



FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

***Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental
en el dispositivo de guardia del Servicio de Salud
Mental***

Instituto Universitario de Ciencias de la Salud – Fundación Héctor A.

Barceló

Licenciatura en psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL (TIF)

Tutor: Dr. Fernando Ferreyra

Autor: Tsakoumagkos Grecia

Año 2018

Agradecimientos

A mis padres por el incomparable sostén, por guiarme en cada paso.

A mis amigos Tatiana, Victoria, Agostina, Esteban, Antonella, Milena y Melisa, por ser mis fieles compañeros en este camino y por el apoyo incondicional.

A Matías, por motivarme siempre a cumplir mis sueños y por enseñarme que todo es un desafío.

Al Dr. Ferreira, por su predisposición y responsabilidad.

Y por sobre todo, a cada circunstancia sucedida, por llevarme exactamente donde quiero estar.

INDICE

INTRODUCCION	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
OBJETIVOS	9
MARCO TEORICO	
PRIMERA PARTE	
RECORRIDO HISTÓRICO DE LA SALUD	11
MENTAL EN LA EDAD ANTIGUA	
EDAD MEDIA	11
Y MODERNIDAD	12
 SEGUNDA PARTE:	
OMS, OPS Y SALUD MENTAL	33
REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE	
SALUD EN ARGENTINA EN EL MARCO	
DE LA LEY NACIONAL DE SM: ANTECEDENTES	
HISTORICOS	37
FORMULACION DE LEYES EN ARGENTINA	40
LEY DE SALUD MENTAL N° 26657	42
INTENTO DE REFORMA	
DEL DECRETO REGLAMENTARIO DE LA LEY	47

LEY PROVINCIAL 9884	50
---------------------	----

TERCERA PARTE

INSTITUCIONES QUE SE OCUPAN DE LA SALUD MENTAL	54
SERVICIO DE SALUD MENTAL: CONTEXTUALIZACIÓN	55
ABORDAJE DE LA URGENCIA EN SALUD MENTAL Y LNSM	56
INTERDISCIPLINA Y LNSM	58

DISEÑO METODOLÓGICO

LOGICA DE LA INVESTIGACION	61
TIPO DE INVESTIGACION	61
UNIDAD DE ANÁLISIS	62
VARIABLES DE ANÁLISIS	62
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	62
FORMATO DE ENTREVISTA A PROFESIONALES	63

RELACIONES TEORICAS- PRÁCTICAS

ANÁLISIS DE ENCUESTAS	65
-----------------------	----

ANÁLISIS DE NOTAS DE CAMPO	79
ANALISIS DE ENTREVISTAS	92
CONCLUSIÓN	98
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	102
ANEXO	
NOTAS DE CAMPO	104
ENTREVISTAS	117
ENCUESTAS	135

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo emerge como resultado de que la salud mental fue motivo de controversias, cuestionamientos a través de distintas décadas. Lo que pretendo en este trabajo es llegar a una de las instituciones que se ocupan hoy de la salud mental, y como ésta se adecúa o no a los cambios planteados desde la Ley Nacional de Salud Mental 26657(en adelante LNSM).

Para ello, se realizará una investigación mixta (cualitativa- cuantitativa), con instrumentos de recolección de datos como entrevistas, encuestas, y observación no participante.

Se tomarán los datos necesarios a través de estos instrumentos para realizar los enlaces teórico-prácticos a fin de conocer los procedimientos, trabajos, intervenciones, que se realizan en la guardia del Servicio de salud Mental para la implementación de la ley de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La salud mental en tanto conceptos y abordajes ha ido cambiando a lo largo de los años. Desde la antigüedad hasta hoy, la exclusión, la marginación, el encierro han privilegiado como tratamientos para los usuarios de la salud mental. De igual manera hubo resistencia por parte de los profesionales, de las propias instituciones hospitalarias, y también por parte de la comunidad hacia los mismos.

A partir los procesos de desinstitucionalización con las reformas de antipsiquiatría las dificultades se trasladaron a buscar otras formas de abordaje en la comunidad. Fue necesario para cambiar estas prácticas la formulación de leyes de acuerdo a las necesidades de los mismos, sin que predominen en el abordaje la exclusión, la marginación, el encierro. Por el contrario, el enfoque fue direccionado a la reinserción laboral y social, el contacto con la familia, el énfasis en la interdisciplina, y tratamiento intersectorial.

La Organización Mundial de La Salud, así como la Organización Panamericana de La Salud, promovieron la modificación de políticas, abordajes y formación de los profesionales.

En la argentina “(..) *la Ley 26.657 es la primera normativa nacional en el área de Salud Mental, existían con anterioridad siete leyes provinciales y una ley correspondiente a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que apuntan a la protección de los derechos de las personas con sufrimiento mental. Estas coinciden en el espíritu general que las sustenta, y difieren en aspectos formales*” (Hermosilla. A, y Cataldo, 2012)

En este marco y a partir de un breve recorrido histórico podemos conocer como los usuarios de la salud mental han sido una de las minorías más oprimidas, negándoseles sus derechos, excluyéndolos, marginándolos y es justamente cuando se hizo necesario la formulación de leyes para otro tipo de abordaje.

Más allá de la formulación de leyes, se vuelve importante investigar la implementación. Es decir, cómo se implementa la Ley Nacional de Salud Mental 26657 en las guardias del Servicio de Salud Mental de la provincia de La Rioja perteneciente al Hospital Dr. Enrique Vera Barros.

De esta problemática se desprenden las siguientes preguntas:

¿En qué consiste el servicio que brinda el hospital en las guardias de salud mental?

¿Qué características tiene la LSM?

¿En qué medida es posible la implementación de la ley en el dispositivo de guardia?

¿Cuáles son los cambios que introduce la sanción de la LSM?

¿Existe relación entre la normativa Nacional y la Provincial?

