, hasta la internación, si tenemos que internar un paciente por salud mental, no lo podemos internar nosotros porque no somos un servicio, por lo tanto, no tenemos guardia, ni activa ni pasiva... entonces si queda un paciente internado tiene que quedar como a cargo de un servicio. Entonces nosotros las internaciones las tenemos que hacer en conjunto con Clínica Médica, porque tiene que haber alguien... si al paciente le sucede cualquier cosa digamos, un paciente de Salud Mental no es un paciente de Salud Mental, es un paciente que también puede tener cosas clínicas, puede... así como un paciente que ingresa por alguna cuestión clínica, en algún momento de su internación puede tener alguna dificultad de Salud Mental, que por eso yo te digo también que lo ideal sería poder hacer un abordaje desde el inicio de la internación, porque muchas veces nos llegan las interconsultas "el paciente está deprimido", "¿cuánto hace que está internado el paciente?" "tres meses" ...

Claro.

Y seguramente, quizás no sea una depresión, pero seguramente esté angustiado, esté triste, esté atravesando... en tres meses pasaron un montón de cosas en su vida, tanto adentro como afuera del hospital, que hacen que el paciente esté así. Entonces si uno pudiera tener un seguimiento desde el ingreso del paciente, quizás ayudaría a intervenir de otra manera... Al no estar constituidos como servicio no tenemos jefatura. Eem, cuando tenés que pedir un recurso ya sea material o humano, cuesta mucho más... Y no tenemos tampoco acceso al sistema de ingreso de pacientes del hospital, entonces nosotros no podemos ingresar pacientes al sistema, no podemos ni ingresar ni dar altas. Todo eso lo tenemos que hacer a través de Clínica Médica; ni hacer modificaciones al respecto de lo que fue transcurriendo en la internación del paciente. Que eso estamos por lo menos... lo que pedí ahora... es poder empezar a hacer eso por lo menos. Porque cuando uno necesita pedir un recurso, lo que primero te piden es estadística, y nosotros tenemos una estadística arcaica (ríe), en papel. Entonces bueno, estamos viendo si nos habilitan el ingreso al sistema, pero para eso hay que modificar un montón de cosas, porque nuestras intervenciones no son iguales que una

intervención médica, porque muchas veces atendés al familiar, no al paciente que está internado, ves a un mismo paciente capaz que cuatro veces a la semana, eeem, y se registraba hasta ahora como que eran pacientes distintos, esa fue una modificación que hice cuando coordiné, cuando empecé a coordinar. Si vos ves a un paciente, ves a un paciente, pero que lo entrevistás 4 veces. Hicimos esa diferencia, que hasta el momento no se venía haciendo. Entonces teníamos estadísticas que no eran tampoco tan certeras, porque ponías 40 pacientes y en realidad eran, por ejemplo, 5 pacientes que los viste 40 veces a los 5. Entonces por lo menos empezamos a hacer esa diferenciación interna, para tener algo más certero.

Claro. Y la organización dentro del Equipo de Salud Mental, ¿cómo es? ¿ustedes intervienen a partir del pedido de interconsulta de otros servicios?

De interconsulta, exactamente. Justamente. Porque hemos intentado intervenir directamente en las salas, pero bueno, cuando uno se acerca a la sala, en un primer momento se abre una gran demanda, que no la llegamos a cubrir si seguimos siendo los mismos que somos. Es muy interesante cuando se puede trabajar con los médicos, en los pases de sala, porque también ellos empiezan a tener otra mirada...

Claro. ¿Para esto sería necesario contar con más profesionales?

Mayor recurso digamos. Yo empecé a hacer una maestría y me quedé sorprendida, y se quedaron sorprendidos, con la cantidad de camas que tenemos, los pocos que somos. En Buenos Aires, por ejemplo, para un hospital de 40 camas tienen dos psicólogos y cuatro psiquiatras... no, al revés, cuatro psicólogos y dos psiquiatras. Y nosotros tenemos acá 350 camas, y de planta hay un solo psiquiatra, y psicólogos somos 5 si no me equivoco, uno de ellos tiene 12 horas, y yo coordinando con 24 horas, o sea, en definitiva, tenés 3 psicólogos y medio para atender al hospital, más un psiquiatra. Más todas las funciones que tenemos que cubrir también, como te dije, los comités y la junta. Entonces lo interesante que es poder hacer docencia, poder intervenir con los equipos médicos, poder hacer ateneos y todo eso, se ve muy dificultado por los pocos que somos. Porque o cubrimos la demanda del hospital, o podemos hacer la otra parte digamos, como que las dos partes juntas es imposible con la demanda que hay hoy. En otro momento la demanda era mucho menor, entonces se podía cubrir más cosas, pero la demanda que hay hoy es... se incrementó un montón, y te imposibilita hacer otras cosas.

¿Y hay un pedido para constituirse como servicio, para tener mayor...?

(interrumpe)

Hemos hecho, sí, en su momento... y ahora estamos trabajando sobre eso. Eem, estamos intentando constituirnos como servicio. Pero bueno, siempre la respuesta es que no hay recursos, que no hay recursos económicos, no hay reemplazos. Nunca hemos tenido reemplazos, yo logré ahora en estos dos años que nos den algunos reemplazos... con muuuucho esfuerzo...

¿La psiquiatra nueva que está?

La psiquiatra que está, ella está con una asistencia, pero bueno. Uno de los reemplazos por el cual menos problema tuve es por la psicóloga que está enferma, que es del hospital. Pero, por ejemplo, en pandemia, en un momento cuando estaba todo cerrado, el psiquiatra, el único psiquiatra de planta es de Paraná, y... ¿Te acordás que en un momento cerraron Paraná y no podían venir? y bueno, él estaba allá. Pedí el reemplazo, el hospital lo negó... Nos lo otorgó la Dirección de Salud Mental... tan mal otorgado, que nos dio el reemplazo, cuando me avisan que me dan el reemplazo digamos, a los dos días me avisan que ya podían empezar a venir de Paraná, o sea, eso demoró como un mes.

Claro.

Y un pedido de un reemplazo de un médico es de un día para el otro, de un médico de cualquier servicio. Y bueno, sí, ahora lo que yo planteo siempre es que cuando el psiquiatra de planta se va de vacaciones nos quedamos sin psiquiatra. Esto pasó desde que está el psiquiatra, digamos. Eem... Y bueno, creo que el otro reemplazo nos lo dieron porque hubo un problema digamos, que afectó directamente el hospital, entonces ahí salió el reemplazo del psiquiatra. Me preguntaron “¿cómo puede ser que no tengamos psiquiatra?”.... ¡Porque me cansé de pedir reemplazos!, digamos, no es la primera vez que el psiquiatra se va de vacaciones.

¿Y cómo cubren esa falta digamos, de psiquiatra cuando no tienen?

Cuando no tenemos... es la derivación al Hospital Mira y López, que es el único hospital que tiene psiquiatría de guardia, las 24 horas, para valoración del paciente cuando es urgente, y vuelve al hospital... y bueno, seguimos acá con la asistencia psicológica. Y alguna vez, que el paciente no ha podido ser trasladado, porque también se dan esas circunstancias en que el paciente no puede ser trasladado, es muy engorroso, pero bueno, han cubierto... han venido desde el Mira y López a valorar un paciente, o el equipo de fortalecimiento de la Dirección Provincial de Salud Mental también ha venido a evaluar... pero, ya te digo... lograr eso es todo un tema, porque lo primero es “¿por qué no tenés psiquiatra?” Tanto de la Dirección de Salud Mental como de la dirección del Hospital. Y no tengo psiquiatra porque no nos dan, ni un recurso humano permanente, ni un reemplazo cuando lo pedimos. Entonces bueno, el primer

cuestionamiento fue ese: "¿cómo lo dejaste ir de vacaciones?", "¿cómo no voy a dejar que se vaya de vacaciones?"

Claro. Y tampoco funciona una guardia... ¿ustedes hacen horario de 8 a...?

De 8 a 13 horas, por lo general. Ahora empezó a funcionar... bueno, hace muchos años, creo que desde el 2010, no, 2011 más o menos, está la guardia pasiva de los fines de semana. La guardia pasiva, no sé si alguien te contó...

Sí, sé cuál es... que depende de la Dirección de Salud Mental.

De la Dirección de Salud Mental, sí. Es para todos los hospitales, y no es para pacientes que están internados. Vos sabes que yo tenía un paciente que... ahora sí, eventualmente si internamos un paciente el viernes, pueden llegar a venir a verlo el sábado para saber cómo está, para ver si respondió a la medicación. Pero en un principio esos pacientes no los tomaban. Y esa guardia funciona de 8 a 20 hs.

Claro.

Sábados y domingo, no.

Tampoco cubre...

Tampoco cubre todo. Y los feriados no cubre. Y ahora hace una semana... se implementaron guardias activas y móviles, ¿te comentaron eso?

Sí, que había una prueba piloto en Rosario, y que se está haciendo ahora acá.

Exactamente, exactamente. Con el Hospital Cullen y el Hospital Iturraspe.

¿Eso depende también de la Dirección de Salud Mental?

Sí, depende de la Dirección de Salud Mental, son activas y móviles, tres días cubren en el Hospital Cullen: lunes, miércoles y viernes, dos equipos: uno que cubre lunes y miércoles, y otro equipo el viernes. Tienen horario a la tarde, que es de 14 a 22 hs. Y ese mismo equipo si el Hospital Iturraspe necesita una valoración urgente va de acá al Hospital Iturraspe, y al revés: martes y jueves están con base en el hospital Iturraspe, y si se necesitan de acá, los pueden llamar y vienen a valorarlo acá.

¿Esa guardia funciona acá o funciona en la guardia?, digo, físicamente...

En la guardia. Intentamos que... me pareció importante que estén en la guardia, y estén con los equipos médicos de la guardia, que no sea como una extensión del Equipo de Salud Mental, porque se plantea como Guardia de Salud Mental. Entonces, bueno, funcionan con la guardia, el lugar físico es allá. Sí tienen este espacio por si hay que hacer entrevistas, como más tranquilas... A veces un familiar que está en urgencia, que fallece alguien en la guardia, que eso tampoco lo podríamos cubrir, porque si sucede un accidente a la tarde... bueno, en casos por ahí muy conocidos me han llamado por teléfono, pero eso implica que vos dejes de hacer consultorio, que me venga al hospital, que atienda al paciente... eso no te lo paga nadie digamos. Yo lo hago por... pensando en el paciente, y en el sufrimiento de ese paciente.

Claro.

Porque que yo deje de atender a un paciente en el consultorio, al hospital, al Ministerio, no le importa digamos. Eem, pero bueno, uno piensa también en el sufrimiento del paciente, recuerdo una situación de una nena que perdió a su mamá, que era su único referente, y me llamaron a las 2 de la tarde, cuando yo era psicóloga del Equipo, no era ni siquiera la coordinadora, y bueno. Le tuve que avisar al paciente "dejamos acá, me tengo que ir urgente al hospital" y suspender todos los otros turnos porque tampoco sabía cuánto tiempo me iba a llevar la atención de ese paciente. Inclusive los fines de semana.

Claro, ¿pero eso es algo que vos elegís hacer?

Y... porque el hospital te llama... es una cuestión me parece, de ética profesional. Yo me podría negar... pero a mí me parece que desde el momento en que te llaman y vos... Y YO estoy en conocimiento de que hay alguien que tiene un sufrimiento en ese momento o una angustia muy grande, y tengo un paciente que está estable en el consultorio... voy a venir a ver al paciente que está acá con una crisis subjetiva o muy angustiado por alguna situación, que está viviendo una situación crítica. Pero por eso, para mí debería funcionar de otra manera digamos, y funcionar como servicio quizás tendría la oportunidad de tener una guardia pasiva, que eso tampoco lo tenemos.

Bueno, ya me comentaste un poco sobre las prácticas que realizan... ¿los pedidos de interconsulta, suelen ser de todos los servicios del hospital? ¿de alguno en particular? ¿hay problemáticas que se repiten?

Sí, los pedidos de interconsulta nos llegan de todos los servicios. Bueno, la UTI funciona como medio distinto por haber estado yo trabajando con ellos, digamos, y también se vio una disminución de los pedidos desde que yo estoy coordinando.

¿Ya no cumplís más horas en la UTI?

No, ahora estoy coordinando entonces... yo pensé que me iba a llevar menos tiempo la coordinación, pero bueno, en el medio me agarró la pandemia, porque digo, menos tiempo la coordinación, pensé que iba a poder ordenar el servicio más rápido... Yo quisiera seguir atendiendo a los pacientes de UTI, pero la demanda que hay acá, de resolver cosas... lo he intentado, porque he atendido pacientes, pero en definitiva no los puedo atender como corresponde que yo los atienda, y dedicarles el tiempo que es necesario, entonces ya resolví dejar de atender pacientes. Porque no podés estar en la coordinación y atendiendo pacientes, porque qué se yo, tenés pensado ver a un paciente y te convocan a una reunión o hay algo que resolver y no podés ver al paciente. En esos casos yo me venía a la tarde o me quedaba los fines de semana, pero bueno... sobretodo porque no me pagan la coordinación tampoco, como yo tengo un cargo de 24 horas, elegí también... me costó un montón, pero dejar de atender pacientes, hasta tener un poco más organizado el servicio, ver si podemos crecer, y ahí ver si puedo empezar de nuevo, aparte de coordinar, a ver por lo menos algunos pacientes. Por supuesto que, si llega una urgencia, yo les digo “chicos, prefiero valorar pacientes de la guardia” que a veces es la valoración en el momento, y con las indicaciones se pueden ir, que atender un paciente que va a llevar mucho seguimiento....

Me olvidé qué me habías preguntado, ¡ah! Si venían los pedidos de todos los servicios... yo te dije eso de la UTI, y bueno, quizás la mayor demanda que tenemos es por los intentos autolíticos, crisis subjetivas en la guardia y después esto también que te decía, cuando el médico te pone “paciente deprimido” y en realidad son pacientes que tienen una internación prolongada, y que bueno, eso genera un montón de cosas, muchas veces no te encontrás con una depresión, sino con un paciente angustiado, triste.

Propio de la internación...

Propio sí, del tiempo prolongado de internación. Que, si uno pudiera intervenir antes con ese paciente, quizás no llegaríamos a ese punto. Y también muchas veces nos convocan, que este es un trabajo que venimos haciendo pasito a pasito, para dar las malas noticias. Pacientes que quedan parapléjicos, cuadripléjicos, pacientes que... qué se yo, que van a quedar con una bolsa de colonoscopia, pacientes con cáncer, que bueno, ahí trabajamos para que el médico pueda brindarle la información al paciente...

Eso te iba a preguntar, si el pedido es para que lo den ustedes

El pedido generalmente viene para que demos nosotros la información. Entonces ahí hablamos con el médico y le explicamos, que nosotros podemos acompañar la situación, pero nosotros no somos quienes

vamos a informar la situación. Entonces bueno, empezás a trabajar con el médico, con el paciente, y ahí es en el caso a caso cómo se va resolviendo la situación digamos. Eso en la UTI estaba como más aceitado, cuando el paciente venía y ya empezaba a preguntar o se daba cuenta, bueno, también uno hace el trabajo “¿y por qué pensás? ¿qué te parece?” digamos... “no puedo mover las piernas”, “bueno, ¿y por qué pensás, qué te parece, qué no sabes?”, y bueno ahí el médico venía y le daba la información, pero nosotros acompañamos y también muchas veces estamos en el momento que el paciente recibe la información, todo depende también del caso por caso, de que el paciente quiera o no.

¿Suele pasar que no quieren el acompañamiento del psicólogo?

No, a lo que yo me refería es que estemos en el momento en el que el médico le informa al paciente. O a veces es el familiar, qué se yo, ante un fallecimiento, a veces en vez del médico es el familiar el que le informa. También en muchas situaciones sucede que, por ejemplo, alguna enfermedad grave, por más que sean pacientes adultos, la familia no quiere que el paciente se entere. Y el derecho en ese caso es del paciente, no de la familia.

Claro.

Entonces hay que trabajar con la familia para que puedan entender que el derecho es del paciente...

Que tiene derecho a saber.

Exactamente. Y sobre todo cuando el paciente pregunta. Se generan por ahí bastantes dificultades en el trabajo con la familia, y donde el paciente asume mucho mejor... te diría en mi experiencia, la mala noticia, que la familia. Para la familia hay mucha fantasía de lo que le puede pasar a ese paciente cuando se le informa lo que le está pasando a él o que falleció un ser querido, eem, como mucho miedo, mucho temor por parte de la familia, pero bueno, es importante eso, que sepan que es un derecho del paciente. Muchas veces los médicos no le quieren decir, y también eso es un desconocimiento de parte de los médicos del derecho del paciente a recibir la información, y a decidir lo que quiera. Si hay un paciente que no quiere hacer tratamiento, y está en plena conciencia, y es parte de su proceso, y elige no estar invadido, respecto de eso... bueno, en algunos casos se convoca al comité de bioética... y en otros casos el paciente puede decidir, por ejemplo, si quiere hacer un tratamiento oncológico o no.

Claro. ¿Se le da participación a ese paciente? desde el lugar más médico, digo.

El médico está preparado para salvar vidas, entonces el médico quiere intervenir, digamos. No te diría que todos, pero sí a la gran mayoría les cuesta entender cuando un paciente pone un límite terapéutico. Eem, pensar también en el no encarnizamiento terapéutico... si hay cuidados que son paleativos y el paciente no los quiere, porque le resultan mucho más invasivos que continuar su vida sin ese cuidado paleativo, el paciente tiene derecho a elegir sobre eso.

Bien. En relación a la Ley de Salud Mental, ¿cómo se trabaja al respecto? ¿Hubo formaciones, capacitaciones a partir de la ley?

Con muchas dificultades (ríe). Sí, hubo capacitaciones. Eem... pero bueno, ya te digo, desde ser un equipo y tener solamente como especialidades psiquiatría... no tener un área dedicada... no tener... empezar a tener la medicación, los psicofármacos necesarios, también fue todo un tema, conseguir los psicofármacos para el hospital... Entonces, está la ley, pero no la implementación. Digamos, no es que no se cumplen, sí lo que intentamos es hacer lo mejor posible por cada uno de los pacientes que tenemos internados, sobre todo de Salud Mental, digamos. Cumplir con la mayor cantidad de requisitos. Pero... al no tener presupuesto, y al no tener políticas claras, es muy difícil implementar la ley y cumplirla.

Claro. ¿Con qué dificultades se encuentran?

Por ejemplo, nosotros tenemos que internar un paciente por Salud Mental y no sabemos ni en qué servicio lo vas a poder internar, y si los vas a poder internar en este hospital... Entonces, lo que intentamos es pensar según las características del paciente que tenga que estar internado, en qué sala estaría mejor el paciente, si en un pabellón, en una habitación individual. Muchas veces es muy difícil conseguir una habitación individual, por las características de este hospital... Difícil no quiere decir imposible, pero muchas veces es difícil. Y al no tener enfermeros capacitados en salud mental, también es difícil, porque no saben... si el paciente no quiere tomar por ejemplo la medicación a la noche, cómo poder... hay algunos que se dan más maña, porque se posicionan desde otro lugar, pero no es porque tengan una capacitación.

¿No hubo formación para el personal en general, del hospital?

No, y eso es una gran dificultad que también tiene la Dirección de Salud Mental, porque la otra vez discutíamos sobre esto... y como que, “todos los enfermeros tienen que estar capacitados para atender a un paciente de Salud Mental” y para mí no, porque hay una especificidad de cada una de las profesiones, y ... es como si todos los enfermeros tendrían que estar capacitados para atender un paciente de UTI... y UTI tiene características que no tiene Cardio, que no tiene Neurotoxicología, que no tiene... Entonces, hay

especificidades, hay técnicas, hay herramientas que cada uno de los enfermeros tiene que tener. Y bueno, en eso no coincido con la Dirección de Salud Mental, digamos, que cualquier enfermero tiene que estar capacitado para atender a cualquier tipo de paciente, yo particularmente, no coincido. Sí hay algunos que le ponen mucha voluntad, y en lo que uno le va diciendo “mirá que este paciente tiene determinadas características”, “si pasa esto, podemos hacer esto”, o a veces los enfermeros mismos, de compartir con el paciente, porque nos vamos nosotros y ellos son los que están con los pacientes, son los que a lo mejor pueden decir algo...

Claro. ¿Los enfermeros rotan, o son específicos de cada servicio?

No, están en cada servicio. Por eso te digo.

Porque por ahí esa especificidad podría lograrse si hubiese un Servicio de Salud Mental y un lugar para internaciones...

¡Exactamente! O si tuviéramos enfermeros, digamos, dentro del Equipo de Salud Mental, que pudieran estar en el hospital, como enfermeros del Equipo de Salud Mental, y digamos... con esta dificultad de que no sabemos dónde vas a poder internar un paciente, porque no tenemos... por ejemplo, con Neurotóxico trabajamos mucho, las enfermeras de Neurotóxico... y de otros servicios también, no es el único servicio que enfermería está como muy dispuesto... Pero bueno, como ellos tienen históricamente muchos pacientes con ingesta, antes de que esté el Servicio de Salud Mental, el Equipo de Salud Mental, entonces las enfermeras tienen otras características... ¡ay! me fui con lo que habías preguntado...

Si se pudiese...

(interrumpe)

De los enfermeros de cada servicio.

Eso, sí. Si esa especificidad...

Sí. Porque por lo menos, si no somos servicio, no tenemos un área dedicada, pero tenemos enfermeros del Equipo de Salud Mental, podrías ir salvando estas cosas que yo te digo de la ley que... no sé en qué hospital se pueden estar cumpliendo en este momento. No creo que haya muchos hospitales que tengan... pero bueno, yo te digo, para mí es porque no hay políticas que apuntalen a eso. Que pareciera que ahora están queriendo hacerlo, pero también, no se nota mucho. Con mucha dificultad.

Claro. ¿Surge por ahí un poco la idea de “no internar” por lo que me han dicho... por la dificultad justamente que tiene, o la falta de otras políticas?