OBJETIVOS

Generales

- Analizar la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en el Servicio de Salud Mental del Hospital Vera Barros

Específicos:

- Observar las intervenciones, modalidades, y prácticas de los profesionales del área de guardia de salud mental del Hospital V.B.
- Identificar obstáculos y facilitadores para la aplicación de la Ley N° 26.657
- Conocer la perspectiva de los efectores y profesionales en relación a los obstáculos y facilitadores de la LNSM.

MARCO TEORICO

PRIMERA PARTE

RECORRIDO HISTÓRICO

La locura es definida y tratada en cada cultura y en cada época histórica de forma particular, de acuerdo con las ideas hegemónicas éstas.

En la antigüedad, se creía que la locura era obra de los dioses, que las divinidades enviaban a la locura como castigo o como venganza. En este momento histórico, las personas con enfermedad mental no eran culpabilizadas, ni estigmatizadas o excluidas, sino que se las consideraba como víctimas.

Más adelante, en la edad media, con el advenimiento del cristianismo, la locura fue conceptualizada como pecado, como resultado de una posesión o pacto con el diablo, o como un efecto de la brujería. Como consecuencia se utilizaba el exorcismo como tratamiento.

Asimismo, en la edad media es cuando se le imponen a los locos numerosos incapacidades jurídicas, a saber: no disponer de sus bienes, no rendir testimonio ante tribunales, ni hacer contratos. La incapacidad de los mismos debía ser declarada por la justicia, normalmente eran los mismos parientes quienes lo pedían.

Es en la alta edad media cuando surge el enfoque médico de la locura. Se creía que los mismos tenían algo en la cabeza, una piedra que originaba el mal, por lo tanto, les realizaban operaciones quirúrgicas.

Con la llegada del renacimiento se acabaron los exorcismos y las trepanaciones de cráneos. Como consecuencia se opta por sacarlos de la ciudad, de las calles, de cualquier espacio público, por lo tanto, hablamos de exclusión social. Emiliano Galende y Barenblit, V. (1994) dicen *“Hasta el siglo XVI en Europa la locura no estaba asociada al encierro, aunque sí diferenciada y separada de la vida social. El loco forma parte de la prosa del mundo, sobre todo durante el Renacimiento.”* (p.123)

Posteriormente en la edad moderna comienza la época del encierro, de los asilos y de los hospitales generales. Los médicos cuentan con pocos conocimientos de la locura, no hay espacios institucionales especializados. Los locos comparten entonces espacios con delincuentes, prostitutas, borrachos, es decir con los marginados de la sociedad.

Este momento es denominado por Foucault como el “gran encierro”. Por un decreto del rey es que se designa un hospital general en donde todo aquello que no sirve o no es productivo va a parar a ese hospital. No tenía una función reparadora, sino de custodia y alojamiento. Los que estaban a cargo de esto eran la iglesia y el estado. Las personas que no trabajaban también se las encerraban y sometían a trabajo forzado.

“Cuando tras el Decreto del rey de 1656 se crea el hospital general, que Foucault denomina "El gran encierro", ya la Iglesia, con Saint-Lazare y otras instituciones, había creado el clima de exclusión y segregación del pobre a través de las "instituciones de asistencia". Por este decreto se crearon en Francia un conjunto de instituciones bajo la misma denominación de hospital general, entre las cuales estaban Salpêtrière y Bicêtre, antiguos cuarteles militares, y varias casas que aportó la misma Iglesia. En ellos se encerró en poco tiempo a una multitud de vagabundos, pobres, homosexuales, rameras y locos.” (Galende, E. y Barenblit, V., 1994)

En términos de Szasz (2005) *“Dicho movimiento —cuya finalidad visible era, de forma análoga, proteger a la sociedad de cualquier daño— derivó hacia la Psiquiatría Institucional.”* (p.16)

E. Galende (1994) afirma *“entonces se entiende la doble operación del siglo XVIII: encerrar a los que no tienen trabajo, que promueven decadencia y rebeldía; segundo, 5. H. J. Laski, ob. cit.125 intentar hacerlos trabajar, para resocializarlos, como mano de obra barata, custodiados por la Iglesia y el Estado. El hospital general con su red de establecimientos, es transformado en fábrica. El proyecto no se logró totalmente, pero los valores que expresaba se impusieron.”*(pp.125, 126)

Emiliano Galende y Barenblit, V. (1994) nos resumen en pocas palabras este momento histórico *“en cien años se funden la separación, exclusión y encierro en el plano práctico con la condena y exclusión de la razón en el plano de las ideas. En las historias clásicas de la psiquiatría suele hablarse de esta época como oscurantista”*. (p.126)

Luego en el siglo XIX la locura es considerada como una enfermedad, y es con Pinel que el loco deja de ser considerado como alguien al que no se tiene que escuchar ni atender. Pasa a ser un “alienado”. Alienistas se llamaba al cuerpo de médicos especializado que propone Pinel para los enfermos mentales junto con el tratamiento moral. *“En realidad, si se toma a Pinel y la escuela alienista como el comienzo de una moderna experiencia de la locura, lo que domina en el gesto inicial y en la reforma propuesta no es un énfasis sobre el organismo sino una percepción y una sanción moral de la locura”*. (Vezzetti, H. 1985, p.55)

El tratamiento de la locura para Pinel es en el manicomio y a partir de él es que se estable también entre conocimiento e intervención (tratamiento) una correlación que llega hasta hoy. El manicomio Pineliano era un verdadero dispositivo de intervención y de transformación subjetiva, a través de técnicas que combinaban persuasión con coacción.