No, por la dificultad no. La idea de no internar es porque hay que internar al paciente si realmente así lo requiere, que la internación sea realmente una buena intervención para ese paciente. Cuando pensás en internar a un paciente, que no sea iatrogénico para él la internación. Entonces, por ejemplo, un paciente con ideas autolíticas, y en el momento de la entrevista ves que esa idea no persiste y que... por ejemplo, te llaman de la guardia, hubo un arrepentimiento, tenés familia que contiene, que acompaña y que vos le podés dar un montón de pautas, y quizás es mejor no internar al paciente, y que se pueda ir a la casa, que pueda estar contenido, que pueda estar acompañado, y en caso de que noten algo que vos le podés decir a la familia digamos, como unas pautas de alarma, que puedan consultar enseguida, y que no esperen. La internación de Salud Mental tiene que ser el último recurso. Pero muchas veces también uno ve que hay familia que contiene, que acompaña, pero el paciente... necesita estar tranquilo, y bueno, entonces ahí se piensa una internación, aunque sea de un día, en principio, para ver cómo está al día siguiente, qué estuvo pensando el paciente... La internación en Salud Mental es el último recurso. Entonces hay que primero intentar un montón de situaciones previas...

Antes de llegar a esa instancia.

Exactamente.

¿En qué casos se suele pedir la intervención del Equipo de Salud Mental? me comentabas las internaciones prolongadas, alguna situación de guardia...

Intentos autolíticos, pacientes con patologías terminales... emm, el paciente que molesta, también. Porque por ahí llegan pedidos que vos no entendés por qué te están pidiendo la interconsulta, y cuando ves es un paciente que no es paciente. Es un paciente que pregunta, que se levanta, que va... entonces son “pacientes que molestan”. Y como que a veces... esperan que con nuestra intervención mágicamente el paciente cambie de posición. Bueno, hay que preguntarse qué sucede con ese paciente digamos, y qué le sucede al equipo médico o de enfermería, que no puede aguantar un paciente que... no sea realmente paciente.

Claro.

Después situaciones de excitación psicomotriz, cuadros confusionales, que muchas veces hay que hacer un diagnóstico diferencial y trabajar bastante, porque a veces nos pasa que un cuadro confusional se lo toma

como un problema de salud mental y cuando vos lo vas a valorar no percibís que fuera algo de salud mental, pareciera que es algo más orgánico. Y ahí es todo un tema, que el médico pueda confiar en la palabra del psicólogo, hasta hemos tenido que decirle “mirá, hacele algún estudio para diagnosticar”, primero tenemos que descartar algo orgánico, antes de... digamos, si vos sospechas que tiene que ver con algo orgánico... y bueno, hemos descubierto un montón de situaciones orgánicas, que eran una CH... que eran una leucemia, que era alguien que tiene un problema de salud mental y resulta que tenía un ACV... Entonces, es muy importante también nuestra mirada respecto de cada situación del paciente, y poder trabajar con los equipos médicos.

¿Sigue siendo predominante el discurso médico en el hospital?

Sí, totalmente. Para mí sí. Y es un trabajo de cada uno y diario digamos. Yo creo que se va reduciendo un poco, cuando empiezan a conocer nuestro trabajo, pero es difícil todavía. Ya te digo, también por todas estas dificultades que tenemos: no somos servicio, no tenemos equipo de guardia, del servicio digamos, están estas guardias que son externas al hospital; no tenemos reemplazos, todo eso tiene que ver con parte del discurso médico hegemónico... Eem, hasta 2019 que yo entré al hospital, no al hospital, a la coordinación, que bueno, eso tiene que ver con la impronta de cada uno... me enteré que había un grupo de jefes y yo no estaba en el grupo de jefes... y hacía 4 años que estaba formado el grupo de jefes, y a la coordinadora anterior no la habían convocado al grupo de jefes... a mí tampoco me convocaron ¿eh? Sino que por una cuestión que necesitaron de Salud Mental, me preguntan “¿pero vos no estás en el grupo de jefes?”, “no, ¿qué grupo de jefes?” ... porque yo no había respondido (ríe). Cómo querés que responda si yo no estoy... Pero bueno, muchas veces en ese mismo grupo hacen la diferenciación “a los jefes médicos”, ponele, una reunión, “para los jefes médicos”, y la única que no es médica soy yo (ríe). Yo voy a la reunión igual. Porque formo parte del servicio y los jefes de los otros servicios me convocan, para un montón de cosas, y a una que no fui, no me acuerdo por qué situación, ya estaban preguntando por qué no había ido. Entonces es ese caminito que uno se va construyendo.

Que uno tiene que ir haciendo.

Entonces, por eso te digo, nosotros como equipo tenemos que ir haciendo eso... Mi responsabilidad como coordinadora va por un lado, pero de todos... es un trabajo de todos. Cada encuentro con un médico. Sí nos están convocando mucho más para intervenir con los servicios, con los residentes médicos.

¿Con los profesionales?

Con los profesionales. Frente a dificultades que están teniendo, por eso te digo, no solo las Residencias de Salud Mental tienen dificultades, por eso te digo que hay cosas que deberían cambiar a nivel ministerial... las Residencias médicas, también. Bueno, nosotros las Residencias y las Concurrencias nos regimos por Residencias y Concurrencias médicas, o sea que hay cosas que tienen que cambiar. Pero no solo a nivel de Salud Mental.

Ya que me mencionaste el Modelo Médico Hegemónico, me podrías decir ¿cómo lo entendés o cuáles son sus principales características? ¿Qué podés ver de eso en el hospital?

Sí, me parece importante esto, lo que uno puede ver en el trabajo diario, digamos. Y como muchas veces... como el ejemplo este que te contaba, de hacer un diagnóstico diferencial de un paciente... la duda puesta sobre el trabajo del psicólogo, porque el psiquiatra es médico. Entonces... si va un psiquiatra y hace una evaluación... también tienen otro posicionamiento los médicos y otra recepción respecto de ese paciente, y capaz que vos le dijiste, o sea el psicólogo le dijo al psiquiatra "che, me parece esto, esto y esto" y lo usas también como estrategia para una intervención, lamentablemente. Cuando a veces ya no encontrás otra manera... a veces es una estrategia, para que puedan escuchar. Pero sí yo creo que eso es algo que... que muy de a poco se va modificando, con muchas dificultades. Creo que después de discusiones importantes... terminan como resignándose. Igual a mí me pasa que... no soy la única jefa que soy mujer, está la jefa de Trabajo Social también, y que no somos médicos... pero bueno, en las reuniones de jefes, también el pedir la palabra y que te den la palabra, es... la última. Me ha pasado en situaciones de reuniones virtuales por la pandemia, que pido la palabra y no me la han dado, pero bueno... todo esto como estoy en el grupo de jefes, no me han podido callar digamos, lo he podido decir a través del grupo de jefes, y ahí empezás a tener el apoyo de otros médicos, que quizás, de otros jefes médicos que no se habían dado cuenta... y te dicen... pero bueno.

Es como una doble dificultad digamos, no ser médica, y encima ser jefa mujer...

Exactamente. Exactamente. Por lo menos yo eso lo noto bastante, no sé la jefa de Servicio Social que hace muchos años que está, y que históricamente tuvieron jefas mujeres... Acá también, pero bueno, era otro momento también, era una sección de psicología dependiente del servicio de Neurotoxicología, entonces la jefa de la sección era psicóloga, pero el jefe máximo era el médico de Neurotoxicología.

Claro.

Ahora nosotros dependemos directamente de dirección. Pero mi jefe es el director.

El director del hospital.

Claro. Como de todos los jefes.

¿Los demás servicios históricamente han tenido jefes hombres?

Yo por lo menos, desde que recuerdo, y yo estoy hace... desde 2006 que estoy en el hospital... no recuerdo jefas mujeres. No, y Clínica que conozco, porque han sido amigos de la familia, emm, no, no recuerdo. Si querés te puedo preguntar con las jefas anteriores del servicio...

No, preguntaba porque lo mencionaste, por ahí es un dato que, más en los tiempos actuales, no es menor... digamos, es algo que antes no estaba tan visible.

No, no es menor. Pero ya te digo, a partir de poder intervenir en el grupo de jefes, poder hacer un comentario... eem, algunos servicios médicos empiezan a tener otro registro... respecto de salud mental y de la "jefatura" entre comillas, porque es una coordinación, que ni siquiera es coordinación. Cumpló funciones de, con un cargo de psicóloga.

Claro. Volviendo un poco al modelo médico... Hay cierta fragmentación en el hospital, ¿Eso ha podido cambiar o se ha ido modificando a partir de la sanción de la Ley, por ejemplo?

No, no. Es muy difícil. Muy difícil. Que el otro día estábamos hablando, y por ahí habrás encontrado diferentes posiciones... porque por un lado la estructura edilicia del hospital, y la distribución de los servicios no permiten que se trate al paciente de manera integral. Tenés al paciente de Cirugía, el paciente de Traumatología, el paciente de Cardiología, el paciente de Clínica, el paciente de Neurotoxicología, el paciente de Neurocirugía, el paciente de Ginecología... entonces, están divididos los pacientes, pero yo creo... digo, no podés esperar a que haya un cambio edilicio, para que haya un cambio en la fragmentación del paciente. Entonces creo que es una construcción que se podría ir haciendo, pero es muy difícil, muy difícil también por la primacía del Modelo Médico Hegemónico. Y también por los recursos, tanto médicos como de enfermería, y también por las políticas del hospital, y las políticas ministeriales, creo que se juntan un montón de cosas que hacen que eso sea muy difícil. Porque si vos tenés un paciente quemado y fracturado, ¿en qué sala lo ponés?

Claro, me habían dicho que ingresa, como que el paciente ES de la patología más grave, ahí es internado, y en todo caso después lo ve otro servicio.

Exacto. Pero después pasa que, está en el periodo, por ejemplo, un paciente de plástica, el traumatólogo no lo va a ver porque "es un paciente de plástica", se olvidó que está quebrado, que tiene una fractura. Entonces es todo un tema poder organizar eso también, y que pueda ser un tratamiento integral, en donde quizás, si desde Salud Mental tuviéramos otro equipo, también se podría trabajar sobre eso, y formar parte de cada uno de los servicios para poder hacer el trabajo con conexión, porque la interconsulta médico-psicológica tiene que ver también un poco con esto, con el poder acompañar al paciente de otra manera, y poder acercar el médico, al paciente de otra manera, y que el paciente sea visto con una mirada integral, para mí tiene que ver con eso también. Entonces quizás ayudaría un montón, si no hay políticas de Estado digamos, o directivas hospitalarias, para modificar eso. Porque también podríamos estar... cuando llega un paciente, ingresa, lo toma UN equipo, con diferentes profesionales, a ese paciente, y se le puede hacer el seguimiento... de cada una de las especialidades. Porque también eso es lo interesante, que todas las especialidades puedan poner el conocimiento y la especificidad de cada uno en el paciente.

Poder elaborar una estrategia de trabajo en conjunto, de manera interdisciplinaria.

Exacto. Exactamente. Porque digamos, lo rico es esto. El saber de cada especialidad que puede intervenir sobre un paciente.

Claro. Y eso hoy en día no es posible o es muy difícil...

Se hace muy uno a uno. Yo, por ejemplo, tuve una paciente en UTI que había tenido un asma casi fatal, se llama así, viajando a su lugar de residencia, que creo que era en el norte, no me acuerdo dónde. Y estaba internada acá. Mejoraba, cuando la querían pasar a clínica, no podía salir, no podía salir, no podía salir... empeoraba, la tenían que volver a intubar, mejoraba, la volvían a intubar, y yo dije... "¡no puede ser!" Me vine un domingo, me senté con el médico de guardia, nos pusimos a pensar qué podía estar pasando. El médico de guardia que durante la semana estaba como médico de planta. Y le digo, "no puede ser, porque esto sucede...", "¿qué día sucede?" "¿en qué momento sucede?". Nos pusimos a pensar en esta paciente en particular, y descubrimos que era cuando venía la mamá que ella empeoraba, entonces tuvimos que decidir decirle a la mamá que no venga, lo cual fue todo un tema también, armar una estrategia para que esa madre no sienta que... y después de esa intervención la paciente pudo salir a clínica a la semana... Entonces si vos pudieras tener esa mirada integral con los pacientes, sería otra cosa. Si yo no me hubiera sentado a hablar con ese médico, quizás la paciente seguía en ese voy y vengo en el que estuvo dos semanas.

Claro... pero implica esto de que uno se acerque y vaya a hablar con ese médico, para un caso en particular...

Exactamente. Poco probable que te llame un médico diciendo "che mirá, no sé qué pasa". En la UTI sí, por ejemplo, pero porque bueno, yo estuve bastantes años y por ahí, no con todos por supuesto, pero algunos tienen otra mirada. Me llaman y me dicen "no sé qué le pasa, porque tendría que estar mejor, ¿podés ver qué le pasa?". Pero no siempre es pensado así digamos. Y en ese momento fue porque yo me puse a pensar "algo tiene que pasar" entonces digo, le voy a preguntar al médico a ver que nota él cuando ella empeora.

Y eso difiere también desde cada profesional, de que por ahí tenga un poco más de curiosidad, o una apertura mayor...

Exacto. Una apertura.... bueno, desde el lugar del psicólogo o profesional de Salud Mental que lo esté atendiendo también. Eem... poder tener una mirada amplia respecto de lo que le pasa a ese paciente, y no quedarme con lo que... pensando que es una cuestión orgánica por ejemplo... algo más tiene que haber, algo pasa. Y poder pensar cada caso, y poder hacer un diagnóstico de situación, no del paciente en particular, de todo lo que sucede alrededor del paciente, es importante.

Ya que lo mencionas, ¿qué importancia crees que tiene el diagnóstico para el Equipo de Salud Mental... y para un médico?

¿En qué sentido me preguntas? ¿Lo que sería la diferencia entre el diagnóstico de salud mental y el diagnóstico médico?

Claro, y cuando mencionás el diagnóstico diferencial, por ejemplo.

Cuando te hablo de diagnóstico diferencial o diagnóstico de situación es esto... poder tener la mirada de todo lo que sucede alrededor de ese paciente, o por lo menos todo lo que... haga ruido, llame la atención... para ver qué es lo que puede estar sucediendo. Porque no es... se me ocurre siempre en relación a los pacientes de UTI... no es solamente lo que está pasando ahí digamos, es todo lo que pasa alrededor. Y para mí el diagnóstico de Salud Mental por supuesto que te lleva a la dirección de la cura... pero, en el hospital por ahí no tenés el tiempo de hacer un diagnóstico cerrado, para ver de qué manera intervenir... entonces es más el diagnóstico de situación para poder hacer una derivación del paciente, o que el paciente se pueda ir con una pregunta, que el diagnóstico cerrado como el médico que le permite hacer otro tipo de intervenciones. Es un método de abrir preguntas, por supuesto que si tenés un paciente con... por ahí un

paciente con una psicosis te puede llevar un tiempo diagnosticarlo. A veces no lo podés diagnosticar de entrada... Eem, pero bueno, también hay que tomarse ese tiempo, para no apresurarse en un diagnóstico y en intervenciones diferentes. La práctica en el hospital es muy distinta a la práctica del consultorio, entonces... si bien tenés una escucha analítica, que vos decís, por ejemplo, ¿qué hace un psicólogo en una terapia intensiva, con un paciente que no habla o que recién se está empezando a intentar comunicar?, entonces lo que vos haces es... yo, por ejemplo, planteo tener una mirada y una escucha analítica, eso te permite hacer diferentes intervenciones. Después, por ejemplo, en el caso de esta chica, pudimos hablar qué le pasaba a ella, algo de su historia, la chica del asma casi fatal, y tenía una relación muy asfixiante con su madre, y lo pudo decir, la primera vez que lo pudo decir fue acá, en el hospital, y después pudo hacer un tratamiento.

Claro.

Entonces... poder llegar a esas cosas. Y son como caminos distintos, que el médico que necesita el diagnóstico para saber qué antibiótico le tiene que dar a ese paciente, porque no es lo mismo un antibiótico que otro.

Y el diagnóstico de situación tiene que ver también con las intervenciones que uno puede hacer, y eso es muy difícil por ahí que los médicos lo puedan entender, que según el trabajo que vos podés hacer con cada equipo, cuando intervenís, por ejemplo, que un familiar tenga que estar acompañando a ese paciente en particular, por lo que fuera... Bueno, una vez voy a hacer un pedido a una sala para que la familia esté acompañando a ese paciente las 24 horas, el jefe se niega, y me dice "pero vení, vení a la sala y yo te voy a mostrar que como este paciente tengo 300" y le digo "yo no necesito que usted me muestre que tiene 300 pacientes, es ESTE paciente" "porque de esos 300 que usted tiene yo estoy atendiendo a 200"... "Es este paciente en particular, por esta situación en particular". Y me decía "no, porque van a venir el resto de los familiares, y van a querer" ajá... de la única manera que lo entendió fue cuando le dije "¿y usted le da a todos el mismo antibiótico porque si no las familias se quejan?". Fue de la única manera que pudo entender que es una indicación y una intervención de Salud Mental.

Para ese paciente.

Para ese paciente en particular. Que ya te digo, era un paciente con el que yo tenía, ponele, en ese momento, tres más con las mismas características... ese paciente en particular necesitaba eso en particular. Y eso hace

al diagnóstico de situación, porque no es que para todos los pacientes que están con un determinado estado uno hace la misma intervención, desde Salud Mental.

Claro.

Paciente con una sepsis por una bacteria tal, le damos tal y tal antibiótico, y eso yo lo he visto, te lo puedo decir, y no tal y tal. Estando en la UTI eso lo escuché un montón, por ejemplo, para nosotros es distinto. Pacientes con las mismas situaciones... clínicas, pero con diferentes intervenciones de Salud Mental, por las necesidades de cada uno de los pacientes.

¿Consideras que también la concepción que cada profesional tiene acerca de la Salud, la Enfermedad, la Salud Mental, el sujeto, hace a distintas intervenciones posibles o prácticas?

Sí, sí. Yo creo que sí, totalmente. Del sujeto hablamos poco en el hospital (ríe).

Sí, es muy psicoanalítico tal vez...

Sí. Y pensando en los pacientes, digamos, y en la objetividad y en el tratamiento médico... es más un objeto de estudio que un sujeto que padece. Pero también para los médicos es difícil encontrarse con ese sujeto que padece, muchas veces te das cuenta que tiene que ver con eso también, porque toca lo propio... Entonces, es muy difícil creo también para los médicos, poder tener esa objetividad para poder trabajar con el paciente si el paciente toca lo propio. Y me parece que ahí también habría que hacer una modificación, porque no cualquiera puede atender cualquier situación. Que nosotros acá tenemos esa libertad, yo por lo menos la otorgo. Si vos estás pasando por una situación en particular y no estás preparado para atender a determinado... y a mí me pasó en su momento, digamos. Y no podés atender a determinado paciente, y bueno, si hay otro que lo puede atender.

Claro.

Y en los equipos médicos esa situación no se tiene muy en cuenta. Entonces eso tampoco favorece, porque a veces es un mecanismo defensivo del médico con lo que implica la subjetividad propia con la subjetividad de ese paciente, ese no querer encontrarse con eso propio que le pasa, entonces se pone una distancia y una objetividad que termina siendo perjudicial. Es necesaria en un punto, porque si no tampoco podrían estar interviniendo, digamos. Imagínate un paciente... un médico en la Terapia Intensiva que está todo el tiempo rodeado de muerte, si no tiene un mecanismo defensivo, un velo que esté ahí funcionando, es muy difícil trabajar. Ellos me preguntaban a mí cómo podía aguantar a un paciente que esté llorando, y yo les preguntaba

a ellos cómo pueden hacer una traqueotomía. Y bueno... tiene la especificidad de cada uno, pero muchas veces es muy difícil cuando toca la propia subjetividad. Y creo que eso está muy marcado, como ese mecanismo defensivo, y la distancia médico-paciente, y que tenés que atender cualquier situación sin importar lo que te pase.

Claro, pero bueno, ahí es interesante, como hablábamos antes, que se pueda desde el Equipo de Salud Mental, acompañar tanto a ese paciente como al profesional.

Muchas veces el pedido de interconsulta vos ves que no tiene que ver con el paciente. Cuando lo empezás a despejar, tiene que ver más con...

Con un pedido del médico...

Claro, con algo que le está pasando al médico con este paciente en particular, que algo que le está pasando al paciente. Por eso digo la importancia de cuando llega una interconsulta poder hacer la lectura de la interconsulta, poder hablar con el médico a ver qué está pasando también.

¿Eso se trata de hacer? a partir de una interconsulta, buscar al médico que la pidió...

Eso por ahí tiene que ver con... es parte del trabajo de la interconsulta médico-psicológica, pero tiene que ver mucho con el posicionamiento de cada profesional respecto de su trabajo y su profesión, digamos. No es una obligatoriedad, pero sí ha ayudado un montón digamos.... Saber qué pasa.

Y la recepción también del otro lado, de ese médico.

Sí, a veces vas a hablar con el médico y te dice "no, estoy apurado, estoy apurado" bueno, uno también hace... puede ser que esté apurado, pero también hay que ver si realmente está apurado o no puede encontrarse con otra cosa.

Y en relación a esto que me decías, que acá vos otorgas la posibilidad de que cada uno más o menos pueda elegir qué consulta tomar, o cuál no... ¿cómo se organizan justamente para tomar una interconsulta u otra?

Y, por ejemplo, yo sé que hay algunos que no les gusta atender pacientes traqueotomizados, bueno, tratamos de tener en cuenta el día que llegan las interconsultas de que no atiendan pacientes traqueotomizados pero atiende pacientes de maternidad... hay alguien que no puede atender pacientes quemados, bueno, tratamos

de que no atienda un paciente quemado, pero toma de otro servicio, digamos. Vamos tratando por una cuestión de nosotros también como compañeros, digamos.

Como una organización interna.

Interna... o te pasó algo particular en la vida, digamos, que tuviste un robo, y viene alguien con un disparo y a lo mejor no lo podés atender, porque te remite a lo que te pasó recién cuando estabas llegando al hospital. Entonces, bueno, tenemos en cuenta eso también, para estar cómodos y para que el paciente tenga la mejor atención, porque si vos estás pensando en lo que te pasó a vos y no podés mantener tu atención en lo que el paciente está diciendo tampoco le va a servir al paciente, y se expone el profesional a una situación angustiante.