Lo primero que hace Pinel es inventar el chaleco de fuerza, como mecanismo de sujeción y coacción que tiene una gran ventaja: se pueden dosificar sus efectos (ajuste del mismo) y de acuerdo a como se lo haga será la función que cumpla, ya sea de contención o de castigo. Vezzetti (1985) nos dice: *“el chaleco de fuerza que constituye una herramienta central en la reforma del asilo, es consagrado por Pinel como el signo mayor de un cambio radical de las técnicas de sujeción. Efectivamente, en su economía espacial de un sujetamiento que presiona hacia dentro del cuerpo, pero no impide el desplazamiento y aun la deambulacion ejemplarizadora del sujetado, es un símbolo principal de la lógica que el alienismo viene a inaugurar”*. Asimismo, agrega *“la modalidad de la represión cambia radicalmente. Un loco podía permanecer encadenado más de cuarenta años, nadie*

aguanta un chaleco de fuerza apretado por más de unas horas. En primer lugar, la renovación tecnológica del alienismo ubica a ese instrumento en un lugar privilegiado para el mantenimiento del orden. Habitualmente basta la contención del chaleco- que por otra parte es el primer medio de prevención- para evitar agresiones y tumultos; al mismo tiempo, la amenaza de apretar las cinchas es un poderoso disuasivo contra la desobediencia y la resistencia al trabajo". (p.59)

Pinel descubre además un nuevo modo de intervención sobre el loco: crea una relación personal con él, que antes no existía y al mismo tiempo pone en juego recursos de la transferencia positiva.

La locura para Pinel estaba caracterizada por dos modos: A) La pasión que llevada a su máxima intensidad es un factor fundamental en el desencadenamiento de algunos de los cuadros de la locura (pasión religiosa, amorosa, política), B) el exceso de cualquier tipo de actividad (intelectual, laboral, sexual).

Las características del tratamiento moral de Pinel:

- *Aislamiento: "pero el orden exige no solo el aislamiento recíproco de los internados según criterios a la vez psiquiátricos (crónicos- agudos; tranquilos-agitados), económicos (pudientes, o sea pensionistas y no pudientes), y morales (colaboradores- rebeldes). También impone el aislamiento respecto del medio exterior, sobre todo de la familia. La secuestación es una condición del tratamiento moral y el espacio manicomial no solo reemplaza a su familia, más que eso se postula como el paradigma de la familia virtuosa y verdadera". (Vezzetti, H. 1985, p.57)*
- *Orden: "el orden y su preservación son cuestiones de gran importancia en la dirección del asilo, y no solo porque opera como una cualidad institucional que tiende a ser impuesta como virtud, vale decir interiorizada, sino porque además es un recurso técnico esencial, el orden es la condición para obtener observaciones exactas". (Vezzetti, H. 1985, p.54)*

- Autoridad: *“el primer requisito para construir el nuevo ámbito de objetivación y dominio de la locura es la producción del propio alienista como figura de autoridad”*. (Vezzetti, H. 1985, p.57)
- Monopolio *“puede decirse que lo más importa que produce el alienismo no es la incorporación de un abordaje científico de la locura sino esa producción del personaje alienista, cuyo poder más que de la ciencia proviene de su posición social y moral, es a la vez juez, policía, padre y director de conciencia”* (Vezzetti, H. 1985)
- Influjo personal: *“la palabra del alienista o el vigilante adquiere una particular importancia”*. El alienista debe conocer la historia de los pacientes para asegurar su intervención sobre ellos. (Vezzetti, H. 1985, p.56)

Este tratamiento moral de Pinel entonces es un modo de fundar otro tipo de intervención, laica, científica, separada de la tradición religiosa a la cual se le cargaba todo el peso del oscurantismo. A través de este nuevo paradigma se crea una concepción e intervención más científica, que antes se basaba en concepciones religiosas que no eran comprobadas científicamente. Este paradigma rompe con todos los esquemas que se mantienen hasta ese momento. Pinel empieza a trabajar con el loco como persona de derechos y a partir de esta concepción crea el tratamiento moral.

Aparece Esquirol quien fue el sucesor de Pinel, y quien tiene una noción de causa orgánica como determinante de la locura. La medicina se apropia de esta rama y surge la psiquiatría con una explicación más biologicista y aparece el asilo con función de apartamiento. El asilo es el modelo medico hegemónico para explicar la problemática de la locura, la teoría medica pasa a ser preponderante. Desde una perspectiva biomédica el tratamiento de la enfermedad ha sido considerado como patrimonio exclusivo del saber médico. El proceso de apropiación y hegemonía no solo es impulsado por las instituciones médicas, sino también por las acciones de la sociedad dominante. Se impone de esta manera una mirada médica autónoma, profesional y científica. El análisis del saber medico se reduce a signos y diagnósticos, se reduce a su propio saber escindiendo a los pacientes de sus relaciones sociales, toma exclusivamente lo biológico.

Durante el siglo XX se desarrollan diferentes concepciones de las enfermedades mentales, por un lado la concepción biologicista, aquellos psiquiatras como Kraepelin, Bleuer, que piensan que las enfermedades mentales estaban causadas principalmente por trastornos biológicos y genéticos, y por otra parte la concepción psicologicista, en la cual los médicos conciben a las enfermedades mentales como trastornos propiamente psíquicos, aunque puedan tener una base biológica.

Asimismo, en el siglo XX hay un paralelismo de los campos de concentración y manicomios, esto es posterior a la segunda guerra mundial. La psiquiatría entra en crisis. Se da cuenta que no era un lugar para hacer tratamiento, sino que la persona perdía todos sus derechos.

En este momento histórico se termina viendo que el discurso médico y los dispositivos no han servido para producir conocimientos. A pesar del avance de la psiquiatría, los enfermos mentales siguen sufriendo un proceso de discriminación social. Como consecuencia se produce una sensibilización de la consciencia social de las instituciones como formas de ejercicio del poder frente a los marginados.

En los años 60 surgen así movimientos de anti psiquiatría que permiten las reformas: las comunidades terapéuticas en Inglaterra, la política del sector en Francia, la psiquiatría democrática en Italia, y la psiquiatría comunitaria en EE.UU. Galende nos dice *“los movimientos de reforma psiquiátrica sobre todo amplios y exitosos en EE.UU se dirigieron fundamentalmente a lograr un cambio en la situación de los enfermos internados, cuestionando en alguna medida los procedimientos terapéuticos, pero sobre todo las instituciones asilares.”* (Galende, E. y Barenblit, V., 1994, p.111)

Las comunidades terapéuticas en Inglaterra tienen como referentes a Bion y Rickman. Trabajaron con soldados afectados mentalmente, organizaban grupos de enfermos para discutir sobre sus problemas. Maxwell Jones es quien define con más rigor las comunidades terapéuticas y trabaja con ex prisioneros. *“El Hendersen Hospital, en el que M. Jones trabajó hasta los años sesenta, fue asociado al surgimiento de estos tratamientos que se denominaron "socioterapias", y que*

pueden considerarse la base ideológica de la nueva psiquiatría institucional. Sus presupuestos no son ya médicos sino sociológicos.” (Galende, E. y Barenblit, V., 1994, p.111)

Los principios básicos de la comunidad terapéutica son el aprovechamiento de todos los recursos de la institución, y la misma se concibe como un todo orgánico no jerarquizado, de médicos, de pacientes y personal. Las características de las CT según Galende, E. y Barenblit, V. (1994): *“a) establecer una libertad de comunicación en todos los niveles, y en todos los sentidos, es decir, evitando la organización jerárquica de la comunicación; b) tender al análisis de los intercambios institucionales en términos de dinámicas grupales, interpersonales; c) propender a la creación de espacios terapéuticos grupales y no bipersonales, de modo que todos intervengan en el proceso terapéutico; la reunión en asamblea comunitaria es privilegiada como instancia terapéutica clave; d) liquidación de las estructuras jerárquicas tradicionales, de carácter piramidal, para dar lugar a relaciones más horizontales, que aseguren la comunidad de intereses y objetivos; e) generar un espacio social de reconocimientos recíprocos, como forma de fomentar la sociabilidad del grupo (bailes, fiestas, teatro, salidas grupales, etc.); f) finalmente, propender a que la asamblea comunitaria, en lo posible en reunión diaria o periódica, sea el órgano de gestión, organización y evaluación de todas las actividades.”(p.143)*

Los principios fundamentales fueron la democratización es decir otorgar el mismo valor de opinión a cada uno, la permisibilidad diluyendo lo represivo de los reglamentos, la construcción de una comunidad de intereses y objetivos que consoliden al grupo de tareas y por último la confrontación con la realidad social, es decir relación con el afuera. Galende, E. y Barenblit, V. (1994) sobre éstos afirman *“por cierto estos principios constituían un conjunto de ideales a los que se tendió, pero la instalación en hospitales psiquiátricos de estas comunidades hizo difícil su concreción. El hospital por su organización no genera climas de permisibilidad sino de reglas; bajo el riesgo siempre mentado del desorden, no soporta una democracia que iguale a todos en la participación, por lo que fue difícil abolir la figura del profesional médico.”(p.144)*

Maxwell demostró que las razones que esgrimían los psiquiatras para mantener la situación de los enfermos, es decir chaleco de fuerza, encierro, eran de orden político, por lo tanto lo médico ya no funcionaba como pantalla.

Durante un tiempo las CT en asilos y hospitales psiquiátricos se convirtieron en el nuevo rostro de la institución psiquiátrica, pero detrás de las CT sobrevivió la vieja psiquiatría asilar. Aun así, más allá de las críticas que recibió esta reforma, el panorama asilar cambió a partir de las CT, en términos de que se hizo explícita la función social del psiquiatra, su relación con el poder. Galende, E. y Barenblit, V. (1994) explican que esto tuvo que ver con el contexto, fue la guerra la que forzó a los psiquiatras en Europa a mirar afuera de los hospitales psiquiátricos. *“Algunos volvieron a los asilos, pero ya no fue lo mismo, no se pudo seguir siendo psiquiatras sin hacer explícita la función social.”* (p.144)

“El éxito, aunque relativo, de la despsiquiatrización que impulsó la comunidad terapéutica, no hubiera sido posible sin este contexto político y esta conciencia social. En 1953, la Organización Mundial de la Salud, tras un estudio que elaboró su Comité de Expertos sobre las organizaciones de la psiquiatría en los países miembros, recomendó la transformación en comunidad terapéutica de todos los hospitales psiquiátricos. En general sólo se tomó una parte de la recomendación: se construyeron con una parte de la población internada comunidades terapéuticas, que funcionaban junto a la organización tradicional del asilo. Esta, creemos, fue la razón mayor del fracaso, y lo que justificó que se las denunciara como "servicios vidriera", ya que tendieron a ocultar y vender con buen rostro lo que conservaban en su interior sin modificaciones. Basaglia sostuvo siempre, y lo experimentó en Italia, que toda reforma que permita alguna forma de existencia del asilo, termina por ser absorbida y neutralizada por éste.” (Galende, E. y Barenblit, V., 1994, p.146)

Las políticas del sector en Francia tuvieron como aspecto clave el considerar a la salud y a la enfermedad como cuestiones que no solo pueden ser pensadas y resueltas en el espacio intrapsiquiátrico. *“La idea del sector comenzó a gestarse en Santi-Alban. Este es un hospital psiquiátrico de provincia fundado en 1821 por*

Tissot, quien creo además otros 25 asilos en Francia y Bélgica.” (Galende, E. y Barenblit, V., 1994, p.148)

Balvet es quien dirige el mismo, alienista democrático y con inquietudes reformadoras. A su vez libera a Tosquelles, un joven psiquiatra catalán, militante republicano, que estaba detenido en un campo de refugiados en Caylus. *“A pesar de su juventud (fue médico a los 19 años), se había formado ampliamente en la psiquiatría alemana, y fundado durante la República Española lo que se conoce como "Las Comarcas Catalanas", junto a sus amigos Sauret y Morin. A partir del año 1935, y bajo el gobierno autónomo de Cataluña, la Generalitat había creado un Consejo Psiquiátrico para estudiar los problemas de organización y las perspectivas legales y funcionales de la psiquiatría.”* (Galende, E. y Barenblit, V., 1994, p.148)

Durante la guerra civil entre 1936 y 1939 organizaron una comunidad autogestionada de enfermos. En los últimos tiempos de la guerra Tosquelles fue responsable de la coordinación de todos los servicios de psiquiatría del ejército.