La otra vez me llamó el director por un paciente... porque había que despejar la guardia, y estaban todos atendiendo, y yo no estaba. Y me dice "bueno, pero si hay que atender un paciente de la guardia, hay que atenderlo, ¡que salga de la entrevista y que vaya a atenderlo!" A ver, "no es lo mismo" le digo, también para que pueda entender, porque primero se lo expliqué de otra manera. Le digo "no es lo mismo que vos estés atendiendo un paciente con un paro cardíaco y venga otro médico a seguir reanimando porque ese cirujano, por ejemplo, es específico de algo, o ya se cansó, y lo seguís reanimando, que una entrevista con un psicólogo o con un psiquiatra con un paciente donde muchas veces no... algunas veces se puede interrumpir por una urgencia, pero no siempre se puede interrumpir por una urgencia, y somos pocos, y 5 minutos la guardia puede esperar. Y si la guardia no puede esperar 5 minutos se lo puede derivar al hospital Mira y López, y sino empecemos a contratar más gente" También son decisiones que uno toma en función de... estrategia en un punto, desde mi lugar de coordinadora, pero yo realmente no iba a llamar a alguien para interrumpir una entrevista.

Y aparte introducir algo de ese "otro tiempo" que tiene la Salud Mental.

Exactamente. Que eso es lo difícil de entender.

Más en un hospital de urgencia.

De urgencia, exactamente. Exactamente.

Bueno, esas son mis preguntas, no sé si hay algo que vos quieras agregar, o que te parezca importante mencionar, que yo no haya preguntado.

No, no... Si después te acordás o querés preguntar algo más decime.

¿Me podrás decir tu edad?

(Ríe). 49 años, yo me recibí de grande.

No, no por eso. Sino porque surgió en el transcurso de otras entrevistas algo de la formación, por ahí cuando yo pregunto por la apertura o no de ciertos médicos, bueno, en otra entrevista me decían que los residentes ya vienen con otra formación desde la facultad, con otra mirada, un poquito más abierta... no sé si para vos es así o no...

Mmm (se queda pensando)

¿Más o menos?

Mmm no. Yo no coincido tanto, yo no coincido tanto. También es el caso a caso, podría decir. Pero no lo noto en la gran mayoría. Sí, sí por supuesto hay un cambio, pero no en la mayoría. Los otros días hablábamos con una psiquiatra y una cardióloga... y como que hay un déficit en la formación universitaria, y en el compromiso profesional, no solamente profesionales de Salud Mental, sino que había varias especialidades que estábamos ahí, charlando de la vida y coincidimos que somos médicos o psicólogos. Y hablábamos de esta deficiencia y muchas veces falta de responsabilidad y compromiso con la práctica profesional. Y creo que también interviene un montón la cuestión de cómo están planteadas las residencias médicas. Creo que eso tiene un montón de interferencias más allá de la formación y del posicionamiento de cada uno.

¿En qué aspectos digamos? Hoy hablábamos de que no son pagas, de que son muchas horas.

Exactamente. En cuanto a la carga horaria, de tener ese modelo antiguo de castigo con guardias, que de lo que uno se quejó un año, al año siguiente es el que lo reproduce... porque las residencias médicas son así, es por año, y cuando vos llegás en algunos servicios sos el que sirve el café, y al año siguiente sos vos el que le está pidiendo al que estuvo en tu lugar, le está pidiendo café.

Como un "derecho de piso"

Exactamente, exactamente. Que es algo que cuando tenés la posibilidad de trabajarlo con alguno de los médicos, hasta quizás lo hacen automático, que no se dan cuenta, que son ellos mismos que reproducen ese sistema. De eso que se quejan, que no hacen nada con esa queja... Como que está instituido, y no puede modificarse. Va a llegar un tiempo, yo creo que en algún momento tiene que ir cambiando.

Sí, tiene que ir cambiando. Te preguntaba por la edad porque hace muchos años que estás en el hospital, y al igual que otros profesionales que entrevisté, me han comentado acerca de la constitución como Equipo de Salud Mental...

Sí, por eso, cuando vino la coordinadora anterior fue cuando pudimos hacer ese pasaje...

Esa separación de Neurotóxico.

Exactamente. Por eso te digo, es algo que como equipo venimos construyendo... que lleva su tiempo... bueno, eso ella debe tener más las fechas, yo soy un desastre, no me acuerdo cuánto tiempo llevó la separación digamos, dejar de ser sección y pasar a ser equipo. Creo que por 2015, 2016... llevó dos años o tres. Algo que es muy sencillo, pero llevó años.

¿Cómo es la relación con la dirección? cuando uno tiene que pedir algo, por ejemplo, entiendo que tienen mayor dificultad justamente por no estar constituidos como servicio.

Sí, pero no es solamente con la dirección del hospital, con la misma Dirección de Salud Mental.

¿Hay cierta resistencia a algunos cambios?

Sí, pero bueno. Resistencia con los Equipos de Salud Mental en los hospitales, cuando vos te encontrás en los congresos, en charlas, en jornadas, en capacitaciones... es como algo que se repite. Pero bueno, yo también estoy ahora... están remodelando todos los servicios, y se pensó para todos los servicios, para que salgan todos los servicios del subsuelo y... no se había pensado en Salud Mental. Y bueno, ahí está la habilidad de cada uno, y comprometí al director delante de todos los jefes que por lo menos, aunque sea el último servicio, también se piense una remodelación en Salud Mental.

Claro.

Porque estaban pensados todos los servicios, menos Salud Mental. No creo que tenga que ver con algo de... por un lado tiene que ver con un posicionamiento de la dirección respecto de Salud Mental, pero, por otro lado, respecto de los hospitales generales con Salud Mental. Ya te digo, cuando vos escuchas profesionales en otros hospitales pasa, más o menos, pero pasa.

Es un lugar que hay que ir haciendo...

Hay que ir haciéndolo, sí, hay que ir haciéndolo.

Bárbaro, te agradezco un montón el tiempo.

ENTREVISTA A PSICÓLOGO V

Fecha: 27/04/2022

Duración: 45 min.

¿Cuál es tu profesión?

Soy licenciado en Psicología, y bueno, ahora Magister en Salud Mental, desde 2019.

¿Hace cuánto tiempo trabajás en el Servicio de Salud Mental de este hospital?

Yo estoy... o sea, en realidad, mi cargo tiene un tiempo diferente al que hace que yo estoy en el hospital. Yo ya hace 14 años que estoy en el hospital, empecé como pasante primero, después como concurrente, y bueno, después me quedé con un cargo después que terminó la concurrencia, digamos, en el equipo. Pero que estoy digamos, de diferentes... trabajando desde diferentes lugares y dispositivos, hace ya 14 años.

¿Vos cuantos años tenés?

Tengo 39.

¿Cómo está conformado el Servicio de Salud Mental?

Bueno, el servicio está... en realidad no somos un servicio. Somos un Equipo de Salud Mental, que históricamente digamos, era una sección de psicología que dependía del servicio de Neurotoxicología, y luego de la Sanción de la Ley nacional de Salud Mental, comenzamos a trabajar con quien estábamos en este momento digamos, en la conformación de lo que es el Equipo de Salud Mental, lográndolo, si no me equivoco, en el 2015. La fecha por ahí podemos después chequearla, pero creo que es 2015 cuando logramos la... el nombre digamos de “Equipo de Salud Mental”, que dependemos de la dirección. Y bueno, la idea era poder darle lugar a bueno, todo lo que la Ley Nacional de Salud Mental demanda digamos, y poder empezar a pensar en un equipo interdisciplinario, porque en esa época nosotros solo éramos psicólogos, en la época digamos de la sección de psicología, y a partir de ahí empezaron a incluirse los psiquiatras, que era una especialidad que el equipo no tenía, que la sección de psicología no tenía. Y que era un gran obstáculo en la atención de los pacientes claramente, ¿no es cierto? Porque claro, el paciente que requería de una

intervención, por ejemplo, psicofarmacológica, era derivado al hospital Mira y López en su momento... Y bueno, en realidad, venimos de alguna manera trabajando en esa transformación, lleva mucho tiempo, porque obviamente no depende solamente de los trabajadores de la Salud Mental, sino que también depende de políticas públicas de salud, y así mismo también de recursos económicos, de recursos humanos, que se destinen para estos espacios, para estos equipos, para estos servicios... apuntamos a ser el día de mañana un Servicio de Salud Mental, pero bueno, no es tarea fácil digamos, también por el lugar que ocupa la Salud Mental en la Salud en general diría... porque siempre somos, o la sensación que tenemos es que siempre somos el ultimo orejón del tarro, nos pasa que uno por ahí habla con otros servicios y sienten también lo mismo, en realidad bueno, creo que también un poco el trabajo que uno visibiliza ayuda también a que se le de otro lugar... Bueno, la pandemia fue una... una posibilidad de mostrar lo importante que era otro tipo de atención y no solamente la médica, que es lo que por lo general viene a buscar el paciente que llega al hospital. Es una institución obviamente atravesada por el discurso médico, y bueno, en ese lugar uno tiene que hacerse un lugar, introducir un discurso diferente y una forma de pensar la atención, la salud y la enfermedad de una manera diferente.

Eso justamente te quería preguntar, ¿cómo definirías vos la Salud y la Enfermedad?

Bueno, a mí me parece que justamente tiene que ver con... con... la salud y la enfermedad son procesos para mí, implican justamente una mirada sobre ese proceso digamos, una mirada interdisciplinaria e integral, ¿no? De alguna manera es poder pensar a los pacientes de esa manera también. Y no pensar solamente, referido a la enfermedad, en relación a lo que no funciona y nada más, digamos. Me parece que es poder justamente pensar que eso que la enfermedad conmueve y afecta de alguna manera está movilizándolo y conmoviendo todas las dimensiones de esa persona, de ese paciente que llega al hospital. Me parece que es importante que quien recibe a ese paciente pueda tener una mirada integral y abarcativa que permita la incorporación de otros discursos en relación a la atención de ese paciente.

Tal cual.

Pero muchas veces eso es difícil, ¿no? Por esto que te decía, al imperar el modelo médico digamos, muchas veces la mirada es médica sobre la problemática, sobre la enfermedad, y nada más, ¿no? Y entonces quedan por fuera otros aspectos que son parte de ese proceso de salud - enfermedad, que tienen que ser escuchados, que son una oportunidad para alojar, para empezar a pensar, para que se genere una pregunta, y muchas veces eso se pierde, por la mirada médica, que impera muchas veces... y bueno, y a partir de ahí las dificultades de que pueda haber otros discursos, otras disciplinas que intervengan en esa atención. Por ahí

cuando eso no sucede, o sea, cuando tenemos un médico que recibe en la guardia un paciente con otra mirada, bueno, pone en juego otros discursos, otras disciplinas, otro pedido de atención para ese paciente y se puede trabajar de otra manera.

¿Podríamos pensar que el abordaje de un paciente que llega al hospital varía mucho según las concepciones que tenga el o los profesionales que lo reciban?

Sí, sí. Yo creo que también eso está cambiando... Yo creo que tiene que ver también con la formación y los valores de cada uno, ¿no? Pero me parece que las formaciones universitarias han cambiado también y eso permite digamos... de alguna manera eso se ve después, repercute en la práctica de esa persona ¿no? Me parece que también las universidades tienen una tarea ahí que es muy importante, en relación a lo que se transmite desde la formación. Y me parece que la formación de medicina en algún punto... esto aparece de otra manera, o por lo menos es lo que yo observo con los residentes, los concurrentes, los mismos estudiantes que circulan por estos espacios, digamos. Porque bueno, por el Equipo de Salud Mental pasan estudiantes, pasan profesionales de distintas disciplinas, rotando en prácticas de las universidades, desde las diferentes universidades: de medicina, de psicología. Bueno ahora tuvimos hace un tiempito rotando una trabajadora social, y bueno digamos, me parece que, que la formación también colabora en esta... y más allá obviamente de la formación de ese profesional, los valores del profesional que permiten una atención diferente...

Claro, pero es algo que varía de profesional a profesional.

Sí, seguro que sí, seguro que sí. Por eso yo te decía digamos, o es una oportunidad, o no digamos, de acuerdo a quien atiende en la guardia. Es una oportunidad de que por ejemplo ese paciente pueda tener un primer contacto con un psicólogo, por ejemplo, o no... si el médico no lo tiene en cuenta. Porque nosotros... la atención de los pacientes la hacemos por las interconsultas que nos llegan, entonces la única manera de poder conocer a un paciente es porque hay un médico que pidió una interconsulta con Salud Mental. Sería diferente si por ahí quizás uno atendiera a los pacientes con equipos interdisciplinarios en la guardia, por ejemplo. Y se pudiera ahí armar una estrategia interdisciplinaria también. Aquí en el hospital es el médico o el enfermero que recibe al paciente en la guardia el que arma la estrategia, entonces si ese médico no tiene en cuenta dentro de la estrategia la intervención de Salud Mental, y bueno... pasa digamos. Nos ha pasado en muchos casos, hay un montón de pacientes con, por ejemplo, intentos de suicidio, que no llegan a ver a un psicólogo o un psiquiatra, digamos, una atención de Salud Mental, cuando la problemática que lo trajo al hospital es de Salud Mental. Pero bueno, a veces se ve solamente la parte médica. Si hizo una ingesta, el

lavado gástrico; si es un intento de ahorcamiento, la parte del Servicio de Cabeza y Cuello que evalúa la parte respiratoria... y a veces queda ahí la intervención. No deja de ser una intervención médica y nada más.

Que sería muy diferente si desde la guardia en sí ya estuviese planteado un equipo interdisciplinario que pueda hacer por lo menos una valoración...

(interrumpe)

Interdisciplinaria. Claro. Lo que pasa es que en eso yo creo que tampoco ayuda mucho, que fue un poco lo que yo trabajé en mi tesis, me parece que en eso tampoco ayuda la lógica de salud y de atención que... que tiene esta institución digamos. Porque nosotros, nuestro hospital está dividido por servicios, ¿no? Entonces ya... me parece que eso... de alguna manera... es como que ya esa distinción, esa división de los servicios, de las especialidades, de las subespecialidades me parece que de alguna manera repercute en esa mirada fragmentada, que se tiene del paciente, digamos. Es mío, es tuyo... Eem, lo atiende Traumatología, lo atiende Cirugía, lo atiende Clínica... ¿de quién es el paciente? tiene más de Traumato y es de Traumato, y en realidad me parece que es un paciente del hospital. Que necesita una mirada diferente, una atención integral, que hay que pensar una estrategia de esa manera digamos, terapéutica de esa manera, donde se pueda pensar todas las disciplinas, priorizando digamos cuáles son prioritarias digamos, y cuáles pueden esperar, pero... Digo porque un poco esto es también lo que en la guardia sucede digamos. Porque si bien son muchos los discursos, e impera el médico, pero hay otros discursos dentro de la institución, lo cierto es que no es lo mismo una urgencia o una emergencia médica que una urgencia o una emergencia en Salud Mental, los tiempos son diferentes. El médico digamos, en la urgencia y en la emergencia el tiempo es un factor fundamental, porque es una cuestión de vida o muerte. Y en Salud Mental, a veces, bueno, el tiempo también tiene que ver con esa emergencia médica digamos, que si bien es una situación que... o una problemática de Salud Mental, la evaluación digamos médica es importante, porque a veces la vida corre riesgo... pero bueno, allí los tiempos son diferentes, ¿no? Para nosotros ahí es la pausa, y el poder entrevistar al paciente...

Introducir un tiempo

Claro. Poder darle lugar a que el sujeto surja, que el sujeto aparezca, que pueda contar qué es lo que le pasó. Entonces, los tiempos son diferentes. Y a veces eso genera obstáculos en la guardia y uno lo ve, y muchas veces enojo del compañero, médico... que... que bueno, que... por ahí le dificulta el comprender ese modo diferente de atención de los pacientes, ¿no? Porque es una lógica diferente, porque apuntan digamos... y no

deja de ser una urgencia. Que a veces también esa es la lucha, con los médicos. “¿Existe la urgencia en Salud Mental?” siempre te hacen esa pregunta. Y en realidad eso tiene que ver con la fragmentación también. No es una urgencia DE salud mental, no es una urgencia DEL médico, es una urgencia, es un paciente en urgencia, que hay que evaluar qué es lo que necesita, si necesita la atención de un psicólogo primero, o necesita la atención del médico psiquiatra o necesita la atención primero de un médico clínico, de un cirujano... Ver, en el caso por caso qué se necesita. Y ahí es donde yo digo de una mirada más abarcativa, integral, interdisciplinaria, en la misma guardia, que es el lugar de ingreso del paciente al hospital.

Conviven digamos, dos discursos: el discurso médico hegemónico, con prácticas o miradas por ahí un poco más integrales.

Sí, sí. Yo creo que, por ahí en ese sentido, por eso yo te decía, me parece que la estructura, hasta la estructura edilicia del hospital... este hospital es del siglo XX digamos, de principios del siglo XX, o sea que ya tiene muchos años ¿no? esta estructura, que respondía a una lógica de trabajo digamos, clínica diferente y de salud, de concepciones de salud diferentes a las que se tiene hoy. Y me parece que a veces eso también obtura posibilidades de que otros discursos también aparezcan digamos. Qué se yo, por ejemplo, tenemos servicios con pabellones. El pabellón digamos, es de otra lógica, de otro tiempo, pero que obtura otras posibilidades. Uno que apunta al sujeto, a que pueda hablar, que pueda decir algo de eso que le pasa... y ¡lo está diciendo adelante de 20 personas!

Claro.

¿No? Entonces es por ahí como mucho más difícil. No son todos los servicios que tengan pabellón, pero todavía tenemos pabellones. Y bueno, esta división del hospital en servicios que me parece que... colabora en esa mirada fragmentada del paciente, no sé si la palabra es colaborar, pero bueno, que de alguna manera refuerzan.

Sí, la sobre especialización que de algún modo...

Claro. Refuerzan esa mirada fragmentada digamos. Y poder mirarla de otra manera y “no, yo miro esto no más”.

Claro.

Y en realidad me parece que todos tenemos que tener una... más allá de que no sea nuestra incumbencia, tenemos que tener una mirada más... digo, porque nosotros como psicólogos vamos a ver el aspecto psi del paciente, pero eso no significa que yo no pueda ver a esa persona más integralmente, más globalmente, ¿no?

Ya que me mencionabas al sujeto, que por ahí no suele ser algo que se mencione tanto en el hospital, ¿cómo lo entendés vos? ¿cómo lo podrías pensar?

Sí, cuando yo te decía que aparezca el sujeto me parece que es que aparezca esa persona singular, con una historia de vida, digamos, que tiene una forma de también, o una conceptualización de la Salud y la Enfermedad particular, que vive esta internación de una manera particular, y que es algo a lo cual es necesario abordar, preguntar, permitir que... que tenga un espacio para hablar... porque bueno, muchas veces nosotros lo hemos visto desde la atención de Salud Mental, el paciente muchas veces queda a merced de esas conceptualizaciones, de esas ideas, de esas fantasías, de esos miedos, de esos temores, que trae de la historia de ese sujeto digamos, de esa persona digamos, de esa familia. Tenemos por ahí pacientes que tienen historias en relación al hospital, en relación a un... no sé. Historias en relación al quirófano, a la anestesia, a la muerte, al dolor... Muchas veces por ahí eso queda en un segundo plano, y a veces es necesario que eso surja, que el paciente pueda hablar de eso, porque muchas veces es lo que por ahí está dificultado la recuperación de un paciente, ¿no? Repercutiendo sobre la recuperación biológica muchas veces ¿no?... porque en realidad no somos puro cuerpo orgánico biológico, sino que somos todo esto otro también, ¿no? Y que es necesario abordarlo. Entonces cuando yo hablo de sujeto, de que surja este sujeto me parece que es un poco también la tarea nuestra, ¿no? Cuando el paciente deja de ser la cama 22, deja de ser el cáncer, y pasa a ser Juan, Pedro, María, digamos... CON un cáncer ¿eh? Creo que eso de alguna manera... nuestra intervención apunta a eso, a que surja este sujeto, a que este en un primer plano y que sea protagonista del proceso que está viviendo. De eso por lo cual vino al hospital.

Claro. ¿Esa podría ser un poco la función si se quiere, del Equipo de Salud Mental, o una de las funciones?

Nosotros muchas veces nos encontramos con esto digamos. Y eso muchas veces, por lo general cuando tenemos o recibimos interconsultas de pacientes, digo, quizás no de la guardia, pero de los pacientes que están internados en el hospital muy angustiados... bueno, eso muchas veces es lo que hace que la angustia ceda, que baje un poco, que sea más tolerable, ¿no? Cuando el paciente es... pensado, visto de otra manera, ¿no? y no como un objeto sobre el cual se aplica la técnica médica o lo que se le esté haciendo, digamos, ¿no? Porque de alguna manera termina quedando entrampado y siendo un engranaje de ese sistema,

convirtiéndose en un objeto y quedando su subjetividad, su singularidad, en un segundo plano. Entonces nuestro trabajo muchas veces es esto, ponerlo a él en primer plano, hacerlo protagonista.

Pero esta intervención desde el Equipo de Salud Mental sólo es posible si un médico...

(interrumpe)

Pide la interconsulta.

Si no, no hay posibilidad de llegada a ese paciente.

No. No. Siempre es por el pedido de interconsulta. Además, no podría ser de otra manera porque nosotros somos muy pocos psicólogos. Este hospital tiene más de 300 camas. Aunque nosotros queramos ofrecer otra cosa diferente digamos, por ejemplo, atender a los pacientes que ingresan al hospital, sería algo imposible. Porque nosotros somos 5 psicólogos. Entonces somos un recurso humano muy escaso para el hospital, para lo que implica este hospital. No podríamos hacerlo de otra manera.

Claro. ¿Y cómo se organizan a partir del pedido de interconsulta? ¿Lo comentan entre ustedes? ¿Eligen quién la toma?

Nosotros sí, por lo general, recibimos el pedido, lo leemos quienes estamos en ese momento que recibimos el pedido. A veces viene el médico, entonces ya es una oportunidad para entrevistarlos, o para hacer algunas preguntas. En el caso de que no viene el médico y lo trae la secretaria del servicio, bueno, el primer paso es leerla y poder... ahí empezar a dilucidar qué es lo que se pide, para qué, para quién digamos. Porque a veces también la intervención nuestra va a implicar la intervención con un familiar, con el médico mismo... Eem entonces uno intenta leer qué es lo que se está pidiendo ahí, se suele hacer una entrevista primera... digo suele hacerse porque no siempre es de esta manera, porque bueno, obviamente el médico siempre está muy atareado en el hospital y a veces es muy difícil sobre todo en los servicios quirúrgicos, encontrar a los médicos, que se encuentran casi siempre en los quirófanos, entonces nuestra intención es primero hacer una entrevista con el médico para poder ampliar ese pedido de interconsulta, ¿no? Que hace... poder hacer algunas preguntas, que por ahí nuestras preguntas suelen ser, por ejemplo, si le avisó al paciente que nosotros vamos a ir, porque entendemos que es un espacio que se abre por decisión del paciente, ¿no? Más allá de que sea el médico quien lo pide. Entonces para nosotros es muy importante esa intervención del médico, que hable con el paciente, que lo converse, que lo ofrezca, ¿no es cierto?, el espacio...

¿Y suelen estar avisados o ser los pacientes quienes demandan?

Por lo general, no.

¿Es el médico el que? ...

Decidió, la mandó, y el paciente no sabe. Y es un tema, porque a veces te encontrás con que eso dispara fantasías, ansiedades, moviliza digamos... "¿por qué pidieron un psicólogo?", "¿estoy mal, estoy loco?", "¿me voy a morir?" Digo, son las cosas que encontrás en los pacientes: "yo no estoy tan grave", "yo no estoy mal", "¿qué me tienen que decir?" ¿no? Dispara muchas veces algunas cuestiones... y a veces es... que simplemente el médico pide un acompañamiento, un seguimiento, que se haga, por ejemplo, en los pacientes que van a ir a una cirugía y que ya tienen... ya se les ha informado, hacer toda la parte de profilaxis quirúrgica, digamos. Y, sin embargo, despierta otras cosas cuando el médico no le ha avisado al paciente, bueno. Así que bueno, como te decía, volviendo a esto del circuito digamos, y después hacer la entrevista con el paciente, ¿No es cierto? Y ahí también, iremos viendo cuáles son las estrategias a partir del caso por caso, qué es lo que vamos a hacer, digamos ¿no? Si vamos a hacer entrevistas sólo con el paciente, si vamos a hacer alguna entrevista con algún familiar, entrevistar a los médicos, con el equipo de profesionales que interviene, vamos viendo digamos.

¿Y según el servicio, el paciente o la patología va a verlo primero un psicólogo o el psiquiatra, o en conjunto?

Por ahí también eso depende del pedido. A veces ya podemos leer que va a ser necesaria una mirada disciplinaria. La verdad es que nosotros tenemos solo un psiquiatra, y es un tema ese. Intentamos por lo menos generar... por lo general es el psicólogo, pero bueno, lo vemos en el caso por caso también. Hay situaciones que ameritan digamos, la intervención. Algunas interconsultas ya llegan directamente a psiquiatría, ni siquiera dicen salud mental, ¿no?

¿Es directamente un pedido por medicación?

Sí, a veces, qué se yo... a veces un paciente que ya viene con una medicación y hay que reestablecerla, o hay que indicarla para que el paciente no discontinúe la toma de esa medicación, digo. Por eso te decía, es caso por caso, pero intentamos, en los casos que se puede, que sea interdisciplinario, sería lo ideal ¿no?, que pueda haber una atención integral, psicólogo, psiquiatra, terapeutas... digamos, otras disciplinas también. Incorporar, no solamente la psicología y la psiquiatría que... Este servicio bueno, vuelvo a eso de las cuestiones fragmentadas. Hay trabajadores sociales, hay terapeutas ocupacionales, pero cada uno tiene su servicio.

Claro, por fuera de Salud Mental.

Por fuera de Salud Mental. Y son todas disciplinas afines también, de la salud mental. Pero bueno acá somos servicios aparte, entonces es muy difícil ceder también todo eso, porque bueno, son estructuras de servicios, de servicios del hospital que tienen su jerarquía, tienen su jefatura. Lo que hay que modificar es la lógica me parece, de atención, de salud, ¿no? Terminar con esta cuestión de los servicios, de la atención de pacientes por servicios, para poder digamos, pensar una lógica diferente, que vos la encontrás en los profesionales, te vuelvo a insistir, tenés un servicio que "o lo ingresa Clínica o lo ingresa Salud Mental" ... bueno nosotros justo te puse el ejemplo de Salud Mental, pero no podemos ingresar porque no somos un servicio, pero...

Yo recuerdo que cuando hice las prácticas las internaciones por Salud Mental eran a través de Clínica Médica.

Siguen siendo así. Pero bueno, la idea era ponerte un ejemplo, ¿lo ingresa Clínica o lo ingresa Neurotóxico? Porque lo vio Clínica y lo ve... Ahora, si lo ingresa Neurotóxico todo el trámite burocrático de ese paciente lo tiene que hacer el neurólogo. Ahora si lo ingresa clínica lo tiene que hacer el clínico, entonces es la disputa, ¿es tuyo o es mío?, ¿qué tiene más? Y vos decís... y, es de todos nosotros el paciente, es del equipo del hospital, es un paciente que ingresó al hospital y... tenemos que ingresarlo y ver qué es lo que necesita ese paciente. Entonces es como que todo parecería recaer sobre el clínico y en realidad tenemos una responsabilidad compartida de todos los profesionales que intervenimos en una situación. Claramente uno se hace responsable de su especialidad, pero tenemos una responsabilidad compartida. Por eso la importancia del dialogo, la importancia del ateneo de los pacientes...

Los ateneos me decían, se suelen hacer en casos muy puntuales.

¡Muy puntuales! Y ni siquiera suceden digamos, suceden en casos de... el paciente que es una dificultad, una dificultad en el sentido del conocimiento digo, que no se sabe... cómo seguir, qué más hacer, por dónde ir, que no mejora, o que tiene alguna situación puntual que requiere o amerita un dialogo entre todas las especialidades que intervienen.

Claro. Sería enriquecedor que sean más seguido los ateneos o encuentros entre distintos...

Con todos los pacientes, no sólo con algunos, me parece.

¿Y crees que es posible, o es también el caso a caso?... ¿hay una posibilidad de abordaje interdisciplinario, de construir una estrategia en conjunto cuando recibís una interconsulta y vas a hablar con un médico?

Y ... cuesta, cuesta. Me parece que nosotros desde nuestro lugar somos más los que vamos al encuentro de... que ellos venir a nuestro encuentro digamos. Es más difícil, es más raro te diría, no difícil, más raro que los médicos vengan a pedir una opinión o una valoración. Porque si bien nosotros escribimos en las historias clínicas, pero por lo general somos nosotros quienes vamos al encuentro de. Lo que está bueno por ahí, y se está implementando ya desde hace un tiempito desde el comité de docencia e investigación, son los ateneos... digamos, de los diferentes servicios. Hay un servicio que presenta un caso clínico, e intervienen digamos en esa exposición todos los... los servicios o equipos que intervinieron en la atención de ese paciente. Y eso bueno, se hace una vez al mes, ahora se está por retomar, porque bueno, todo el tema de la pandemia fue difícil. Y un poco bueno, si bien digamos es a partir de un caso clínico, pero bueno, es un modo también de encontrarnos una vez al mes todos los profesionales... o la mayoría digamos. Y pudiendo escuchar otros modos de intervención, digamos, creo que eso puede ayudar a pensar un poco de otra manera.

Claro. Y en relación a la Ley de Salud Mental, ¿cómo se ha trabajado o implementado acá en el hospital?

Bueno, nosotros venimos trabajando mucho en torno a la ley. Yo creo que la ley... si bien falta muchísimo todavía, me parece que la ley nos convierte a nosotros en actores, para poder... generar cambios de políticas públicas, de salud, de trabajo, formas de trabajo. Si uno tiene que hacer un balance, me parece que nos falta un montón todavía, pero bueno, yo creo que de alguna manera la ley nos da un marco ¿no?... legal, que nos permite, bueno, posicionarnos de una manera, posicionarnos en el pedido, en lo que pedimos a las autoridades, a la dirección, a la Dirección Provincial de Salud Mental, ¿no? De poder exigir digamos, eso que es necesario para la atención de los usuarios de los Servicios de Salud Mental de los hospitales en general, no solamente de este, me parece.

¿Hoy por hoy hay dificultades para adecuarse a los postulados que la ley plantea?

La dificultad me parece que está en... la dificultad estaría más, no sé si de parte de nosotros digamos, sí la dificultad está en poder... que esto implica digamos pensar estos cambios de... de políticas, destinar recursos... Esa es la parte que más cuesta digamos. Eem pero bueno, nosotros venimos haciendo ese intento,

de poder hacer internaciones de salud mental, poder sostenerlas, quizás no son las maneras más óptimas que se sostienen, porque bueno, esto digamos, nosotros estamos solamente durante la mañana, no hay un servicio que aloje a ese paciente, sino que hay que buscar un servicio que lo aloje.

Claro.

Entonces, digamos, todavía nos falta, pero bueno, poco a poco vamos logrando algunas cosas que me parece que son importantes, pero falta mucho, sí, mucho. No tenemos un área dedicada, por ejemplo, que tenga los requisitos necesarios para la atención de un paciente que tiene que internarse por alguna cuestión de salud mental.

Las internaciones se realizan en el servicio que haya cama disponible...

Que haya cama, sí. Que les pasa a los otros servicios también, a veces Cirugía tiene que ingresar un paciente y no tiene camas, y lo tiene que internar en otro servicio, digamos. Pero bueno, ni quisiera nosotros tenemos un área específica para eso.

Y las internaciones por Salud Mental, se han posibilitado en un hospital general como este, a partir de la sanción de la ley, pero ¿qué características tienen? ¿con qué dificultades se encuentran?

Y las internaciones se sostienen, digamos, pero pero bueno digamos. Es esta cuestión, de que para mí no es la forma óptima en las que debería darse una internación por salud mental. Uno se queda muchas veces como profesional preocupado por esto mismo que uno dice... es un paciente que queda al cuidado digamos de otro servicio, que no es Salud Mental. Y que bueno, pero bueno, se vienen haciendo, hacemos internaciones voluntarias, hacemos internaciones involuntarias en el hospital... pero me parece que todavía falta todo esto. Pero bueno, algunas cosas dependen de nosotros y es el poder poner sobre la mesa digamos, en la agenda de las autoridades a pensar esto, pero bueno, no depende sólo de nosotros. Porque hay que tomar decisiones que tienen que ver con cosas que nos exceden a nosotros: recursos económicos, humanos, cambios de políticas públicas de salud, que permitan digamos pensar al paciente de una manera diferente.

En relación a la ley, ¿ha habido capacitaciones para los profesionales del hospital en general, o mayormente destinadas a Salud Mental?

Sí... yo creo que también depende mucho de la formación de cada uno. Yo personalmente lo he hecho por mis medios digamos. Es verdad que por ahí en lo público ha habido capacitaciones, no sé si específicamente de la Ley de Salud Mental, pero donde obviamente la ley nos convoca de alguna manera, porque... bueno

qué se yo, hemos tenido capacitaciones donde nos encontramos los diferentes dispositivos, en distintas áreas y en niveles de atención: primario, secundario y terciario, y que de alguna manera digamos, el debate y la presentación de esos equipos y de esos espacios están atravesados por la ley ¿no es cierto? Y lo que sucede ahí. Eem, pero bueno, me parece que también la formación hacia el interior del equipo tiene que... como nosotros, me parece que tienen que generarla. Todo el tema de que haya estudiantes, de que haya concurrentes, colabora en esto de poder estar activos en la parte de la formación, de la investigación, ¿no? me parece que... bueno, esto de ustedes ¿no? Que es también parte, darle lugar a ustedes que están investigando, que están haciendo un trabajo en torno a esto, que es a partir de una experiencia de haber estado acá ¿no es cierto?

Sí, sí, y pensándonos también a futuro como profesionales de la salud

También, también. Que es lo que yo te decía con respecto a las universidades, ¿no? Estos planes de las prácticas en los hospitales, la facu en el hospital... los de medicina vienen muchísimo, los estudiantes de medicina vienen muchísimo al hospital ya desde que están en primer año. Eso creo que colabora, ayuda digamos, a conectar al futuro profesional con la práctica, con las instituciones, con las lógicas de las instituciones.

Bueno, eso... vos que trabajás en docencia capaz lo ves aún más, ¿hay un cambio en las currículas, ya planteado desde las universidades?

Tal cual, por eso lo decía. Me parece que ahí tiene que haber una constante articulación entre Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, para pensar esas currículas, esos planes de estudio digamos, articulados, relacionados entre sí.

Me hablabas hoy del tema de los tiempos, del médico que recibe en la guardia, que hace por ahí un diagnóstico de forma más rápida para intervenir en eso urgente... ¿cómo se trabaja o se piensa el diagnóstico desde la salud mental?

Bueno, yo creo esto que yo te decía un poco, el pensar un diagnostico en relación al sujeto, porque bueno, el diagnostico... un diagnostico me parece que, si bien es necesario, es muy importante arribar a un diagnóstico, a veces quizás en la intervención de la urgencia es difícil un diagnóstico, el poder pensar en una estructura de ese paciente digamos, pero tener un diagnostico presuntivo es muy importante ¿no? Pero ese diagnóstico tiene que estar digamos ligado a esa historia subjetiva, a ese sujeto, a esa persona... que lo que hemos visto o yo he visto, en los 14 años que hace que estoy acá, es que cada uno vive su diagnóstico,

su enfermedad, de una manera particular, singular, subjetiva digamos. Hay una impronta de esa subjetividad sobre ese padecer, sobre ese sufrimiento, que es fundamental que aparezca digamos, que esté. Sea ese diagnóstico médico, psicológico, de la especialidad que sea, digamos. Me parece que si bien el diagnóstico nos ayuda obviamente, fundamentalmente para poder pensar la estrategia terapéutica... me parece que tiene que estar ligado digamos, a esto de la historia subjetiva, la impronta que se le pone sobre eso que le pasa al paciente, digamos. Digo, puedo tener tres o cuatro pacientes con el mismo diagnóstico, pero eso no significa que esos tres o cuatro pacientes vivan ese diagnóstico de la misma manera.

Tal cual, y es ahí donde tendría que emerger algo de ese sujeto

Claro, claro. Que nos permite de alguna manera historizar sobre eso que le pasa. También para no quedar a merced como yo te decía, de fantasías, miedos, ansiedades, en torno a ese sufrimiento, a ese padecimiento, o a esa enfermedad.

Volviendo un poco al inicio, que creo que no te pregunté, hablamos de las concepciones o definición de salud y enfermedad, y la salud mental, ¿cómo la podrías definir?

Y la salud mental... insisto con el concepto de proceso, me parece que también la salud mental es un proceso, que implica la interdisciplina digamos, no es una propiedad de los psicólogos y de los psiquiatras no más, porque tiene que ver con ese proceso donde entran en juego factores de todas las dimensiones del hombre: biológicos, psicológicos, social, espiritual, digamos, entonces me parece que tener una mirada integral es muy importante.

Y la diferencia en las concepciones que uno como profesional pueda llegar a tener hacen a diferentes posibles estrategias de abordaje...

Tal cual. Tal cual. Yo creo que sí.

Bueno, esas son mis preguntas, me has dicho un montón de cosas antes de que yo te las pregunte. No sé si quisieras agregar algo... ¿alguna dificultad con la que se encuentren como equipo, con otros servicios o profesionales, o a nivel institucional? Me mencionaste el tema de los servicios tan sectorizados...

Sí, sí, me parece que... a ver, creo que la dificultad mayor está en esta cuestión que yo te decía del lugar que ocupa la salud mental en general, digamos, pero yo soy partidario de que también depende de lo que nosotros mostramos con nuestro trabajo, que yo creo que seguir insistiendo por ahí nos está ayudando mucho

a conseguir cosas... metas, ¿no es cierto? A tener logros. Me parece que es por ahí el camino, lo que nosotros visibilizamos a través de nuestro trabajo. Lo hicimos durante la pandemia digamos, donde las decisiones al principio... el psicólogo no era un trabajador esencial ¿no? Y ... me parece que eso también, sin hablar del hospital en particular, porque nosotros seguimos viniendo a trabajar, porque el hospital era otro mundo digamos, estoy hablando del psicólogo en la práctica privada... Pero bueno, en general fue... todos nosotros, los trabajadores de la psicología que pusimos sobre la mesa la importancia que tiene nuestro trabajo y la intervención en ese momento de crisis ¿no? que generaba la pandemia. Entonces, logramos que bueno, que se nos permitiera... y nos dieron el permiso como trabajadores esenciales. A eso me refiero, digamos, que es nuestro trabajo, lo que visibilizamos. Y hacia el interior de la institución pasa lo mismo. Me parece que ese trabajo que nosotros mostramos, que visibilizamos, nos van a permitir los cambios, los que vendrán, que vienen y que suceden, y los que vendrán más adelante.

Y que poco a poco sea más tenida en cuenta la salud mental

Sí, depende de nosotros también. Para mí todo el tiempo es esto digamos. Depende de nosotros, de lo que nosotros mostramos, de lo que nosotros hacemos, de lo que nosotros producimos. Porque bueno, también están las producciones nuestras a partir de la práctica clínica, digamos, en los ateneos, o en todo eso digamos. Los resultados están a la vista de otros profesionales, de otros compañeros de trabajo ¿no?

Me han comentado que durante la pandemia ustedes, como equipo de salud mental, ofrecieron un espacio de trabajo con los mismos profesionales.

Tal cual. Y algo de eso todavía está presente, digamos. Y me parece que eso fue algo también muy importante. Porque ahí pudimos acompañar a nuestros compañeros, ¿no?, de trabajo. Que estaban en la misma digamos, situación que nosotros. Porque estábamos aquí en el hospital, recibiendo pacientes con diagnóstico de covid, pero bueno, fue un poco también otra visibilización, algo que no solemos hacer, pero que bueno, que... por el motivo de la emergencia se habilitaba digamos este espacio. Hicimos espacios de escucha, atención en consultorio de algunos compañeros.

Ya que me nombras el tema de la emergencia o la urgencia, y que hoy también surgió al principio, siendo este un hospital justamente de urgencias, por ahí si se quiere más bien médica, por las características que tiene y los pacientes que llegan, ¿qué diferencia me podrías decir entre una urgencia médica y una urgencia de salud mental?

Bueno, eso que yo te decía, me parece que la urgencia tiene sus diferencias claramente, y creo que el factor tiempo es algo que yo te marcaba como diferencia en las urgencias y emergencias médicas que en la urgencia de salud mental... poder pensar la urgencia de un paciente, y no en esta fragmentación si es médica o si es... es la emergencia de un paciente, es la urgencia de un paciente, que llega al hospital y que es a partir de ahí que tenemos que pensar una estrategia, digamos. No porque intentó suicidarse es solo una urgencia de salud mental, porque nosotros sabemos que esa situación de urgencia que implica una crisis y un sufrimiento o un padecimiento psíquico, también en esa situación pueden estar implicadas otras áreas que necesitan también intervenir en la atención de ese paciente, qué se yo, un paciente que intenta ahorcarse requiere que un médico evalúe ¿no? que no haya afectado ahí las vías aéreas, o algunas cuestiones. Entonces digo, me parece que es poder empezar a pensar, si bien tienen sus diferencias, poder pensar que es la urgencia de un paciente, ¿no? Que llega al hospital y que requiere una atención integral.

Perfecto, muchas gracias.

ENTREVISTA A PSIQUIATRA II

Fecha: 28/04/2022

Duración: 65 min.

¿Cuál es tu profesión?

Yo soy médica psiquiatra.

¿Hace cuánto tiempo trabajas en el Servicio de Salud Mental de este hospital?

Un año y medio más o menos, con la pandemia empecé.

Con la pandemia, bien. ¿Antes habías hecho algún paso por acá, como residente o algo?

No por este servicio, sí por el hospital. Yo trabajo en la sala penitenciaria hace 10 años, en el hospital. Pero no, mi paso por hospitales había sido, yo trabajaba antes de acá en el Hospital San Martín, que es como el equivalente al Cullen, pero en la Provincia de Entre Ríos, en la Ciudad de Paraná, haciendo más o menos el mismo trabajo que hago acá. Con la pandemia dejé Paraná y empecé una asistencia acá, yo vengo 12 horas semanales.

¿Cómo encontraste conformado el Servicio de Salud Mental acá?

El servicio está formado... tiene su coordinación, tenía en ese momento dos psiquiatras, después bueno, ahora ya no está una de las psiquiatras, que se fue, y tenía los psicólogos que tiene, y por su puesto la gente que va circulando en función de las prácticas y esto, pero bueno, psicólogos psicólogos de planta hay... 4, sí, 4, más los que son concurrentes, pero bueno, en ese momento yo me encontré con ese equipo: 4 psicólogos, 2 psiquiatras, más la coordinación, que es psicóloga.

Que es lo que se mantiene más o menos ahora, sin esa psiquiatra que se fue...

Sin esa psiquiatra, exactamente.

Bien. ¿Y tú trabajo acá tiene algún tiempo establecido?

Mi paso no tiene un tiempo establecido, porque es una asistencia. De hecho, fue llegando como a su fin. La idea primero era un año, después bueno, nos quedamos, el año se cumplía en octubre, octubre noviembre del año pasado. Y dije "bueno, me quedo hasta diciembre", después en enero me volvieron a llamar y bueno, al final como que se va sosteniendo en el tiempo. Hoy si vos me decís, es hasta junio, porque es más o menos lo que tenemos hablado, pero es algo que se va renovando, cada vez que termina se vuelve a revisar digamos.

Claro. ¿Cómo definirías a la Salud y a la Enfermedad?

A ver, la definición no es mía, la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud es esto, es el completo bienestar psíquico, mental, social, laboral, en todos los ámbitos. La enfermedad en todo caso se puede pensar como la carencia de esto, el concepto de enfermedad es mucho más complejo que eso, por lo menos pensada desde el modelo médico que es desde donde yo me paro, pero pensemos entonces que la enfermedad es la ausencia de esto que suponemos en la salud.

Bien. ¿Y la Salud Mental?