“Estas experiencias de Tosquelles, que despertaron mucho interés entre los psiquiatras que se reunían en Saint-Alban, influyeron la ideología posterior de la que surgió el Sector.” (Galende, E. y Barenblit, V., 1994, p.149)

Se conoce como geo psiquiatría a estas experiencias o tareas psiquiátricas en la geografía humana, es decir las intervenciones se realizaban en el mismo lugar en que surgía el enfermo. Entonces en 1943, en vez de trasladar el enfermo al asilo, el equipo médico se trasladaba a la casa del enfermo, sin internarlo. En paralelo en el mismo año comenzó la ocupación nazi en Francia, y derivó en la solidaridad entre la población y los equipos de atención.

Durante esos años se reunían un grupo de intelectuales y psiquiatras en Saint-Alban conocido como GEVAUDAN, y quienes lo integraban participaban de la resistencia. Este grupo logró imponer sus ideas sobre el sector en el mayor encuentro de psiquiatras que se realizó en Francia. Plantean transformar la atención en la comunidad, en el territorio, y el sector debía abolir de esta manera los hospitales psiquiátricos.

Galende especifica algunos de los principios de esta reforma: 1) Apoyados en la crítica al asilo como imagen institucional de la psiquiatría, al que se reconoce heredero del hospital general y del "Gran encierro", toda la política en Salud Mental se basa en el rechazo de toda forma de segregación de los enfermos. 2) Se opone, a la política de segregación y exclusión, una de *integración* en todos los niveles: a) integración del enfermo mental en el conjunto social que emerge; b) subordinación del hospital psiquiátrico a la totalidad de la red de instituciones y equipamiento de higiene mental del Sector, de modo que son los equipos de Salud Mental siempre la primera instancia; c) implantación del equipo del Sector en el medio social donde vive el enfermo (atención e internación domiciliaria, asistencia en y con la comunidad, etc.); d) entender al Sector, en tanto circunscripción de Salud Mental, como un territorio, es decir, como unidad de integración y dimensionado de acuerdo con la capacidad del equipo médico-social. 3) Asegurar la unidad e indivisibilidad de las tareas terapéuticas: a) integrando en una sola red o cadena a todos los equipos del Sector; b) haciéndose responsable cada equipo de la totalidad de las fases del tratamiento o intervención preventiva: prevención, detección, precura, hospitalización parcial o completa, externación, seguimiento, pos cura; c) asegurando la unificación y coherencia por el equipo de salud mental de todas las operaciones terapéuticas implicadas, desde la consulta, de manera de tener un control homogéneo de todo el plan terapéutico (estrategias terapéuticas). 4) El equipo de Sector es la "célula productiva" de cuidados en Salud Mental, alrededor del cual se ordena el conjunto del dispositivo material e institucional. Como núcleo de la red de cuidados de Salud Mental, la fluidez de las relaciones internas, la concentración de la información que supervisa y distribuye por todo el Sector, garantiza que las divisiones jerárquicas y burocráticas no obstaculicen la eficiencia en la aplicación de las estrategias terapéuticas. 5) El equipo de Sector es el agente de Programación, capaz por sí mismo de formular en términos cuantitativos y cualitativos las necesidades de equipamiento, establecer las demandas de la población, diseñar programas específicos e implementarlos. (Galende, E. y Barenblit, V., 1994, p.149)

El sector comenzó a operar así, en los años 50, fue sancionado en 1960 y se expandió la política a partir de 1971.

Las dificultades del sector derivaron del aparato administrativo, puesto que la democracia estatal no permitía la estructura horizontal y no jerarquizada de decisiones; como así también de la presión de la burocracia estatal para que el hospital psiquiátrico fuera el centro administrativo y financiero del sistema. Además las dificultades entre las ideas de los pioneros y los nuevos profesionales, los pioneros impulsaban recorrer y atender las demandas a domicilio mientras que los profesionales nuevos, psicoanalistas, atendían en sus consultorios de centros u hospitales, había una función más conservadora del psicoanálisis. Esto derivó a otra de las dificultades, pues no era posible la reforma sin la formación de recursos humanos acorde a la política que se intentaba implementar. La no evaluación correcta de las nuevas formas de vida, es decir luego de la posguerra el panorama fue alterado, y esto pesó como dificultad para la política del sector.

Es a partir de los años 70 que se produce un replanteo de la política del sector realizado por los propios líderes del Sector, y finalmente el hospital psiquiátrico quedó otra vez intacto, pero ya pocos piensan que represente una solución moderna al problema de la locura.

La reforma en Italia, conocida como la psiquiátrica democrática en Italia se dice en dos etapas, la política de desinstitucionalización en los años 60, y luego el programa de psiquiatría democrática y la Ley 180 de salud mental en 1978. Franco Basaglia por ese entonces director del asilo de Gorizia impulsó un movimiento social y político que logró, luego, el cierre definitivo de un número importante de estos establecimientos. Publica en 1968 "La Institución negada", en la cual nos dice "*La psiquiatría debe ser considerada como la expresión de un sistema que hasta el presente ha podido negar y abolir sus contradicciones separándolas, no aceptando su dialéctica, intentando mantenerse ideológicamente por una sociedad sin contradicciones. Si el enfermo es la sola realidad a la cual intenta referirse, se deberá atacar las dos fases de esta realidad, de las cuales se compone: el hecho de ser un enfermo por sus problemas psicopatológicos (no ideológicos pero sí*

dialécticos) y el hecho de ser un excluido, un estigmatizado social.” (Basaglia, F., 1970

Señala en esta frase la función de encubrimiento de la medicina legal. Por un lado la dimensión psicopatológica, y por otro la dimensión sociopolítica (exclusión) y que éstas dos deben ser tomadas dialécticamente, para no correr riesgo de medicalizar o politizar el problema. Basaglia propone tomar la dimensión global del enfermo en su contexto sociopolítico indisociable, surge entonces una crítica a otras reformas, y consecuentemente la política de desinstitucionalización.