La salud mental yo la veo como una extensión del concepto de salud, no la veo como algo aparte, digamos. Sí es cierto que lo que uno piensa es... como sumar a este criterio, la vida de relación, digamos, lo vincular, los vínculos laborales, lo educativo si por ahí te estás formando, los vínculos familiares, es este completo estado de bienestar que te permite a vos desenvolverte en todos los ámbitos de tu vida... dentro de la norma supondríamos que es en salud, pero en realidad lo que hay que poder pensar es... que te permite concretar hechos en todos los ámbitos de tu vida, sin eso impactar en tu vida psíquica de relación, un poco pensado ahí. Si bien, te vuelvo a decir, la OMS hace también una definición que tiene que ver con esto, esteem, me parece que no es más que una ampliación de la definición de salud. No... no me parece que sea un concepto aparte, no me parece que se pueda pensar como... aparte, digamos. Debería ser parte del mismo concepto.

¿Cuál crees que es la función del Equipo de Salud Mental acá dentro del hospital?

En los hospitales generales, yo creo que hay que pensar dos cosas: desde la Ley de Salud Mental para adelante, no le quiero decir nueva porque tiene 11 años, con lo cual ya no es nueva... habría que pensar que no debería haber diferencia en la función que tenga un equipo de salud en ningún lado, en salud mental en ningún lado. Atenerse a la ley en todo caso en función de eso... pero sí hay que poder pensar los niveles de complejidad en salud, más allá de la salud mental. Y este es un hospital de tercer nivel, con lo cual este es un hospital de agudos, o sea te va ubicando un poco como el resto del hospital, no creo que esté escindido

del resto del hospital. Este es un hospital de agudos, de alta complejidad, los pacientes o la salud mental en este hospital están pensadas de esa manera también. Esteem, no es un lugar que atienda pacientes crónicos... no que atiendas, sí podés atender, pero siempre en el marco de la situación aguda, ¿esto qué quiere decir? como es un hospital polivalente, la mayoría de los pacientes que vemos son pacientes que están con alguna situación médica, orgánica, a resolver, y que presentan alguna situación de salud mental asociada. ¿Podríamos pensar que todos los pacientes podrían tenerla? Sí, la angustia a la internación supongo que les ocurre a los pacientes que están en las 300 camas que hay acá, digamos. No podemos abordar todas, llaman la atención los pacientes que tienen antecedentes, de patologías psiquiátricas... de cualquier manera acá se hace atención en la guardia de paciente agudo, muchas veces ingestas y estas cuestiones, y por supuesto internaciones en salud mental si así se requieren, digamos.

Si son necesarias

Si son necesarias, claro. Este es el ámbito, debería ser el ámbito. Como todo, la adecuación a la ley no ha podido generar todavía un espacio específico para las internaciones dentro del hospital, pero con las herramientas que tenemos se hacen igual. Lo que sí no hacemos es consultorio externo.

Sí, me comentaron que dejaron de hacer consultorio externo ahora, por políticas públicas y demás adecuación de esto mismo que vos me decías, en función de adecuarse al tercer nivel de atención, se han cerrado los consultorios acá.

Sí, fue una decisión política del socialismo, cuando se abrió el CEMAFE, que bueno, la idea era descentralizar la parte del consultorio externo, sacarlo de los hospitales para reducir la circulación de gente... Esteem, y bueno, se empezó a manejar allá, y en centros de salud y otros lugares, digamos, pero acá... si bien nosotros hacemos seguimiento de pacientes por consultorio externo, en general asociado a los pacientes que estuvieron algún paso por la internación en el hospital, eso es lo que sí se sigue haciendo.

Claro. ¿Me podrías comentar un poco sobre estas prácticas que realizan? ¿Intervienen siempre ante el pedido de interconsulta de otro servicio?

Muchas veces sí, a pedido de interconsulta, o del llamado de la guardia. Fundamentalmente son los dos modos en que llegan los pedidos. Pero también es cierto que muchas veces atendemos situaciones de profesionales, por ejemplo, no sé, con la pandemia esto se vio bastante más, que había como una necesidad de los equipos de poder hablar de lo que estaba sucediendo. Esteem, entonces se han hecho abordajes grupales de los equipos de trabajo, en algunos servicios que tienen algunos conflictos puntuales de

funcionamiento en donde nos han pedido que intervengamos también intervenimos. Entonces, si bien la atención concreta del paciente ocurre en ese ámbito, también tenemos como una extensión de nuestra actividad que tiene que ver con... para nosotros vendría a ser salud mental sin quizás el número estadístico que te da la interconsulta, la guardia, el llamado. Y a veces la convocatoria es por interconsulta, a veces la convocatoria es por un llamado de la guardia, a veces es un familiar que se acerca, sin interconsulta, un enfermero que se acerca y te dice "che, mirá el paciente de tal cama", a veces es el paciente de al lado de la cama que estas atendiendo, ¿viste?

Claro.

Hay una demanda espontanea también, que va ocurriendo también en la medida que la gente... o se entera que hay un Servicio de Salud Mental, o supone que necesita para alguna situación, o alguna cuestión, pero esas son más o menos las maneras en que nos convocan.

¿Y cómo se organizan a partir de ese pedido que llega?

Y... Pensemos en el ideal y después pensemos en lo que se puede. La idea es que la interconsulta sea interdisciplinaria, y que esté hecha por lo menos por los dos profesionales, las dos profesiones que tenemos nosotros que son psiquiatría y psicología, muchas veces la alta demanda hace que intentemos leer la interconsulta y ver si va orientado más a una disciplina o a otra disciplina para, bueno, nada, para optimizar el recurso digamos, porque esa interconsulta interdisciplinaria lleva tiempo y muchas veces la lógica hospitalaria hace que uno no tenga este tiempo. Pero de cualquier manera siempre hay espacios de discusión digamos. La interconsulta ES de salud mental, no es para psicología, no es para psiquiatría. Se piensa de ese lugar, desde una interconsulta médico-psicológica, no desde una u otra disciplina. Y si no se logra hacer esa entrevista en un primer momento, bueno, si fuera necesario se requiriera de la otra especificidad digamos, dentro de la salud mental, bueno, uno convoca... si lo veo yo que soy psiquiatra digo "ché, mirá, me parece que este paciente lo podemos trabajar juntos", la idea es que siempre sea interdisciplinario el abordaje, es la premisa, después bueno, a veces se puede, a veces no.

Claro, pero siempre se lee en conjunto, y están también los pases de sala que son dos veces por semana, ¿no?

Sí, son dos veces por semana, están instituidos, donde un poco también se charla y se trabajan criterios en general de abordaje. Muchas veces las intervenciones en salud mental no necesariamente coinciden con el alta del paciente en lo orgánico, entonces a veces le dan el alta antes y uno lo sigue a veces por consultorio,

a veces no nos avisan... Entonces, bueno, esto que pasa, pero bueno a nosotros nos permite tener un espacio donde re trabajemos esos casos. Sobre todo, los casos problemáticos, hay casos que fluyen que uno no se detiene digamos, pero bueno, hay casos que son conflictivos desde lo patológico, desde el abordaje, desde lo que se puede hacer, entonces intentamos que estos espacios del pase nos sirvan para revisar esos criterios y trabajar en equipo digamos, fundamentalmente.

Bárbaro. ¿Y con qué dificultades se encuentran? Tanto para trabajar dentro del equipo, como en la institución en sí, o con otros profesionales.

Creo, en lo personal yo no puedo decir que tenga grandes conflictos para trabajar con el equipo, siempre han estado todos como muy dispuestos. Yo llevo poco tiempo en el servicio, pero... pero la verdad que siempre la disposición ha sido muy buena, tanto mi colega de profesión como del resto del equipo, de los psicólogos, nunca tuve dificultades. Creo que facilita un montón a veces ser médico, el diálogo con otros médicos dentro del hospital, es como un dialogo común, vos venís a hablar de una cosa que todos entendemos, entonces para nosotros nos genera menos barrera quizás que para otras profesiones en donde no se coincide, porque vos estás hablando con un colega, todos estudiamos medicina, entonces todos sabemos por ahí de qué se habla, creo que en ese sentido es más fácil. Pero yo obstáculos... no he visto, por ahí sí en cuestiones más de criterio, eso puede pasar, que a veces uno tenga un criterio de un paciente que te parece que podría quedarse unos días más, porque lo ves mal, y te fuiste y te enteraste que le dieron el alta, porque dependía de otro servicio... O no sé, un paciente que a vos te gustaría que trabajo social lo aborde desde otro lugar, porque... y bueno, deciden no hacerlo o hacerlo de otra manera. Me parece que también es una cuestión de criterios que, si se trabajara más interdisciplinariamente probablemente no ocurrirían. Vuelvo a decirte, yo creo que es un error nuestro digamos, no de salud mental, sino profesional, muchas veces no dedicarle el tiempo que debería a cada uno de esos pacientes. Pero bueno, también es lo que te dije como en la dinámica hospitalaria y estos tiempos que muchas veces no hay. Pero bueno, esos son los obstáculos fundamentales. Después a mí, en líneas generales, sin particularizar a nadie, me parece que se puede trabajar muy bien en el hospital. El Servicio de Salud Mental es un servicio que está instalado en el hospital, no es un servicio que se desconoce, es un servicio que se convoca, por eso te digo, lo convocan para los pacientes, se convoca para los profesionales, nos convocan los jefes. Tiene una presencia en el hospital, en la terapia intensiva, un montón de lugares, me parece que en ese sentido visiona.

Es un espacio que se ha ido abriendo tal vez, cada vez más, y tiene cada vez más llegada, digamos.

Tal cual. No sé cómo ha sido cuando vos hiciste tus prácticas, pero cuando yo llegué, llegué en una instancia... en donde están bastante elaboradas algunas cosas. Siempre falta, digamos, pero en general se puede laburar muy bien, muy bien.

En relación a esto que me mencionabas de que por ahí tiene mayor facilidad hablar desde el lugar de un psiquiatra con otro médico, ¿crees que eso tiene que ver con que predomina un discurso médico en el ámbito hospitalario?

El modelo médico está digamos, pensemos desde no sé, nos vamos a epistemología, pero es cierto digamos. Si vos pensás, la dinámica hospitalaria tiene un modelo médico ¿eh? en realidad... más complejamente, si lo queremos ver desde la psiquiatría, epistemológicamente nos paramos todos desde el modelo médico, podés tener alguna orientación psicodinámica, podés tener una orientación cognitivista, sociológica si querés, pero sobretodo en un hospital de tercer nivel de atención, el modelo médico es el que se impone. Porque hay una conceptualización de la enfermedad, de... pensemos... del sujeto que interviene que es el médico, del sujeto objeto que es el paciente, y digo sujeto-objeto porque lo que se intenta hacer es objetivar la enfermedad para darle solución a eso, con lo cual eso es el modelo médico, en realidad. No parte de otro lugar, lo que vos buscas es intentar hacer un diagnóstico, objetivar todo lo que puedas los signos y los síntomas, ofrecer un tratamiento para eso, a eso venimos. Y el modelo médico parte de ahí, el paradigma es el método científico, no te salís de ahí.

No hay otra, claro. Mi pregunta iba más que nada a ese reconocimiento que tiene por ahí la palabra de otro médico colega que es psiquiatra, a diferencia de la palabra o de la importancia que se le da a un psicólogo. Me comentaban, por ejemplo, que a veces incluso lo usan como estrategia, para decir, "bueno, decile vos mejor, que tal y tal cosa, porque le van a dar mayor validez a tu palabra que si lo digo yo"

Sí, sí, me parece que es una cuestión estratégica digamos, pero me parece... en algún momento lo hablamos justamente cuando las chicas de la concurrencia presentaban un trabajo, eso del... del supuesto saber que se le otorga al médico hasta culturalmente, ¿viste? Entonces hay una cosa así, como que esa investidura podría generar... ojo, yo creo que acá pasa lo mismo con los psicólogos, digamos, en este sentido, por lo menos desde el lugar del paciente, no sé si desde el lugar del colega, pero sí desde el lugar del paciente. Para mí ES una estrategia, es una estrategia. Y después, uno trabaja mucho con las limitaciones del modelo médico, digo, atravesar la clínica y pensar en el sufrimiento, pensar en lo subjetivo, y pensar... ¡cuesta un montón! Los psiquiatras todo el tiempo estamos atravesados por esa clínica, en algún momento se intenta separar a

la psiquiatría de la medicina, pero ¿por qué? Porque el método científico lo que plantea es que... vos tenés que objetivar más cada vez los síntomas porque eso va a hacer que lo que vos ofrezcas sea más eficaz. En psiquiatría no se puede hacer, porque el padecimiento es subjetivo muchísimas veces, entonces ¿cómo objetivás eso si no lo podés ver en el cuerpo, no lo podés ver como un signo? Entonces, qué se yo, yo no me lo cuestiono porque mi práctica es en este sentido, tiene como esa posición de no cuestionarme esto, pero sí reconozco que para otros es... Entonces, o te dicen "andá a verlo vos, porque este es tuyo" (ríe), como que yo entiendo lo que tiene. Pero me parece que también puede funcionar hasta como un mecanismo defensivo... o inclusive un mecanismo estratégico que no te permita, no sé, que no te permita perder la objetividad en cuanto al diagnóstico de la enfermedad que vos querés tratar, qué se yo, puede ser estratégico, puede ser defensivo, puede ser estratégico. Pero... pero bueno, habría que verlo, para mí es para revisar eso, en psiquiatría se revisa mucho más, en medicina en general, en las otras especialidades, no... (ríe)

Se objetiva lo más posible (río)

Y ... es distinto. Es lo que se trata, pero en realidad lo plantea el método científico, no lo plantea el médico en sí. Está puesto ahí. Es más eficaz cuando más objetivo sea, tiene esto entonces puede ser esto, no lo tiene entonces no puede ser esto. Yo creo que se equivocan ¿eh? Dos más dos no es cuatro siempre, por más que a uno le parezca que sí, en matemáticas si (ríe).

O a veces puede ser que esa especificidad o esa objetivación necesaria no quite tal vez otro tipo de trato. No sé por ahí qué lugar se le da a ese... sujeto, a ese paciente, cómo se lo trata acá en el hospital.

Sí, yo creo que cada vez... no sé bueno, la formación en medicina ha cambiado un montón de cuando yo estudiaba medicina a ahora. El abordaje en salud mental se propone como un abordaje integral, cuando yo te digo sujeto-objeto, al paciente como sujeto-objeto es un poco y un poco, sino no existiría la interconsulta en salud mental digamos. A nosotros no nos interconsultan ya hace mucho tiempo para transmitir una noticia o esas cosas que por ahí se hacían antes... no, "el paciente está angustiado", "¿por qué está angustiado?" "Por la internación, porque lo van a operar, porque tal cosa". Entonces tampoco es que se escinde esto, ¿por qué? Porque ellos entienden que, en algún lugar, están mejor anímicamente y eso es cierto, biológicamente es cierto, mejora una respuesta a un tratamiento, la cicatrización es más rápida, la recuperación en una cirugía es más rápida, de una terapia intensiva salís antes. Creo que esto también es una cuestión de evidencia, entonces creo que también facilita para ellos. Porque primero, aparte, que haya alguien que aborde esa situación, si vos lo consideraste así, esteem, quizás te quita a vos tener que ocuparte de esa situación también. Qué se yo, te vuelvo a decir, seguramente las 300 camas tienen un monto de angustia por

estar en donde están digamos, los pacientes que están en esas 300 camas, muchos nos perdemos. Me parece que por ahí les sirve para objetivar lo que están haciendo, pero cada vez me parece que se introduce más, nadie está ajeno a eso.

¿Cuáles suelen ser las problemáticas? Mencionabas la angustia, por ejemplo, como uno de los motivos por los cuales suelen hacer el llamado a salud mental, ¿qué otras problemáticas se encuentran?

Fundamentalmente ansiedad, es como el síntoma asociado a una internación, porque es ansiedad por el diagnóstico, cuando está el diagnóstico ansiedad por el tratamiento, cuando está el tratamiento ansiedad por irse... Esteem, para mí es como una regla, y diría ni siquiera ansiedad patológica, pienso en la ansiedad normal, lógica del proceso de internación, pero si lo pensamos como síntoma se podría decir que sí. El insomnio es uno de los motivos más frecuentes en el hospital, no sé, pensá que... sobre todo la dinámica de enfermería hace que los pacientes estén todo el tiempo siendo controlados en horas que habitualmente duermen, con lo cual se altera mucho el ciclo del sueño vigilia, con lo cual te diría que es también una de las consultas más frecuentes, y más ocasionalmente síndromes de abstinencia o síndromes confusionales, que los psiquiatras por ahí le llamamos delirium de causa orgánica, que puede ser por sustancias o por descompensaciones metabólicas, biológicas, que alteran el estado psíquico. Esteem... algunos por reagudización de enfermedades de base, qué se yo, hay pacientes que están en tratamiento psiquiátrico o psicológico... y bueno, todo esto pone en juego un montón de cosas, y no son pacientes que habitualmente uno vería, pero lo que pasa es que uno los acompaña durante la internación porque algo de esto se pone en juego, y entonces muchas veces se trabaja. Muchas veces hasta tienen sus profesionales tratantes, y uno interviene acompañando solo este proceso.

Solo mientras está internado digamos.

Sí, sí. Y después desde psiquiatría lo que son los trastornos adaptativos, que por ahí le llamamos, las internaciones prolongadas, los grandes quemados... las internaciones en terapia intensiva. Nosotros les llamamos trastornos adaptativos a esos que uno no logra poder llevar adelante y se empieza a prolongar en el tiempo digamos. Pensemos que cualquier situación de internación es una situación de estrés agudo, pero cuando las internaciones son prolongadas deja de ser tan agudo y empieza como a cronificarse, y ahí podemos pensar... que no se cronifica digamos, se extiende en el tiempo, y ahí podríamos pensar esto de trastornos adaptativos, de cuando uno ya no encuentra mecanismos para sostener esto que voy teniendo y ya empiezo a hacer otro síntoma, más depresivo... Pero bien reactivo a la situación que estoy viviendo, no hay motivos previos, o quizás sí, pero están muy asociados a lo que están padeciendo en este momento.

A esa internación prolongada...

Sí, sí.

Bien, en relación a Ley Nacional de Salud Mental, si bien como decías hoy, ya tiene 11, casi 12 años... entiendo que vos no estabas en ese momento acá en el equipo, pero ¿crees que hubo capacitaciones para Salud Mental, para los profesionales en general?

Para los profesionales en general de todo el hospital no, no la hubo en ningún ámbito. Yo trabajo en salud hace muchos años y no, no la hubo. Para los profesionales de Salud Mental hubo, no sé si yo les llamaría capacitaciones, para mí capacitar es otra cosa. Para mí hubo información, circulación de información, de qué se trataba, pero... pero no sé si se propuso una manera de "capacitar para" ... todavía seguimos teniendo distintos criterios. Nos pasó hace muy poco, con un dispositivo nuevo que hay acá, que es de guardia activa, que funciona a la tarde, que no es con gente del equipo, y que realicen una internación involuntaria que nosotros nunca la hubiéramos hecho involuntaria, la hubiéramos hecho voluntaria.

Claro.

Entonces... me acuerdo que la profesional me decía, la psiquiatra, me decía que la paciente tenía ideas suicidas y entonces ese era el... no necesitaba otro criterio para dejarla involuntaria. Y vos ibas y entrevistabas la paciente y la paciente te decía que ella entendía lo que había hecho, que ella estaba de acuerdo con una internación, no había peligro de fuga, tenía 85 años. Entonces no sé por qué involuntaria. Si vos tenés un paciente que entiende lo que hizo, sí, por supuesto... ella hablaba algo del criterio de comprender la gravedad de lo que hizo... qué se yo, no sé, me parece que cuando alguien está diciendo "yo sé que me quise matar" ... ya es suficiente digamos, hay una noción de. Ni hablar cuando alguien acepta la internación, la familia acepta la internación, bueno. Por eso te digo, ¿capacitación? Y no sé, no puede ser que al día de hoy sigamos teniendo como este tipo de discusiones que parecen... no sé, para mí sería algo que no tiene ni que entrar en discusión digamos.

Claro, que son tan obvias para ustedes capaz, porque ya manejan un criterio en común.

Claro. Entonces lo que sí hay son criterios. Y me parece que cada uno los maneja... nos ha pasado, no sé, hasta que nos vengán a decir como "bueno, sostené la internación hasta que consigamos un tratamiento ambulatorio", y la verdad que, si vos vas a la letra de la ley, la ley no dice eso, la ley dice que la internación es el último recurso, que tiene que ser lo más breve posible. Ahora, que el sistema de salud no te pueda

ofrecer un después, no es un tema que se soluciona con una internación. Ponele un acompañante, fijate, conseguí. En el Estado pasa mucho esto, hay muchos vacíos de atención, entonces terminás usando recursos que no son para eso. Entonces, si vos me decís, y capacitación capacitación, yo no creo que haya habido. Hubo información. Hay información. Después podés decir que se llama a eso capacitación, le podés poner un nombre, yo no creo que sea capacitar. Me parece que capacitar tiene que ver con aunar criterios, con poder estar de acuerdo con algunas cosas que nos sirvan a la hora de la práctica. Acá nos pasa esto, con este equipo concretamente la charla fue un poco esto el otro día: una internación involuntaria, que hay que sostener las internaciones hasta que consigan tratamiento, cuando para nosotros son el último recurso. ¡No para nosotros, para la ley son el último recurso!

Vos te referís a esta guardia nueva que empezó a trabajar hace poquito ¿no? Que funciona por la tarde.

Sí, es una guardia que funciona de lunes a viernes, no funciona acá específicamente. Es una guardia que funciona como itinerante, es para el Hospital Iturraspe, el viejo y el nuevo, para el Protomédico de Recreo y para acá. Hace base acá los lunes, miércoles y viernes, y los mates y los jueves hace base en el Iturraspe. Pero, ellos se van moviendo, y funciona desde las 2 de la tarde hasta las 10 de la noche. Es un dispositivo que empezó la semana pasada.

Sí, sí, me contaron un poco.

Cuando vos escuchás por qué lo ponen al dispositivo, supuestamente lo que refieren, que por ahí uno no está de acuerdo ni siquiera con el criterio de por qué lo ponen, pero bueno, es una cuestión de uno. El criterio es que no se colapse la guardia del Mira y López. Lo que yo he discutido es que la guardia del Mira y López no se colapsa por agudos, se colapsa por pacientes que necesitan recetas, que no tienen psiquiatra. Entonces... si ese es el criterio... No sé, si vos me decís ¿cuál sería un buen criterio? Y, empezar a pensar que los pacientes se descompensan en cualquier hora del día, que está bueno que haya una posibilidad de que un paciente recurra en una situación aguda a un hospital y que vaya a tener una respuesta pronta... no sé, lo pienso más así, pero no fue esa la respuesta así que no te puedo decir. También pienso que la idea sería fortalecer los equipos de los hospitales.