En esta primera etapa se debe tener en cuenta el incidente de Gorizia, hospital psiquiátrico al norte de Italia, de 700 camas. Basaglia junto a otros tres trabajadores del hospital proponen y concretan el hospital a puertas abiertas. Anteriormente realizaron una crítica sobre el funcionamiento del Hospital Gorizia como asilo, las funciones profesionales y técnicas del mismo.

Galende, E. y Barenblit, V. (1994) sobre este momento dice *“1968 es el año clave: se producen los acontecimientos de mayo en Francia, la efervescencia estudiantil se hace presente en Italia, los discursos sobre las propuestas de apertura del asilo habían ocupado a la prensa”* (p.158)

El caso Milkus, es el llamado incidente de Gorizia. *“Un paciente, internado desde hacía diez años en el hospital, que había salido por unos días de visita a su casa en Lenzuolobianco, mata a su esposa a golpes de hacha, en ausencia de otros familiares. La prensa aprovecha este episodio para atacar toda la experiencia de apertura y transformación del hospital y Basaglia, su director, fue acusado de homicidio responsable y procesado. Este proceso no prosperó y finalizó dos años después sin condena. Paradójicamente "El caso Milkus", como se nombraba este episodio en la prensa, dio lugar a un gran debate público sobre la experiencia de transformación del hospital y, por ende, de todo el problema asilar, en el que se pronunciaron y alinearon los sindicatos obreros, los partidos políticos y otros movimientos sociales.”* (Galende, E. y Barenblit, V, 1994, p.159)

Basaglia se defiende enviando una carta a la prensa. Aun así, las autoridades, el gobierno central y gobiernos regionales, piden cautela en el proceso de reforma para no causar conmoción sobre la sociedad. Además, la prensa muestra inquietud

por la liberación de los locos en la sociedad, y el movimiento fascista denuncia de subversivos a los psiquiatras reformistas, es decir no se tolera que no se mantenga control sobre los internados. El problema es aún más grande, pues no solo tiene que ver con un debate de la medicina sobre la externación o no de los pacientes, sino con cuestiones ideológicas y políticas de la función médica del hospital. Es por esto que Basaglia y su equipo renuncian debido a las trabas. Aquellos sectores y sindicatos que apoyaban la reforma promueven una movilización en pos de un reclamo general de reforma de todas las políticas de salud. *“Se piensa que ésta es la única garantía de que la reforma psiquiátrica se realice, ligándola al reclamo político general de los derechos populares a la salud. La derecha fascista también salió al ruedo.”* (Galende, E. y Barenblit, V, 1994, p.159)

“El grupo de psiquiatras, enfermeros y asistentes sociales que se congregó en Gorizia, estaba muy abierto a las políticas de Salud Mental y había conocido las experiencias institucionales inglesas y las del Sector francés. En esos años (1963), comenzó también en EE.UU. la aplicación del programa Federal de Psiquiatría Comunitaria.” (Galende, E. y Barenblit, V, 1994, p.161)

Así se crearon las condiciones para ampliar el movimiento de reforma, y que derivó en la psiquiatría democrática, que implicaba el cierre del hospital psiquiátrico y la alternativa de las comunidades terapéuticas. Luego de la experiencia de Gorizia con Franco Basaglia, se fue conformando una doctrina del grupo que, con apoyo social y político orientó la reforma psiquiátrica en Italia.

Las propuestas de la psiquiatría democrática eran: a) generar un movimiento social y político para apoyar en una primera etapa la apertura de hospitales psiquiátricos para luego lograr su cierre definitivo, b) incluir pacientes internados en el proceso de apertura como protagonista de su propia externación, c) se realizan colectivos de externación, en otras palabras espacios grupales de elaboración de todas las vicisitudes de la externación y reinserción, d) casas que el estado dispone para la instalación de los enfermos fuera del hospital, e) se va clausurando el hospital a medida que se desocupa, f) tratamiento ambulatorio de los pacientes externados en

el centro de salud mental de la zona y, g) hogares especiales para pacientes que no pueden ser desinstitucionalizados por diversas incapacidades.

Es en 1978 cuando se aprueba la ley N° 180. A fines de ese año se sanciona la Ley N°833 de creación del Servicio Sanitario Nacional, que incorpora la ley 180.

La Ley 180 del 13 de mayo de 1978 establece que no puede admitirse ningún paciente nuevo en toda Italia, luego del 31 de diciembre de 1980 tampoco se puede reintegrar ningún enfermo que haya sido externado, en las internaciones obligatorias (sin consentimiento del enfermo) el pedido debe estar certificado por dos médicos y una autoridad civil, solo se puede internar por un periodo no mayor a 10 días, las internaciones ya sean voluntarias u obligatorias se hacen en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales, cada hospital debe destinar a este fin 15 camas por cada 20.000 habitantes; es prioritario el tratamiento en la comunidad y a través de los centros locales de Salud Mental, y por último se dispone el pasaje del personal de los hospitales que se cierran a los nuevos centros comunitarios.

De acuerdo a la Ley n° 833 la organización general del sistema de servicios de salud en Italia cambia, de tal manera que quedan tres niveles: a) Nacional, que garantiza los objetivos y principios del SSN; b) regional que tiene funciones legislativas, ejecutivas, de apoyo técnico y evaluación, además de que los departamentos regionales de salud son responsables de asegurar la distribución de un paquete de beneficios a través del nivel local; c) local: que organiza los servicios de salud a través de una red de organizaciones gerenciales de salud basadas en la población y hospitales públicos y privados acreditados.