Claro, bueno, ¿y ahí no ha habido, volviendo a la ley, formación para la Guardia Central del hospital tampoco?

No. No. Ellos saben que tienen el recurso de llamar, bueno ahora está esta guardia, pero funciona también el dispositivo de guardia del fin de semana, que se puede llamar por teléfono. Saben hasta ahí digamos. Esteem, pero en general lo que suelen hacer, como saben que nosotros estamos de lunes a viernes, bueno, ellos sostienen al paciente hasta el día siguiente para que lo podamos ver nosotros si es un paciente que llega después del mediodía. Tenemos que ver cómo funcionará esto... pero no, ¿capacitación? Te vuelvo a decir, si pensás el concepto más amplio de capacitación no, no la hubo. Vos le decís a un médico de la guardia de la internación involuntaria y se asusta, porque no entiende de qué le estás hablando. O sea, entiende que hay un juez en el medio, que es como una cosa de policías, como que en qué lugar quedan ellos, que la responsabilidad... pero no tienen muy claro a qué nos referimos.

Claro, y ese también es otro tema digamos, que el Equipo de Salud Mental por sí mismo no puede hacer las internaciones, sino que son a través de Clínica Médica.

Eso es una limitación, que yo no la veo mal, no la veo mal, pero al no tener un servicio como tal, no podés hacerlo de otra manera, hoy. Es algo a construir, es algo que debería hacerse por Salud Mental y que nosotros podamos pedir interconsultas como nos piden otros servicios a nosotros. Bueno, pacientes que puede ver Clínica, un paciente que ... pero no un paciente que tiene que llevar Clínica adelante digamos. Pero bueno, también es cierto que como acá no hay... como Residencias por ejemplo, que hay profesionales todo el día... estos pacientes si fueran abordados por nosotros, a las 12 del mediodía el servicio cierra, si querés decirlo de alguna manera, y entonces dejás un paciente internado y también es todo un tema si no lo tiene otro servicio. Por lo menos eso hoy, no sé, debería haber guardias pasivas para esos profesionales y que puedan venir a la tarde a ver al paciente y acercarse para que sé yo... bueno, que se yo. Son muchas cosas que faltan todavía.

¿Y en cuanto al espacio en el cual se interna este paciente por Salud Mental?

Hoy no está pensado. Hoy se piensa como cualquier otro paciente, es por cama disponible. Se intenta que sea en Clínica Médica, se intenta que sea en Uro, se intenta que sea en Neurotóxico, que son por ahí servicios que... pero funciona como el resto del hospital: "bueno, ¿dónde hay cama disponible?, vamos por acá".

¿Crees que sería necesario que haya un espacio destinado a las internaciones por Salud Mental?

Yo creo que sí, yo creo que la internación de salud mental no es lo mismo que cualquier internación. Vos no podés internar un paciente de salud mental en un pabellón con 20 pacientes con otros padecimientos. No es que no... no podemos pensar que es lo mismo. Como no es lo mismo una internación eem, no sé, de una

chica que se practica una ILE, ¿me entendés? Me parece que uno necesita espacios concretos para determinadas situaciones... estas como otras. No lo veo distinto de eso. No me parece que pueda internarse cualquier paciente en cualquier servicio, pero en general, no solo nuestros pacientes, en general.

Bien. ¿Crees que hubo alguna modificación respecto del abordaje de la Salud Mental dentro del hospital en los últimos años?

No tengo tanto tránsito como para decirte cómo era antes y cómo es el ahora, en este hospital, pero al tener tránsito en salud y en otro hospital general también de tercer nivel de complejidad, lo que sí te puedo decir es que sí. Claro que sí. Pero te vuelvo a decir, yo lo asocio mucho más a cómo ha cambiado, con lo que puedo estar de acuerdo o no... la formación en medicina, que por lo que ha pasado adentro del hospital. Me parece que es un cambio que tiene que ver con la formación, no sé si con algo dentro del hospital.

Algo que ya viene desde la misma currícula digamos, de medicina.

Sí, sí, totalmente. Se ha dado... te vuelvo a decir, puedo estar de acuerdo o no, porque te diría hasta que no, pero no justamente por la parte de salud mental, sino porque creo que se ha perdido mucho de la formación básica de medicina concreta. Pero en cuanto a salud mental, se le ha dado un lugar súper relevante, súper relevante, muy relevante en la facultad. Entonces me parece que eso formó una generación de médicos, que son los que vemos acá, ya son mucho más chicos que yo, pero que vemos acá en las... en las Residencias, sobre todo, que son los lugares donde siempre hay rotación de personal, que incluyen muchísimo más criterios de salud mental.

Claro.

Muchísimo más. Pero por eso te digo, me parece que viene de ahí. No es el hospital el que generó ese cambio, es un cambio educativo.

¿Vos qué edad tenés?

Yo 39. Yo me formé en la facultad de Rosario, con el plan de estudios viejo... yo eso en el plan de estudios no lo tuve.

Ah, eso te iba a preguntar, si vos ya habías notado ese cambio en tu plan...

No, no, no. No. Es un cambio que yo lo veo porque veo los chicos que vienen. Yo tengo un hermano que es médico, por ejemplo, que está formado con otra currícula y lo veo distinto, lo veo distinto a cómo nos

formaba a nosotros la facultad. Nosotros sabemos mucho más de otras cosas de lo que saben ahora, de lo que se formaba en la facultad; pero bueno, ellos tienen una formación en salud mental... ¡básica! ¿eh?... tampoco es la gran cosa, pero que me parece que ha cambiado muchas prácticas en cuanto a cómo pensar la salud mental, por lo menos en un hospital general, que es donde están la mayoría de los chicos que vienen de la facultad.

Claro. Volviendo un poco a lo que hoy mencionábamos, del abordaje interdisciplinario y lo que plantea justamente la ley, de poder idear una estrategia de abordaje en conjunto, de manera integral, ¿crees que eso es posible? ¿o cómo es, en todo caso, dentro del Equipo de Salud Mental y con los demás profesionales?

Mirá, yo soy Especialista en Salud Mental. Yo me formé en Entre Ríos, mi Residencia la hice allá, después hice mi especialidad acá, que es psiquiatría, con lo cual mi formación es interdisciplinaria. Mis compañeros de años eran otra médica, una psicóloga, dos trabajadoras sociales, y una terapeuta ocupacional... con lo cual yo me formé entendiendo que la salud mental se aborda interdisciplinariamente. Creo que hay como un error de concepto de lo que se piensa a veces de la interdisciplina. Esto que la mayoría de la gente piensa, que la interdisciplina es un poco diluir tu disciplina, con el otro, y en realidad es todo lo contrario. En realidad, es que vos tengas una disciplina lo suficientemente fuerte para sostener...

Claro, y una especificidad para poder compartir.

Claro. Para poder compartir y ampliar una mirada, no es más que eso. Me parece que es recontra posible. A mí me resulta muy fácil, pero me resulta muy fácil porque cuando vos estás 4 años formándote de esta manera... claramente lo terminás incorporando. Esteem, no me parece que sea imposible. Me parece que a veces falta la formación interdisciplinaria para saber de qué se trata. Se toca mucho de oído y entonces se supone que la interdisciplina... “y bueno no, entonces somos todos psicólogos” ¡No!, no somos todos psicólogos, no somos todos trabajadores sociales. No pasa por ahí. ¿Es posible? ¡Recontra sí! No solo que es posible, sino que es más fácil, si vos lo pensás así. Pero después, para los médicos hay una cuestión, que todavía es una cuestión legal, que para mí pone una barrera enorme, y es la responsabilidad legal.

Claro.

Entonces, la responsabilidad legal sigue siendo, siempre, del médico. Entonces, eso hace que todo esto que vos intentás pensar, que todas las profesiones tienen el mismo poder de decisión, y las miradas son igual de importantes, a nivel de jerarquía, coincido... pero sigue siendo más la responsabilidad de una de las

disciplinas que del resto. Entonces bueno, es muy complejo en ese marco. Porque bueno... es uno. Yo si a mí me vienen, suponte, y me dicen “no, este paciente me parece que mejor lo esperemos y qué se yo” Y... si yo tengo mi duda, va a primar mi criterio. ¿Me entendés? Pero te vuelvo a decir, no porque no entienda que no se pueda esperar a un paciente, a veces lo entiendo, que vos tenés una responsabilidad profesional, no digo que te juegue en contra, pero en algún punto te pone ciertas limitaciones a eso. Y decís, “bueno sí, esperemos, pero ¿cuánto esperamos al paciente?” “¿y cuánto en riesgo se pone mientras tanto?” “¿y cuánto lo vamos a dejar internado?” pero bueno, yo lo sostengo disciplinarmente, porque creo que tengo criterio suficiente como para... no es por quién tenga más responsabilidad o no, pero sí pienso que a veces es un obstáculo este tema de la responsabilidad. Pero se puede, sirve, suma, en general.

Y acá en el hospital, ¿hay ciertos servicios o ciertos médicos que estén dispuestos a trabajar también de esa manera?

Sí, sí, sí. Algunos no... algunos esto, pasa.... Hay una interconsulta que muy frecuente manda neurología que es la interconsulta... como les digo yo, del versus, entonces ellos te dicen “paciente con ACV versus una histeria” (ríe). Entonces muchas veces hay que ir y hablar de la posibilidad de esa coexistencia, porque no existe ese versus, que puede haber una histeria que haga un ACV, puede haber una histeria que tenga una epilepsia, porque si no, es como que “el paciente es tuyo o es mío” y eso es un trabajo interdisciplinario, es poder entender que vos podés ampliar tu espectro diagnóstico, que vos podés ampliar tu visión sobre su salud psíquica y su padecimiento orgánico y su... ¿me entendés? Pero bueno, se ve. ¿Es posible? Sí. Pero es el trabajo caso por caso, porque acá todavía siguen llegando interconsultas “versus” Y para mí la interconsulta versus es una interconsulta riesgosa, y no para mí, para el otro, sobre todo para los neurólogos que deciden dejar de estudiar a ese paciente. Porque lo primero que yo les planteo es: “no importa si fuera una histeria, vos tenés que descartar un ACV igual” y nos ha pasado en algunas situaciones... Hace poco pasó, una situación donde un paciente estaba como muy somnoliento, muy somnoliento, y decían que era la medicación, que no sé qué, y el paciente había tenido un ACV, y no lo estaban estudiando porque pensaban que esa personalidad... como que no quería, que ese negativismo era un negativismo psicológico o psíquico, y no, ¡había tenido un ACV!... tres días estuvieron sin meterlo en el tomógrafo. ¿Me entendés? En el resonador.

Claro

Entonces, eso no puede pasar. Eso necesita un trabajo interdisciplinario, porque la verdad... es probable que el otro pueda no entenderlo, esteem, pero no sé, creo que todos cuando llega un paciente al consultorio y

nos dice que tiene un ataque de pánico, lo primero que hacemos es mandarlo al cardiólogo y que vaya al clínico y se haga un control. A mí nadie que me diga que tiene taquicardia lo primero que pienso es que tiene es pánico, no. Gente joven con taquicardia, situaciones agudas, que no revierten y bueno, vamos al cardiólogo y nos quedamos tranquilos, y sino seguimos trabajando con lo otro, pero lo orgánico hay que... todo lo que yo pueda objetivar, primero lo objetivo, porque me parece que a veces funciona un poco como descarte alguna cuestión clínica, entonces bueno. Pero bueno, se trabaja, se puede.

Y sucede mucho esto, de cosas que coexisten, puede haber algo biológico, orgánico, y también alguna patología si se quiere más relacionada a lo psíquico.

Por supuesto. En la mayoría de los casos. Porque pensemos que vos tengas cualquier enfermedad orgánica. Todos somos sujetos sufrientes si se quiere, emocionales o atravesados. No todos tenemos patologías asociados a lo psíquico, digamos, pero sí tenemos respuestas emocionales a lo que nos sucede. Y a lo que nos sucede no en el cuerpo, a lo que nos sucede en la vida, en los vínculos, en lo que fuera. Y pensar que eso no pueda existir con una enfermedad clara orgánica es una estupidez, es falta de criterio digamos, directamente. No podés ni pensarlo, a mí no se me ocurriría pensarlo ni como médica, ni como psiquiatra, ni como persona, ni por el sentido común. (ríe)

¿Qué lugar crees que ocupa el diagnóstico acá en Salud Mental?

En salud mental, para mí es muy importante. Me niego a pensar que hay gente que no hace diagnóstico. Me parece que define desde donde te paras, cómo te paras, cómo actuás, y por supuesto, que puedas hacer un tratamiento adecuado. Desde psiquiatría no es lo mismo un trastorno de ansiedad, que un trastorno depresivo, que un trastorno bipolar, una psicosis, una esquizofrenia y lo que quieras. Desde psicología no es lo mismo una estructura psicótica que una estructura neurótica, no te parás desde el mismo lugar... y la mala praxis en psicología existe, digo. Es más difícil de objetivar, pero existe y hay mucha gente que no sabe desde dónde... desde dónde se para, con lo cual el diagnóstico es fundamental, porque es lo que define lo que vos le vas a poder ofrecer al paciente. Ni te lo pongo en discusión. Es de lo más importante que hay.

¿Y hay diferencia entre el diagnóstico en Salud Mental, en psiquiatría, en psicología, con un diagnóstico médico, en cuanto a los tiempos?

En cuanto a los tiempos puede ser, sí. En cuanto a los tiempos puede ser, porque vuelvo a decir, nosotros intentamos objetivar lo subjetivo, ¿no es cierto? Entonces eso lleva un tiempo, cuando no hay un signo en el cuerpo que nos marque... tal cosa. A veces es claro, pero pienso, por ejemplo, para nosotros un paciente

que es adicto a una sustancia, más allá del diagnóstico de estructura, mi diagnóstico va a ser un consumo problemático, entonces es un diagnóstico rápido. Una excitación psicomotriz, es algo que vos ves, ¿me explico? Síndrome confusional, es algo que vos ves inmediatamente. Ahora... una depresión, yo no hago un diagnóstico de estructura, pero entiendo las estructuras, digo. ¿Una depresión? Y lleva tiempo... lleva otro tiempo y creo que lleva mucho más tiempo en psicología, sobre todo si vos te parás desde el psicoanálisis y tenés que definir estructuras. Me parece que lleva otro tiempo. Pero ¿por qué? Porque el trabajo es este, vos tenés que intentar objetivar algo que es subjetivo... entonces queda bajo tu interpretación, que vos estas atravesada por tu cultura, por tu educación, por tu formación, por un montón de cosas, más todo lo que está atravesado el paciente, que si yo te digo... no sé, pensemos en que... ¿matar a alguien está mal? Sí, ¡acá! Pero si vos matás a alguien que robó en Pakistán, es lo que se hace, es lo que corresponde. Entonces cada cosa, cada práctica está atravesada por la cultura, por lo cual lo que está bien acá no está bien en otro lado, imagínate que ... esto como lo más grosero de tener que pensar que todos estamos atravesados por lo que vivimos para llegar acá, me parece que estas cosas no se dejan de tener en cuenta. En psicología es mucho más difícil, en psiquiatría es un poco más fácil. Si nos paramos desde el modelo médico, yo no hago psicoanálisis, si bien podría no es lo que elijo hacer, a mí me gusta la psiquiatría biológica, y entonces me paro un poco desde ese lugar, y entonces es bastante más fácil. Pero en psicología es mucho más complejo, mucho más complejo, lleva otro tiempo... necesario. Absolutamente necesario, pero lleva otro tiempo.

Y a la raíz de esto que me decías, lo que a uno lo atraviesa o las cosas que uno trae, y volviendo un poco al principio, que es un poco la idea de mi trabajo... ¿Crees que estas concepciones que cada uno tiene dan lugar a distintas estrategias de abordaje o distintas prácticas profesionales?

Yo creo que sí, yo creo que sí. Yo creo que en algún punto vamos a algo más integrativo. Qué decirte, no sé, pero es necesario. Es necesario. Es un cambio de paradigma digamos, pero en general el paradigma nuevo no es que borra todo lo anterior, suma. Hay que poder pensar qué nos sirve de cada modelo como para decir "bueno, ¿qué puedo hacer con todo esto?" Tampoco creo que lo tenga que hacer una sola disciplina, pero sí entiendo que vamos a algo más integrativo, con lo cual sí, sí, por supuesto. Deberíamos ir si no estamos yendo, para mí estamos yendo (ríe), pero si no estuviéramos yendo deberíamos ir.

Hoy por hoy son paradigmas que coexisten, y que... bueno, se van tomando nuevas prácticas, nuevas estrategias, nuevos modos de abordaje...

Sí, hay un texto que es re lindo, es un texto irónico, que es un comentario de otro texto en realidad, que... habla de incluir a la felicidad como una enfermedad, dentro del DSM. Entonces hace todo un texto irónico donde va hablando de todas las características de la felicidad, y si vos ves cómo se han hecho los manuales diagnósticos, va explicando de alguna manera por qué la felicidad podría encajar como un diagnóstico. ¡Está genial! Genial, porque aparte es irónico. Pero en realidad, ¿qué es lo que busca el tipo? Provocar. ¿Provocar qué? Y bueno, si nosotros hacemos de todo una clasificación nos perdemos lo subjetivo digamos, si nosotros intentamos objetivar todo... y nos perdemos un montón de cosas. Entonces la felicidad podría ser considerada un diagnostico psiquiátrico. Es divino el texto.

Como una crítica digamos.

En realidad, lo que intenta es esto, es movilizar, decir bueno, ¿desde dónde se para la psiquiatría, en todo caso, es bien disciplinar, pero bueno, desde dónde se para la psiquiatría, sobre todo la psiquiatría más tradicional y clásica, para decir que tal o cual tiene un diagnóstico de tal y cual cosa. Yo puedo coincidir con alguna parte o no, por supuesto me parece que hay argumentos que son débiles, digamos. Pero en realidad lo que hace es una visión irónica de esto, entonces no me parece que sea... que necesite más argumento que eso, porque es una ironía. Esteem, pero en algún punto es eso digamos, si uno no se pone a cuestionar bajo el paradigma en el que está, es muy posible que uno no haga un cambio. El modelo médico nos da más respuestas que otros paradigmas, es cierto. Pero nosotros sabemos que nosotros, hoy, el día de mañana que me digan vos sabes que una esquizofrenia... que ya se está viendo, no es que eso no coexiste. Digamos, que un psicólogo deje por fuera lo biológico, o que un psiquiatra deje por fuera lo psicológico, para mí es un error gravísimo. O esos psiquiatras que hacen psiquiatría y psicología, ni sé desde dónde, pero hay, hay. Y a mí me parece que no. Yo hago interdisciplina, y a mí me parece que es importante que haya disciplinas fuertes dentro de la interdisciplina.

Tal cual.

Pero bueno, veremos qué pasa. Yo no sé si lo voy a ver, pero bueno, el mundo creo que sí... si el mundo sigue existiendo... (ríe). Si sigue existiendo alguna vez lo vamos a ver.

Bueno, y ya que me mencionabas un poco el lugar del sujeto, ¿qué lugar crees que tiene o que se le posibilita acá en el hospital?

¿Al paciente?

Al paciente, sí, yo dije sujeto y no lo....

No, no, porque yo le llamo sujeto también al que atiende. Es más, para mí el sujeto que atiende... es lo que te dije recién digamos, si uno está atravesado por la cultura, por lo que vive y por todo, yo no dejo de ser sujeto por eso, pero sí es cierto que el lugar del sujeto paciente es un lugar de sujeto-objeto. Es un lugar que oscila, acá en el hospital, ¿eh? Se objetiva, ese objeto, para poder llegar a un diagnóstico, para... no tanto en salud mental, pero sí en general. La práctica de psiquiatría en el hospital general está muy asociada a lo orgánico: paciente que tiene insomnio, paciente que tiene una excitación psicomotriz, paciente que tiene un síndrome confusional, paciente que tiene una abstinencia... entonces ahí objetivas, vos necesitás objetivar. Lo que no quiere decir que el sujeto desaparezca. Vos empezás a hablar del consumo de un paciente, cuando el paciente empieza a estar mejor, y ¿qué haces? Historizás. Y "bueno, ¿desde cuándo consumís?", "¿Y por qué consumís?", "¿y qué te llevó a consumir?", "¿alguna vez dejaste de consumir?", "¿qué pasó en ese momento?" No sé, a mí me pasa de gente que es muy depresiva y te dice "yo soy depresiva en la vida pa, pa, pa" y bueno, "¿Cuál es último recuerdo feliz que vos tenés? Ahí aparece el sujeto en todo su esplendor, lo llevás a una cuestión, a un momento, a un revivir de su propia vida digo, son estrategias de la entrevista. En mí punto de vista es que el sujeto está siempre. ¿Es sujeto-objeto a veces? Sí. Porque yo necesito hacer una intervención muchas veces farmacológica que necesita que yo objeive. Pero no suelo incluso hacerla sin entender que es un sujeto y si el paciente está en condiciones le explico, le digo: "mirá, la verdad es que estás muy ansioso y venís sin dormir, entonces vamos a tratar de que duermas, y eso seguro va a hacer que baje la ansiedad, y eso después hace que mejore el ánimo" digo, yo no tengo adelante a alguien que voy y le escribo lo que hago y ni se entera. ¡No! Para mí es sujeto todo el tiempo y me puede decir "yo probé tal" "¿vos tomaste alguna vez medicación psiquiátrica?" "y bueno, por ahí vas a sentir esto y lo otro" y hacer consideraciones que tengan que ver con, bueno, estoy haciendo algo sobre tu cuerpo, pero no lo estoy haciendo sin que vos lo sepas, sin tu consentimiento. Entonces hay cierta objetividad, pero bueno, atravesada por el sujeto necesariamente. Yo por lo menos trabajo así, pero es muy personal.

Sí, y se nota por ahí en tu forma hasta de hablar, que tenés presente todo el tiempo el sujeto.

Sí, sí.

Pero por ahí en otros médicos tal vez no se ve tanto. Y volvemos a esto que me decías, ¿no? Por un lado, la necesidad que tiene el médico de objetivar para poder llegar a un diagnóstico, para poder hacer un tratamiento certero digamos, pero bueno, sin olvidar que se está trabajando con un sujeto.

Sí. Mirá, nosotros lo hemos hablado bastante con los Residentes de cirugía, porque para ellos mucho tiene que ver con la efectividad. “somos los más efectivos porque hacemos, pedimos” y hacen un pase de sala a pie de cama, que se hace históricamente, que es tremendo, al paciente ni se lo mira.

¿Cuándo se ponen todos alrededor de la cama?

Sí, sí. Y hablan mirando al jefe. No incorporan a... “ella es Martita ...” ¡No! “Paciente cama 5, mujer, femenina, 29” qué se yo (ríe). Se siguen haciendo todas esas cosas. Y por ahí nos ha pasado de estar hablando con ... “¿y ustedes saben que tiene dos hijos, que no ve hace dos meses y que tienen 2 y 3 años, y que además se está por morir y que además...?”. Entonces, en general, ellos lo que registran, y porque lo dicen, es... primero que tienen algunos prejuicios: paciente hospitalario masculino, que viene con una herida de arma de fuego o herida de arma blanca, lo que fuera, pensás que es un delincuente, no te parece que vale tanto la vida. Hay una cuestión cultural. Ahora si vos ves un paciente que está también en cirugía y que es un paciente que tiene cáncer y se puede morir bla bla, ahí los convoca otra cosa. Entonces a mí me parece que depende de quién trate, pero también depende de lo que traten, hay cosas que te conmueven más. Y yo he escuchado discursos donde dicen “yo que pasé mi papá con cáncer” ... Pero vos tuviste que vivirlo. No es empatía. La empatía es otra cosa. A vos te parece que, porque vos lo viviste, vos lo entendés. Bueno, la idea sería que no tengas que vivir toda situación terrible para entenderlo.

No, y aparte muchas veces, aunque lo hayas vivido, la situación no es la misma para el otro.

Es distinta, ¡por supuesto! Por supuesto. Pero ¿viste?, qué se yo, pero es un poco así. Entonces se objetiva también en función... el sujeto no aparece excepto que el otro se vea interpelado en sí mismo. Sobre todo, en cirugía que viste... yo pienso, las especialidades quirúrgicas en medicina son como las más tradicionales. Entonces... en otras especialidades ves otros criterios, en un clínico inclusive ves otros criterios, esto con el covid se vio mucho, porque se murió mucha gente, había familias que habían perdido... nosotros hemos atendido 3 hermanas, se murieron las 3, esa familia quedó... fragmentadísima, y te interpela un montón de por sí, más allá de tu propia familia ¿eh?, la pérdida de la estructura familiar... bueno, me parece que ahí hubo otros movimientos. Que no cambió nada (ríe), pero que pasó. Y en ese momento, quizás parece una foto, a mí no me pasó por el costado, pero... pero bueno. Es tan subjetivo como lo que le pasa a cada uno, digamos, no hay una regla para eso. No hay una regla.

Me habían comentado que con la pandemia se abrió, desde el Equipo de Salud Mental, un espacio para profesionales que estaban atendiendo pacientes con covid

Sí, mucha angustia hubo, mucha angustia. Pero después se les pasó. Mirá yo no me olvido más del día que vimos, que habían puesto acá en el pasillo del ingreso por Lisandro, una cámara frigorífica, por si no entraban los muertos en la morgue.

Ay sí, me acuerdo que salió la noticia.

Un miércoles era, me acuerdo. Todo el mundo estaba impactado. Y te lo digo y se me pone la piel de gallina, porque parecía tremendo.

Me acuerdo haber visto la noticia, para afuera del hospital generó también una sensación...

Sí, sí. Yo tengo un hijo... nada que ver, pero yo tengo un hijo que ama los trenes, y para él... un día que me acompañó al hospital en esta situación (ríe), me acompañó un día a buscar una cosa que me había olvidado y me dice "mirá mamá, un vagón del tren" (ríe). Viste que bueno, hay gente, que según lo que vos veas... Me parece que eso fue súper significativo, nos conmovimos todo el mundo y fue como general acá adentro. "¿Qué estamos viviendo?" ... pero pasa el tiempo y como todo, aparece lo defensivo de nuevo y bueno, la cosa vuelve a funcionar. No sé qué huella dejará más a largo plazo. Acá alteró mucho la formación también, porque bueno, todo era covid, quien hacía quirúrgica no tenía qué operar, atendía covid. Entonces también los primeros dos años de formación de esos chicos son complejos, porque se vienen a formar en su disciplina, vienen a estudiar, a aprender, y no tenés tu objeto de estudio si se quiere, fue complejo, es complejo, hay que ver qué pasa después. Estaban muy enojados en ese tiempo, muy enojados.

Te hago una última pregunta, ¿qué lugar crees que ocupa la medicación?

La medicación es una estrategia de tratamiento, una herramienta de tratamiento, como muchas otras...

No la única, ni la primera.

No, no. Es una más. ¿Sirve? Muchísimo, muchísimo. Sí, claro que sirve muchísimo. Pero es una única estrategia, para algo que tiene un montón de.... O sea, volvemos con lo mismo, si pensamos en el diagnóstico, si pensamos en qué causa tal o cual padecimiento, y podemos pensar que no puede ser la única herramienta, porque en general, el concepto de etiología o etiopatogenia nada está causado por una única causa. Entonces si vos pensás que uno está atravesado por el sufrimiento psíquico, por un montón de cosas, por la historia, por lo social, por lo vincular, por lo educativo, por todo lo que uno está atravesado, y nos quedamos medio cortos con la medicación, pero es muy importante, sí, sí, y no digo que no se pueda... Para mí el ejemplo más claro es el paciente que está teniendo alguna cuestión bien clínica, una abstinencia,

¿dónde puede intervenir ahí un psicólogo, por ejemplo? Es complejo, porque vos tenés un panorama, o sea vos tenés una clínica tomada por una sustancia. Eso tiene que desaparecer para...

No hay posibilidad de trabajar tal vez en esas condiciones.

Claro. Otras cuestiones se pueden trabajar desde otro lugar, que permiten otro tiempo, y no necesitás medicación. Pero a mí me pasa hasta en el consultorio, que llegan pacientes y te dicen "no, porque yo vengo" ... "y la verdad que no necesitás medicación, necesitas empezar terapia". Después también hay algo que es cierto, la medicación tiene un costo en varios sentidos, tiene un costo económico, tiene un impacto... ya cada vez menos, pero tiene un impacto en la salud también, puede tener sus efectos adversos, sus cuestiones. Entonces tampoco es inocuo. Con lo cual es una herramienta que tiene que ser utilizada con todos los recaudos que se utilizan los fármacos en general, ni siquiera te digo los psicofármacos, los fármacos en general. Entonces, ¿es una herramienta? Sí, ¿sirve? Sí, ¿hay que usarla? Claro, cuando hay que usarla hay que usarla. Tiene sus indicaciones precisas, pero no sirve para todo y no es lo único que sirve. Entonces bueno, eso. Pero soy psiquiatra, te voy a decir que sí, obvio que sirve. Yo soy psiquiatra y me encanta la biología, con lo cual claro que sirve la medicación. Es súper importante.

Bueno, pero es muy importante esto que me decías también hoy, de poder preguntarle al paciente, historizar, abrir a un montón de otras cuestiones y que no sea solamente una receta.

No, no... no. Hay quien lo hace ¿no? Y también les funciona, yo conozco. Pero mis entrevistas en consultorio son de 45 minutos, si solo quisiera prescribir las doy de 15, ¿me entendés? Porque es suficiente. "¿Qué sentís?" "Ta ta ta ta", "listo, te doy esto". Es más fácil de hacer, fácil, rápido para hacer, pero bueno. Yo soy muy de... yo soy hincha bolas, yo propongo "bueno, vamos a hacer un tratamiento, vamos a ver si es a corto plazo, mediano plazo, pero para eso tenés que trabajar un montón, y bueno, empezar psicoterapia" algunos quieren otros no quieren, qué se yo, viste que también depende del paciente. Yo escucho, yo tengo pacientes que no quieren tomar nada de medicación, y que les digo "mirá, si hacemos un contrato, es este, mi encuadre es este, vos tenés que tomar medicación, venir a charlar conmigo no, porque yo no sé hacer terapia"

Claro.

Y después tengo pacientes que no quieren ir a terapia y que si fuera por ellos tomarían medicación toda la vida "no, yo no tengo ganas de ir a hablar", "no voy a ir nunca, no lo voy a hacer" (ríe). Es su personalidad, por ahí yo no entro en discusión. Están mejor con la medicación y no quieren hacer nada, y bueno, qué se

yo, son decisiones también, ahí está el sujeto también (ríe). Pero yo soy re hincha bolas. De decir, "bueno, pensemos", y por ahí decimos "¿y si ya dejamos la medicación?" "y sí, pero vos no venís trabajando como habíamos acordado, yo te puedo sacar la medicación, pero me parece que todavía no estás en condiciones, lo vamos viendo" Yo he dado un montón de altas, no tengo pacientes históricos... no, en general mis pacientes circulan, sacando algún psicótico qué se yo ... pero en general circulan, yo no tengo siempre los mismos pacientes, tengo un montón de pacientes.

Ayer justo me escribió una paciente y me decía "Hola, tanto tiempo, qué se yo..." yo la atendí muchos años, una chica con una depresión. Y me dice "¿vos seguís atendiendo?, yo le quería pasar tu teléfono a" "sí, sí, yo sigo atendiendo, ¿cómo andas?" y me dice "yo bien, por suerte bien, estoy yendo a terapia y a veces le digo que necesitaría medicación, y la psicóloga me dice "no no no" y es que vos me ayudaste tanto que yo sé que si tengo que volver igual voy a volver" (ríe). Y hace como 4 años que no la atiendo más. Y bueno, sí, la idea es esta... que los pacientes adquieran herramientas, y que entiendan que todo lo que tienen que afrontar es pasible de solución, con lo cual la solución está en ellos, no en mí, ni en una medicación. ¿es una herramienta? Sí, hay pacientes que no aprenden nunca a controlar su ansiedad, y la verdad es que la pasan pésimo, y ¿podés estar mejor? Sí, y para vos, cuando te recibas y seas psicóloga fijate, cuando un paciente esté sufriendo... y bueno pará, sentite un poco mejor y después... porque a veces se piensa que vos tenés que trabajar con el síntoma así florido... no sé, no sé. Si no deja de impactar en tu historia porque se sienta mejor lo que le pasó, en su vida, en su cotidianidad. Está más atenuado y quizás hasta toma otra perspectiva, o puede ver algo más qué se yo. Yo para mí es una herramienta. Y por suerte todos los psicólogos con los cuales trabajo lo ven de la misma manera, entonces les digo "te mando porque" ... Pero sí, yo sola prácticamente no tengo pacientes, yo trabajo la mayoría en equipos.

¿Y uno va construyendo como una red también, con colegas, como para poder referenciarlos a un lugar o a otro?

Y sí, uno después empieza a ver... a mí me gusta trabajar de determinada manera y trabajo con gente que trabaja como yo. No colegas, pero psicólogos. A mí me cuesta un montón derivar a psiquiatras, cuando no tengo turno y me dicen "¿y no me recomendás?" y no recomiendo. Recomendando a uno o dos, pero no recomiendo a nadie, porque... por ahí no estoy de acuerdo con el modo, porque me parece que qué se yo, es difícil, me cuesta mucho. Prefiero recomendar psicólogos que colegas.

Claro.

Porque me ha pasado que he recomendado y les ha ido mal, y bueno. Como no todos se sentirán bien conmigo ¿viste? Tampoco es que

Sí, sí, tal cual. Pero bueno, por ahí está bueno cuando uno encuentra con quién trabajar y aunar criterios.

Sí. Yo ya sé con quién, por ejemplo. Hace muchos años que hago consultorio y ya... ya sé con quién. Necesito tal cosa... Es más, acá mismo le digo a los chicos, el otro día, no sé de qué estábamos hablando, "tengo una paciente así y asá, pero me la tendría que tomar alguno de ustedes dos que son más directivos, ustedes dos que son psicoanalistas más..." y se ríen. Pero sí, vos sabés quién tiene determinada impronta para el paciente que vos estás tratando y a mí me gusta conocer a mis pacientes, entonces también me gusta ofrecerles cosas que yo sé que ellos se van a enganchar. Son modos de pensar, que no tienen que ver con que hagan bien el diagnostico o no, porque yo creo que todos los psicólogos con los que yo trabajo... yo hay una psicóloga con la que trabajo que hace gestáltica, es lo más, ¡pero fuma en el consultorio! Y le digo "vos no tenés que fumar en el consultorio, yo te mando pacientes que andarían re bien con vos, pero le prendes un pucho en el medio de la consulta, no da" (ríe). ¡Y labura re bien! pero yo ya sé que hay pacientes a los que no les gusta y no los puedo derivar porque me matan si les digo. Y a otros les aviso "mirá que fuma, decile que fume afuera, echala que ella se va a ir afuera, no hay problema" pero bueno.

Bueno, estas fueron mis preguntas, no sé si hay algo que quieras agregar.

No, no, ya hablé un montón, yo hablo un montón (ríe)

Bueno, muchas gracias.

ENTREVISTA A PSICÓLOGA VI

Fecha: 27/04/2022 y 28/04/2022

Duración: 43 min.

¿Cuál es tu profesión?

Soy psicóloga.

¿Hace cuánto tiempo trabajas en el Servicio de Salud Mental de este hospital?

Estoy desde octubre del año pasado, ahora va a hacer, bueno, en octubre va a hacer un año.

Bien. ¿Estas cumpliendo determinadas horas acá o por Residencia o Concurrencia?

Soy concurrente, y sí, tenemos que cumplir un mínimo de 15 horas semanales, así que vengo casi todos los días, menos los viernes.

¿Me podrías decir cómo definirías a la Salud y la Enfermedad?

¿A la salud y enfermedad separados o cómo...?

Puede ser juntos, como vos quieras.

Sí, para mí es como muy amplio digamos, por ahí... estando en este ámbito se mezclan mucho las concepciones. Sí lo pienso como un término... salud, tanto enfermedad como salud, como un término complejo que abarca muchas cosas digamos. Desde el ámbito hospitalario, si me tengo que situar acá, por ahí eem... veo que hacen mucho hincapié en lo orgánico, pero a mí me parece que la salud va más allá de lo orgánico digamos, porque es algo que abarca muchos factores o aspectos: mental, social, el autocuidado, en ese sentido lo pienso. Por ahí yo también me tiro mucho a pensar a la salud en el sentido de salud mental digamos, que por ahí lo pienso en ese sentido. Pero después cuando fui trabajando y fui un poco más adentrándome en la profesión inevitablemente toca todo, porque por ahí estás pensando en un paciente y hablamos de lo que no se puede cuidar, y quizás no se puede cuidar con su salud física y eso también es parte de la salud digamos, o estás trabajando y estás viendo que hay signos físicos digamos, que vos no conoces, porque no es tu ámbito, pero que te llaman la atención y que el paciente no... no presta atención y

se aleja o no se acerca a estos signos, entonces por ahí lo pienso mucho desde el cuidado, del autocuidado sobretodo. Porque me parece que también la salud va con el tema de poder agenciarse de su propia salud, ser más activo.

¿Pensarías entonces, si es que entendí bien, el cuidado como parte de la salud también?

Sí. Sí, sí, tal cual. Más allá de... digamos, porque me fui por las ramas, pero...

No, pero está perfecto.

Sí, porque a lo mejor por ahí, pensar en una definición que ya está, como por ejemplo la definición de la ley de salud mental, qué propone como la definición de salud mental, o pensar desde la OMS, me parece que son definiciones que ya están y lo pensaba más en relación a la experiencia que fui teniendo digamos.

Sí, es que tiene que ver con eso, con cómo entendés vos la Salud y la Enfermedad, y también te iba a preguntar por la Salud Mental, que más o menos me dijiste.

Sí, bueno yo creo que la salud mental, que más allá de esto de la ley o lo que se proponga formalmente, pienso mucho yo en la clínica, sobretodo en la clínica privada, la importancia de... esto de ocupar un lugar en la salud, que no siempre pase por el médico, por el psicólogo, sino que el paciente o la persona que está trabajando sobre su salud pueda hacer algo con aquello que le pasa, digamos, que no quede depositado en un otro. Porque si no esto es un circuito que se repite y es algo que... yo creo, sobre todo pensando desde el psicoanálisis, que la posibilidad de devolverle un saber al paciente que es sobre su salud y sobre cómo funciona, porque es parte de su salud, porque a lo mejor funcionar de una determinada manera hace que... que se ponga frente a condiciones que dañan a su salud, que afectan negativamente a su salud, y bueno tiene que ver también a veces con el modo de funcionamiento del paciente, y que bueno, que en definitiva, el psicoanálisis sobre todo para mí, le devuelve ese saber sobre cómo funciona y a la vez poder hacer algo con eso. Me parece que eso es muy importante, sobre todo para que no quede digamos, depositado en un lugar y listo, que no pasa nada digamos.

Claro, que no quede en lugar de objeto, hablando un poco del ámbito hospitalario, en ese lugar de sujeto - objeto.

Exacto. Que bueno, esto me parece que acá se ve mucho. El lugar que ocupa el paciente dentro del ámbito hospitalario es... está muy... es un objeto digamos. Es lo que sobre todo noto... quizás, porque también lo hemos hablado, por el distanciamiento que por ahí los médicos tienen que tener, pero yo creo que también

hay otras condiciones que son importantes, que no es necesario que vos las pierdas todo el tiempo, como la humanidad digamos. Mantener ese punto de vista más humano, sea que seas psicólogo, psicoanalista, médico, médico cirujano que generalmente los ponen a los cirujanos como aquellos que tienen que estar más distanciados. Pero a mí me pasó, qué se yo, de ver cuando uno está haciendo una interconsulta, y al lado a lo mejor están viendo un paciente... lo destapan, lo... es como manosear mucho el cuerpo del otro. Eso me llama la atención, porque bueno, a lo mejor a la hora de operar, por ejemplo, necesitás ese distanciamiento, pero creo que hay momentos también para plantear el distanciamiento y el acercamiento.

Claro, que no quita que uno vaya y diga, por ejemplo: “discúlpame, te voy a levantar la frazada, para hacer tal intervención”

Claro. Exacto. Saber que hay un otro ahí, que no está un cuerpo acostado solamente. Que tiene que ver con la ética también esto me parece.

Sí, y con un discurso médico si se quiere, predominante en el hospital. ¿Eso se ve mucho?

Sí, sí. Tal cual, sí. El lugar que ocupamos sobre todo es el discurso médico, el modelo médico hegemónico. Y el lugar que ocupamos nosotros está muy corrido digamos. Yo creo que el lugar en el que estamos ubicados físicamente habla mucho, estructuralmente, mejor dicho. Y que a veces los médicos no tienen en cuenta estas cuestiones más... que tienen que ver con la salud integral del paciente en realidad. Y por ahí quedar posicionado desde ese lugar al médico tampoco le permite acercarse de otra manera que no sea desde ese lugar. Y a lo mejor el paciente, o caso a caso digamos, necesita ese otro acercamiento. Me pasó, por ejemplo, una paciente que quizás uno acá en el hospital no hace un trabajo... prolongado, pero a lo mejor algunas intervenciones son importantes para la salud del paciente. Me pasó que vi una paciente una vez, que ella se quería dar de alta voluntaria, se quería ir, se quería ir, pero ella necesitaba sí o sí recibir el tratamiento médico, los médicos ya no sabían cómo hacer, y bueno. Me quedó grabado ese caso porque después yo me quedé pensando, porque por ahí uno se queda imaginando que las intervenciones de un psicólogo dentro del ámbito hospitalario... es más... qué se yo, se te asocia mucho con lo que hacés afuera por ahí, pero a veces son pequeñas intervenciones que necesita el paciente, acercando... que la consulta sirva para acercar al equipo médico con el paciente, que trabajemos de forma integral. Y esta paciente, tuvimos una sola entrevista, donde pensamos por qué ella se quería ir, y empezamos a pensar esto del cuidado que ella necesitaba ahora y que a lo mejor después se podía ir, y ella accedió digamos. O sea, me parece que acercarse de otra manera es muy importante, más allá de mantener al otro como un objeto para ser estudiado, digamos.

Tal cual. Bueno, en relación a eso te quiero preguntar, ¿cuál crees que es la función del Servicio o del Equipo de Salud Mental dentro del hospital?

Bueno, desde lo poco que fui viendo y conociendo digamos, una de las funciones importantes es el trabajo de la interconsulta, y quizás trabajar sobre elementos que se juegan en el vínculo del médico-paciente que ellos no lo ven. Porque a diferencia quizás de ellos, nosotros trabajamos con estos conceptos que rodean a los vínculos, que son la transferencia, la contra transferencia, que a lo mejor todo el... en realidad todo el tiempo, porque la transferencia es algo que está todo el tiempo en todos los vínculos, pero el psicoanálisis la muestra, permite pensar sobre eso, y quizás... esa me parece que es una de las intervenciones más importantes en este caso. Sobre todo, por... por cómo está instalado el modelo médico y que a veces es necesario poder incluir otra cosa digamos. A veces no, a veces no con todos los médicos pasa lo mismo, a lo mejor están más predispuestos o se acercan de otra manera al paciente y hay un buen vínculo. Pero creo que poder acercar al médico al paciente de otra manera puede ser una de las funciones importantes que cumple el equipo acá. Y bueno, lo que me han contado también es que ellos han hecho trabajos con los profesionales mismos...

Sí, me comentaron, durante la pandemia, sobre todo.

Claro. Bueno, eso yo no lo vi, no tuve la oportunidad de trabajarlo ni nada, pero me parece importante también poder darles ese espacio a los profesionales. A veces bueno, me imagino en la pandemia, el cansancio... mental que habrán sufrido por todo ese contexto nuevo en realidad. Era difícil de entender de un día para el otro. Creo que hasta hoy todavía seguimos sin entender, sin entender bien lo que pasa y lo que pasó. Y lo pienso en el hecho del barbijo, que no saber si sacarte, si ponértelo...

Sí, tal cual.