Esta organización garantiza un funcionamiento democrático del sector Salud y facilita el despliegue de los principios y acciones de la psiquiatría democrática como reforma.

El sistema de Salud Mental está organizado en departamentos de salud mental que se instituyen en las empresas sanitarias locales, está formado por distintas unidades operáticas, y tiene que hacer funcionar estos servicios en una red, alrededor del paciente, de una forma integrada, según sus necesidades. El Departamento de Salud Mental está integrado por centros de salud mental y consultorios, servicios

psiquiátricos de diagnósticos y cura, hospital de día, centros diurnos, y estructuras residenciales.

Para sintetizar en una primera etapa se logró la desinstitucionalización masiva de los enfermos, se crearon condiciones para prevenir la hospitalización, se cerraron hospitales psiquiátricos, se aseguró el nivel adecuado (no total) de resocialización, y se sensibilizó a la sociedad que aceptó que los enfermos liberados y a los pacientes psicóticos en periodo agudo que no se internaron.

El primer logro de esta reforma fue que la psiquiátrica se visualizó como una ideología de lo mental, expresada en la institución asilar y en el ejercicio de un poder sobre el enfermo.

“Y esta ideología, expresada en la institución asilar, como relación humana concreta, en el ejercicio de un poder sobre el enfermo, fue entendida como coherente con la distribución de funciones y poderes que la sociedad capitalista avanzada realiza. Si esta relación entre médicos y enfermos expresa algo de esa relación de poder, la existencia en el asilo de los hombres más pobres de la sociedad, los que no pueden entrar fácilmente en la espiral productiva, muestra una selección de clase, no explicable por categorías médicas. Mostrar esto fue otro de sus éxitos.” (Galende, E. y Barenblit, V, 1994, p.165)

Mostró también que las inquietudes transformadoras surgen de una mirada política, contextualizada en lo social y no por los saberes específicos.

De esta reforma Galende señala las siguientes dificultades: *“La negativa de este movimiento a construir teorías alternativas lo priva de fundar métodos consistentes de abordaje. Un tema pendiente es si la socialización del paciente, en la familia o la comunidad, es en sí misma suficiente para resolver la problemática subjetiva del enfermo, o si es necesario acompañar alguna forma de tratamiento. Al no fundar una alternativa en la práctica, los pacientes reciben habitualmente tratamientos psicofarmacológicos sin que se piense el lugar de estos tratamientos en las estrategias comunitarias. Igualmente se corre el riesgo de facilitar el crecimiento en la práctica privada de tratamientos (psicoterapias, psicoanálisis, tratamientos de familia, etc.) en los que quedan acantonadas las formas tradicionales no disueltas, junto a los métodos más actuales y prestigiados, convirtiendo al sistema de los*

Centros comunitarios en nuevos selectores de clase para la atención de pacientes carenciados.” (Galende, E. y Barenblit, V, 1994, p.167)

Por último sobre esta reforma Galende hace un análisis teniendo en cuenta cinco ítems para observar como la misma ataca todos los aspectos del hospital psiquiátrico: formas sociales de producción de la enfermedad, cuestiona la existencia de una disciplina para la atención de esta problemática humana, disuelve saberes existentes y niega el valor de las teorías, y disuelve el lugar de realización concreta de la institución psiquiátrica.

Como último movimiento de antipsiquiatría tenemos la psiquiátrica comunitaria en EE.UU. luego de la segunda guerra mundial hubo un agravamiento de los problemas ligados a lo mental y un aumento notable de las consultas. William Menninger prestigioso psicoanalista impulso en la posguerra la creación de un grupo para el desarrollo de la psiquiatría, donde participaban jóvenes psiquiatras y psicoanalistas, entre los cuales Menninger era el líder del grupo. En el grupo también estaba Félix Robert uno de los líderes de la Higiene mental y primer director del Instituto Nacional de Salud mental en 1946.

“Cuando se aprueba la ley Kennedy de 1963, aportará al proyecto el grueso de los técnicos para la creación de los Centros Comunitarios de Salud Mental. Cuando en 1946 se aprueba la ley nacional de Salud Mental, R. Felix, que era Director de Higiene Mental e impulsor de la reforma, pasa a ocupar el cargo de Director del Instituto Nacional de Salud Mental que la ley creó. Este paso, la creación de un organismo nacional (federal), es esencial para el comienzo de la reforma. Por el peso que en EE.UU. tenían los Estados, que son los que sostienen el grueso de los establecimientos psiquiátricos, la centralización era condición esencial para establecer un programa nacional de reforma institucional con posibilidades de implementación.” (Galende, E. y Barenblit, V, 1994, p.167)

A partir de 1960 se habla de la psiquiatría dinámica, pues se promocionó, apoyó y financió la formación de profesionales psicoanálisis, en torno a la humanización. En

ese año el congreso de los EE.UU forma una comisión especial para que informe sobre la situación de salud mental en el país y proponga medidas. Se denomina a esta comisión, la “Joint Commission on Mental Illness and Health” que se constituye con la participación de asociaciones de psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros y usuarios.

Esta comisión realizó investigaciones y encuestas para poder proponer medidas. En 1960 presenta el informe en el congreso, en el cual se recomienda la modernización y apertura de los hospitales psiquiátricos a la comunidad, la creación de servicios más dinámicos que acerquen el tratamiento al domicilio de los enfermos, y el funcionamiento de servicios (Community Mental Health Clinics) en hospitales generales y hospitales psiquiátricos en centros periféricos de salud, sin internación.

En ese entonces el partido demócrata estaba muy ligado al grupo para el desarrollo de la psiquiatría. En ese contexto histórico y político se elige a J.K. Kennedy como presidente, quien defendió a las minorías y además proponía la apertura de los hospitales psiquiátricos y la creación de centros de salud mental.