Sigue todavía.

Ya que mencionaste lo del modelo médico, ¿cómo lo entendés o qué características crees que son más visibles acá en el hospital? Me decías, por ejemplo, lo de objetivar al paciente...

Sí... y sobre todo la fragmentación del paciente veo mucho. Al estar estructurado de esta manera, la sobre especialización de cosas, que a veces es necesario, pero a veces es como que c Porque lo que tiene la sobre especialización para mí es que se distancian mucho y a veces se juegan muchas cosas en el intercambio entre disciplinas, entre la interdisciplina, por ejemplo, que a veces no se da eso, porque el lugar que cada

uno puede llegar a ocupar desde esas disciplinas en particular... y qué intercambios pueden hacer, porque se juegan para mí muchas cosas. Y hay mucha resistencia al intercambio.

Eso te quería preguntar, ¿se trabaja dentro del equipo de manera interdisciplinaria? y con los demás profesionales... ¿hay posibilidad de trabajo interdisciplinario?

Sí, yo... lo que a mí me llama la atención del hospital es que no hay trabajadora social o trabajador social acá dentro del equipo, digamos acá somos psicólogos y psiquiatras, y me parece que un trabajador social dentro del equipo, o por lo menos, que me parece que esto también habla de la sobre especialización, cómo está todo dividido en los servicios, que los trabajadores estén en otro lugar, digamos, que no estén acá con nosotros, que abordamos toda esa cuestión, y que hace a la interdisciplina sobre todo también por lo que propone la ley.

Tal cual

Pero lo que es el equipo, los psicólogos y psiquiatras que estamos trabajando acá, yo creo que sí. A mí particularmente me tocó trabajar con la psiquiatra, y la verdad que se puede trabajar muy bien interdisciplinariamente porque conversamos, pensamos sobre pacientes. Por ahí algunas situaciones en particular que tienen que ver con el paciente, con lo que le pasa con alguien del servicio, una enfermera o algo, y bueno lo pensás en conjunto digamos, es un intercambio de ida y vuelta. Ya con el exterior al equipo... y a mí me ha costado mucho digamos, porque me ha tocado recibir interconsultas que a lo mejor te mandan... lo que ellos le llaman por ahí... los versus, es decir, problemas... síndromes conversivos le dicen ellos, o que tenga una raíz orgánica. Entonces hay lugares....

(Se interrumpe la entrevista por un llamado de la coordinadora, que pide que por favor atienda un pedido de la guardia para una valoración de salud mental).

Continúa la entrevista el día 28/04/2022

Bueno, habíamos estado hablando un poco sobre la concepción de Salud, de Enfermedad, de Salud Mental. También hablamos, que creo que esto había sido lo último, sobre la posibilidad que hay de trabajo interdisciplinario, vos me habías comentado que te sorprendía el hecho de que no haya, por ejemplo, un trabajador social dentro del Equipo de Salud Mental.

Sí, sí. Y creo que también habíamos hablado del tema de... bueno, del trabajo con los psiquiatras, que bueno, particularmente con uno de ellos yo puedo trabajar. Sí también me pasó que por ahí la interdisciplina es difícil, es muy difícil. Porque hay criterios que se chocan, para mí tiene que ver la posición que por ahí uno ocupa, de intercambiar con otros profesionales, qué se pone en juego en cada uno, que a veces no permite el intercambio, quizás, no sé... en el poco tiempo que estoy acá me pasó más que nada con los médicos, que tienen otra posición.

Claro, ¿no hay apertura digamos a un intercambio?

Claro, sí, sí. O te piden, pero en realidad digamos, no pueden escuchar. Esas cosas las percibí. Pienso que es muy difícil la interdisciplina, porque más allá de los saberes se ponen en juego otras cuestiones de cada uno, y lo importante es poder mantenernos en nuestro campo disciplinario, y desde ahí intercambiar, reconocer sobre todo las propias limitaciones que tenemos para abordar algunas cuestiones, porque eso también nos ayuda a estar más abiertos al aporte del saber del otro. Creo que es muy importante eso.

Claro. ¿Y eso desde los médicos no ves que sean tan así? ¿Predomina mucho todavía ese saber en el médico? Ese discurso que parece ser más válido si es del médico.

Sí, yo creo que sí. No sé cómo será en los otros hospitales, pero en este particularmente, veo mucho eso, es como el único saber y el que lo podría todo pareciera, muy omnipotente. Lo cual hace que eso esté muy idealizado y que otra cosa no pueda ingresar, otro saber. Y que bueno, que no nos... que a veces no puedan escuchar. Porque a veces llegan las interconsultas, te piden que valores a algún paciente por tal cosa, y vos hacés una entrevista y reconocés que a veces en una entrevista no podés llegar a mucho, por el trabajo que... que nosotros hacemos, pero le das una devolución y es como que esa devolución que vos le das queda como en el aire, bueno la toman, pero si eso se contrapone a veces a su visión o lo que ellos pueden evaluar... ha pasado con un paciente, no sé si ya te han comentado, pero pacientes que por ahí ellos sostienen, sobretodo me refiero cuando plantean la... cómo se mezcla lo somático con lo psíquico, y cómo a veces...

¿Los versus?

Los versus, sí. Y cómo a veces eso queda plegado y no se tiene en consideración. Porque aparte, nosotros por un lado tenemos que tener en cuenta lo somático, cuál es la base biológica, lo primero que para mí se debe descartar es eso, y después ver en función de eso. Pero hay pacientes, no me pasó a mí, pero escuché que... que por ahí se van sin la evaluación y capaz que tenía algo realmente importante, tiene un ACV, o tiene otro tipo de síntoma que tenía que ver con una... con algo orgánico. Yo creo que a veces depositar

todo en el otro, porque ellos nos encuentran algo, porque no pueden ver en el estudio que hacen, lleva a cometer ese error. Que aparte para mí, esos pacientes en los que ellos no pueden encontrar nada orgánico, empiezan a ser molestos, porque se contraponen a la idea... bueno, no vas con lo que yo estoy observando y... pero ¿por qué no seguir? Indagando, investigando.

Claro, ¿y ahí es donde aparece ese pedido del versus porque “no le encuentro nada, entonces tiene algo de Salud Mental”?

Claro. Claro. Y pensar también de que, porque hacés una entrevista lo solucionás todo, y no es así. Entonces vos después volvéis a ver al paciente y el paciente no está más, está dado de alta, entonces... me preguntaba mucho esto también, con otros pacientes, no solamente los versus, ¿cuál era la finalidad de la interconsulta? Porque si... ahí es cuando no se ve el trabajo interdisciplinario.

Queda en un mero pedido, una formalidad.

Exacto. Queda en un pedido, como que vos podrías solucionar algo que acá por lo menos no se va a hacer, porque el paciente trae una historia, y trae quizás... no solamente en esta situación en particular, quizás debe ser algo que viene funcionando desde hace mucho tiempo y necesita de otro abordaje, de un tratamiento, o de psicoterapia, o psiquiátrico, lo que sea. Y por ahí queda esa idea, pero también queda la idea para mí porque ellos se manejan de esa manera: paciente que no presenta nada, que ya es tratado, a su casa. Entonces la idea es descartar camas, y no me parece así...

Sí, tal cual. Bueno, ya me comentaste algo, y lo hablamos, pero no sé si me querés decir un poco cuáles son las prácticas que realizan ustedes, intervienen a partir del pedido de interconsulta, no hay consultorio externo en este momento, salvo algún caso particular, según me dijeron...

Sí, hacemos bueno, trabajamos con las interconsultas, y trabajamos en el Servicio de Guardia, que atendemos más que nada lo que son las crisis subjetivas, atendemos la urgencia porque, seguro te habrán explicado también, pero como es un hospital de tercer nivel, se atiende... no atiende la cronicidad sino lo agudo y sí, generalmente en la guardia y por ahí para poder hacer la referencia al centro de salud, que... generalmente en el centro de salud por sí solo no consigue rápidamente porque no hay turno, entonces si vos ves... particularmente ayer me pasó que este paciente, un paciente de la guardia, él me manifestaba que no conseguía turno y bueno, a lo mejor uno puede facilitar, que pueda empezar un tratamiento, hacer la referencia a su centro de salud más cercano, y mientras tanto sí, uno... yo.. me gusta esto de poder seguir...

haciendo como un seguimiento, de cómo viene, si consiguió turno o qué pasó digamos, para que el paciente no quede boyando en la nada digamos.

¿Y eso cómo se hace? ¿se le pide un teléfono, se lo contacta digamos en unos días? Porque, por ejemplo, ¿en este caso, ese paciente no ingresó al hospital, no se internó?

Sí, en este caso, este paciente bueno, no... estaba muy reticente a ser internado, de hecho cuando llego yo, se quería ir, eem... pero bueno, trabajamos, tratamos de trabajar lo que se podía en su crisis, y a partir de eso bueno, vos acordás si no queda internado, le podés dar un turno para un día, un horario, yo le di un papel en donde tiene ahí todos nuestros datos de acá del servicio, y le decís: "si estás de acuerdo nos reunimos tal día" que puede ser dentro de esa misma semana, o la próxima, para ver cómo sigue. Lo antes posible también, para seguir en ese sostén que quizás uno pudo generar en un primer encuentro en la guardia.

Claro. Y a partir de ahí sí tratar de referenciarlo, por ejemplo, a un centro de salud.

Exacto, sí, sí. Que el paciente sea alojado desde algún lugar digamos, sobre todo pacientes en crisis.

Me dijeron que ahora empieza a funcionar una guardia por la tarde, ¿ellos verían al paciente en la guardia, ante una crisis por ejemplo, y después hacen el seguimiento ustedes si es que el paciente queda internado?

Sí... yo... como es un dispositivo recién instalado mucho no sé bien. De hecho, me parece que también es un dispositivo que está a prueba, no es que...

Sí, sí, eso me decían, que es como una prueba piloto.

Sí, que se va a ir evaluando, creo que de acá a tres meses se va a hacer esa primera evaluación, para ver cómo funciona. Pero en teoría y por lo que yo entendí se trataría de eso, de que haya servicio de guardia en los hospitales, guardias de salud mental, que no se nucleee todo en el Mira y López, que se vaya corriendo también esa mirada más monovalente, y que en los otros hospitales haya este tipo de ingresos de la urgencia subjetiva, que bueno, que sí, que ellos atienden. Si dejan internados... no sé cómo harán si el paciente por ejemplo si es dado de alta, si ellos referencian, si hacen ese trabajo digamos, la verdad no lo sé.

Claro, es muy reciente.

Sí. Probablemente sí, si dejan a alguien internado, al otro día nosotros lo vemos, lo seguimos evaluando. También pasó algo muy reciente, internaron a una persona... Esa persona... hicieron una internación

involuntaria, pero al otro día ya a lo mejor es una internación voluntaria, ella se quiere quedar, y se acuerda el alta, y se acuerda cuál sería el tratamiento por fuera de esta internación.

Claro, pero hacen después el seguimiento digamos.

Sí, sí, sí.

¿Qué problemáticas se reiteran en las consultas? Además de estas situaciones en la guardia, desde otros servicios del hospital, ¿cuáles son los motivos de interconsulta al Equipo de Salud Mental?

Bueno, de la guardia generalmente son los intentos de autolisis, es lo que más predomina, de distintos modos: autohirientes, ingestas, cortes, de distintas formas, bueno, ingestas, por ejemplo, me pasó ayer, que un chico había tomado nafta. Y bueno, eso más que... es lo que yo hasta ahora vi en la guardia. Sí hoy, por ejemplo, me llamó la atención un caso distinto que llegó a la guardia, era una chica que tenía... parecía angina bacteriana, pero mantenía, por lo que pusieron ahí en el pedido, un llanto prolongado, por lo cual pidieron esta intervención. Es decir, no es solamente las ingestas o autolisis sino acompañar quizás a esta chica que había ingresado. Y desde lo que son las interconsultas, bueno, van variando también, depende de la problemática del sujeto. Bueno, también las autolisis van variando, los modos en que se hacen los intentos creo que también tiene que ver con la problemática subjetiva. La forma... hay formas como más agresivas, otras no tanto. Sí son todas agresivas al cuerpo, porque tiene que ver con la imposibilidad... tiene que ver con ponerse en riesgo creo. También va, me parece, muy de la mano de los conflictos psíquicos de cada uno. Y en la interconsulta bueno, yo particularmente desde que estoy acá, recibí muy variadas interconsultas...

Es muy amplio.

Sí, es muy amplio. Depende del servicio, por ahí si es una internación muy prolongada generalmente personas que están muy angustiadas, por la internación prolongada, por el ámbito hospitalario, o conflictivas que aparecen de enojo, ante el prolongar la internación o en el mismo ámbito digamos, porque al ser una internación prolongada vos es como que estas todo el tiempo conviviendo con el equipo que interviene en la asistencia, entonces para mí esto va a ocurrir, de que haya ciertos conflictos con el equipo, y ahí me parece que también es nuestro trabajo poder trabajar en la asistencia que hace el equipo al paciente. Y sí, depende el servicio. Después otros servicios por ahí... quizás a veces piden por problemáticas que se enteran del paciente, a veces también son pedidos que no se sabe por qué piden la interconsulta, que tienen que ver con

una impresión del médico. Pueden ser acertadas o no, porque a lo mejor el paciente no quería recibir ese espacio de psicoterapia o un espacio del Equipo de Salud Mental...

¿En esos casos, cuando el pedido viene por parte del médico, ese paciente para el cual es el pedido, sabe de ese pedido? ¿o lo pide el médico sin avisarle?

No, ha pasado. Pasa muy seguido las dos cosas. A veces te encontrás con pacientes que no tenían ni idea, no sé, por ejemplo, un paciente que en su historia había tenido un intento de suicidio, porque la madre le dijo eso a la médica. Entonces va y pide una interconsulta por eso. Yo creo que se despierta mucho también este miedo de los médicos de las crisis, que es un campo que ellos nos pueden acceder, y también porque es un campo muy angustioso de acceder, y como... complejo para ellos, es como que enseguida se desesperan. Porque nos ha pasado que piden interconsultas porque tienen miedo que haga una crisis, y capaz vas y el paciente está muy estable.

Claro, y es más un pedido o una demanda del médico. De sus propios miedos a enfrentar esa situación capaz.

Claro. Sí, y por tener en cuenta quizás el historial, que ahí me parece también queda un poco estigmatizado, porque vos podés haber atravesado algo anteriormente, pero no significa que ahora lo vuelvas a hacer sí o sí, no está reglado eso. Puede pasar digamos. Y bueno, yo en esos casos siempre pregunto, si le habían avisado al paciente que íbamos a pasar, a ir, la mayoría te dice... en realidad hay de todo. Por ahí me ha pasado mucho que no, depende el servicio también, esto es muy, muy importante pensarlo porque... Cirugía me parece que es un servicio que está muy... alejado del paciente, justamente. Creo que también lo habíamos hablado antes.

Sí, sí.

Pero Plástica, por ejemplo, es un servicio donde las enfermeras están mucho tiempo en contacto, son pacientes con internaciones prolongadas, entonces hay otra mirada sobre el paciente. Y bueno, en esos casos yo... si el paciente no estaba avisado le digo, si estaba de acuerdo... que empecemos un espacio, mientras dure su internación. Y a veces te dicen que no, que no necesitan, y a veces sí. La mayoría te terminan diciendo que sí, que no tienen problema.

Claro. Pero por ahí estaría bueno que el médico lo plantee de otra manera.

Sí. Sí, tal cual

Bueno, un poco ya hablamos, pero volviendo al trabajo interdisciplinario, ¿cómo se lleva a cabo acá en el Equipo de Salud Mental? Me comentabas que te parece que haría falta una trabajadora social...

Sí, porque me parece que las situaciones que pueden abordar las trabajadoras sociales son situaciones que tienen una complejidad que necesitan de la intervención de otros... de otras disciplinas, como también la de nosotros digamos, necesitamos de la intervención de ellas porque trabajás con la historia, con el contexto del paciente, digamos cuando vos atendés la situación del paciente no pensás en la enfermedad y por qué está internado, sino que esta situación se viene a inscribir en un contexto, en una historia, y me parece que eso es importante del trabajo. En cuanto a cómo trabajamos interdisciplinariamente, es como que yo creo que se necesitaría trabajar más interdisciplinariamente. Necesitamos más de... la mayoría somos psicólogos, solo hay dos psiquiatras, entonces por ahí... se necesita del aporte de otro... de los profesionales, más que nada. Quizá a veces correrse del punto de vista tan médico, que por ahí la psiquiatría queda muy plegada a eso, y bueno... está la medicina de todas maneras digamos. Pero yo creo que se necesitaría más trabajar interdisciplinariamente.

Y, por ejemplo, si bien Servicio Social es un servicio aparte, ¿ustedes pueden pedir una valoración para un paciente que ustedes están viendo? Desde Salud Mental, digo, ¿se hacen también interconsultas a otros servicios?

Sí, sí, se hacen también interconsultas. Vos podés pedir interconsultas a ellos o a otros servicios digamos si vos notás. Generalmente... yo desde que estoy acá no vi mucho que salgan desde acá interconsultas... a Servicio Social más que nada, sí. Pero a otros servicios no, no vi. Eem, porque bueno, quizás también tiene que ver con lo que uno a veces un poco se cierra a hablar y quizás deberíamos prestar atención más a otras cosas que sirvan para mejor atención del paciente, no sé, que te nombra algún síntoma o algo que aparezca ahí. Quizás uno no le presta atención, pero es importante, porque se te ocurre que a lo mejor podría pasar no sé, un gastroenterólogo o...

Claro, como que uno también delega eso en el trabajo del médico capaz.

¡Claro! Como ya hay médicos interviniendo, entonces capaz el médico escucha más esos síntomas y listo. Pero bueno, a lo mejor sería importante incorporar eso también nosotros, porque el paciente, si se genera para mí una buena transferencia trabajando acá, probablemente abra un montón de cosas... Pienso también en la práctica que estoy haciendo yo acá y por ahí no presto tanta atención, pero sería bueno digamos para pensar en qué interconsultas pueden salir de acá.

Claro.

Pero... en cuanto a trabajo social, yo particularmente no tuve alguna situación que diga "bueno, necesito que intervengan" pero sí vi que desde el equipo lo hacen.

¿Tu Concurrencia acá por cuánto tiempo es?

Son dos años. Yo estoy desde octubre del año pasado.

Claro, ¿qué edad tenés?

Yo tengo 29.

¿Considerás que hay cierta jerarquía en la toma de decisiones? ¿o cómo se toman las decisiones dentro del Equipo de Salud Mental?

No sé si te diría que hay jerarquía, digamos. Yo creo que la coordinadora escucha mucho las cosas que tenemos para decir, de hecho, ella abre a veces incluyéndonos, incluso a nosotras como concurrentes, que le digamos algo, si hay algo que nos parezca para señalar... para pensar, o algo importante. Creo que están abiertos digamos. Quizás por ahí pienso yo que hay que saber cómo comunicarlo, cómo comunicarse dentro del equipo. Eso me parece que son de las cosas más difíciles. Lo mismo que pienso con el médico, cómo comunicarse con el médico, por ahí... determina mucho digamos, qué tipo de comunicación podamos tener dentro del equipo. Pero sí, no considero que haya una jerarquía, sino que hay apertura.

Bárbaro. Y en cuanto al diagnóstico y la medicación, ¿qué lugar crees que ocupan?

¿En el caso de salud mental decís vos, de medicación psiquiátrica?

Sí, sí.

No ... tienen un lugar. Generalmente somos primero los psicólogos que vamos a evaluar a los pacientes.... Porque... por... teniendo en cuenta también el tipo de interconsulta, si hay, por ejemplo, llegan interconsultas de excitación psicomotriz, ya directamente el psiquiatra evalúa esa parte, y bueno, si el psiquiatra después cree que necesita un acompañamiento, bueno, vamos nosotros digamos. Pero... yo creo que sí, que hay un lugar para eso, a veces más, dependiendo del caso, dependiendo del caso particular digamos.

Varía según el caso a caso...

Claro. A veces más, a veces menos. Hay veces que quizás hay pacientes que lo necesitan y hay pacientes que no, y pueden ser medicados igual, o sea, también me parece que juegan mucho los criterios de cada uno.

Claro, es una herramienta, no la única, ni la primera, sino una más. A veces necesaria.

Claro. Sí, sí.

Bueno, ¿quisieras contarme algo más que te parezca importante?, ¿alguna dificultad con la que se encuentren en el hospital?

Estoy pensando...

Me habías hecho un comentario sobre la fragmentación que hay en el hospital...

¿De los servicios?

Sí, y con respecto al discurso médico...

Sí. Sí. En cierto punto yo me imaginaba que eso podía pasar, que predomine el discurso médico. De hecho, cuando tuvimos la... como un acto donde hacían el recibimiento a los concurrentes y residentes, hay varios profesionales que hablaron... que dieron como un discurso, o dijeron algo, unas palabras, y el discurso que giraba ¿no? Eso me llamó la atención, que tiene que ver con el discurso médico. Un discurso donde hay que hacer TODO por el paciente, en el sentido de que ellos tienen como la salvación, la curación, y hay veces que no... creo que tiene que ver con la omnipotencia que los deja en esa posición... de poder, de los saberes que circulan ya socialmente, me parece, de lo que vemos del médico, de la figura del médico. Y en ese sentido, pensar que a veces nosotros acompañamos pacientes que a lo mejor no tienen una cura, y están en un tratamiento paleativo, y uno acompaña desde ese lado. No porque uno vaya a hacer que el paciente se deje de angustiar, porque... justamente lo que hace me parece el posicionamiento desde el psicoanálisis, es abandonar un poco esta omnipotencia, por más que a veces uno quiera que el paciente esté bien, y que parece que vos le vendrías a mejorar la vida, que todo el tiempo se juega esto me parece, pero poder reconocer esa parte, que en realidad no es un trabajo que hace solo uno, sino que también depende mucho del paciente, también nos corre un poco de esa posición de poder, y de que lo podríamos hacer todo, que por otro lado es una posición muy frustrante, porque no se puede hacer todo, entonces estaría en una permanente frustración.

Claro, se trata de devolver un poco ese saber justamente al paciente.

Sí, sí, sí, tal cual.

Bueno, esas fueron mis preguntas. Te agradezco por el tiempo.

No, a vos te agradezco.