“El 5 de febrero de 1963 Kennedy habla ante el Congreso de los EE. UU. Planteando la doble necesidad de un nuevo tipo de servicios para atender los problemas de la salud y enfermedad mental y proceder a democratizar las viejas instituciones psiquiátricas. Reclama fondos federales para la aplicación de un Programa Federal de Salud Mental, basado en la creación de Centros Comunitarios.” (Galende, E. y Barenblit, V, 1994, p.171)

En octubre de 1963 el congreso aprueba la conocida Ley Kennedy, o “Community Mental Health Center and Retardation Act”. Se opusieron a la misma los republicanos y la asociación médica de los EE.UU.

La Ley Kennedy se implementa en todo el territorio nacional en 1965 cuando el presidente fue asesinado, pese a que tuvo muchas dificultades. En la misma se pasa de una concepción del aislamiento a una terapéutica en la comunidad, en libertad.

“La propuesta de la reforma era sobre todo sustituir las instituciones asilares, responsables del grueso de estas internaciones, por Centros Terapéuticos más

ensamblados en la sociedad norteamericana. En diez años ese porcentaje fue disminuido a uno por cada mil habitantes. En muchos aspectos, esta reforma, que recupera ideales humanitarios y respeto por los enfermos, y propone un trato más acorde con los valores de la sociedad norteamericana, es semejante a los propósitos de la política del Sector en Francia y las Comunidades terapéuticas inglesas.” (Galende, E. y Barenblit, V, 1994, p.172)

Los servicios de los centros comunitarios, como mínimo debían tener consultorios externos, para la atención ambulatoria y seguimiento de ex pacientes de hospitales psiquiátricos, servicios de urgencia psiquiátricas para intervención en crisis, servicio de admisión, servicio de consulta y educación, y por último servicio de internación total o parcial (hospitales de día, y hospitales de noche).

El servicio de consulta y educación era lo que mejor expresaba el núcleo de la reforma, estaba dedicado a la coordinación de las actividades de prevención primaria en la comunidad. Suponía pasar a una intervención sociopolítica, es decir articulaba el centro con las diferentes organizaciones de la comunidad. Además, buscaba una detección precoz de las condiciones de vida en las cuales se gesta el daño mental. Esta doble función del servicio de consulta y educación en pocos años fue neutralizada y en 1972 solo representaba el 10% de las acciones totales del centro.

Las dificultades de implementación de esta reforma tuvieron que ver con que: la sociedad norteamericana no se mostró receptiva a esta reforma, no hubo cierre de hospitales psiquiátricos, se mejoraron las condiciones de los internados, en 10 años se disminuyó a la mitad el número de camas, y el funcionamiento de las comunidades terapéuticas era en hospitales psiquiátricos del estado. De esta manera el hospital psiquiátrico sobrevivió a la reforma de la psiquiatría comunitaria. Se puede considerar al padre de esta reforma a Erich Lindeman, quien durante la segunda guerra mundial promovió el enfoque de “intervención en crisis”, conocido también como la psiquiatría preventiva. Consiste la misma en actuar sobre la familia, el grupo social, la institución escolar, etc., en el momento en que ha surgido una

situación difícil, que afecta a los individuos y provoca en ellos reacciones que puedan llegar a ser patológicas.

Más adelante Caplan habla de implicar a la comunidad en tres niveles de intervención preventiva: prevención primaria, prevención secundaria (diagnóstico y tratamiento efectivo) y prevención terciaria (rehabilitación, reducción del deterioro por las secuelas). Caplan propone en referencia a la prevención primaria estudiar las características demográficas, sociológicas, psíquicas de las poblaciones, sus condiciones de hábitat, sus vicisitudes económicas, sus niveles de empleo, cultura y escolaridad, su vida religiosa, las relaciones raciales, etc., con el objetivo de detectar las poblaciones con fragilidad psíquica y riesgo de enfermedad. A partir de este enfoque hay una definición de métodos nuevos que convierten al psiquiatra preventivo en: asesor de los grupos en sus problemas de relación, intermediario entre la comunidad y los poderes públicos, analizador institucional en las dinámicas patógenas de los grupos, consejero de maestros y familias, asesor de jueces y fiscales sobre problemas de menores delincuentes, asesor del poder político sobre condiciones de vida de las poblaciones, es decir actuar sobre las condiciones sociopolíticas que hacen patógena a una sociedad. La prevención secundaria son las acciones sobre individuos enfermos o con riesgo a enfermar. Mientras que la prevención terciaria tiene que ver con las acciones a desarrollar sobre las consecuencias de la enfermedad. Cumple un papel importante en esta último, las instituciones, ya que implica un proceso de desinstitucionalización para ayudar a la reintegración social.

Para sintetizar la ideología básica de la psiquiatría comunitaria son las intervenciones en crisis, y la psiquiatría preventiva. La formación de los psiquiatras requería un manejo de técnicas de acción social, compartir sus saberes médicos con otros miembros del equipo terapéutico, y aceptar la intervención de no profesionales. La sociedad debía comprometerse en los consejos consultivos de los centros de salud mental, programas de acciones, y la gestión de servicios. En cuando a las instituciones asistenciales deberán adecuarse a nuevos criterios terapéuticos: se considera iatrogénico el aislamiento terapéutico; los psicoanalistas

en EE.UU se entusiasmaron con las comunidades terapéuticas y el psicodrama de Moreno; los psicofármacos permitieron atenuar el carácter represivo del tratamiento de los enfermos agitados, violentos o agresivos, y por último surgen también prácticas terapéuticas inéditas como recreación social, musicoterapia, psicodanza, psicodrama, expresión corporal, laborterapia, etc. Aun así los sectores que esta política proponía modificar no facilitaron el éxito o lo impidieron: en el aparato político administrativo muchos estados no aceptaban el control federal, los profesionales se resistieron a la idea de una función más ligada a la comunidad, y por último la población fragmentada, pues los modelos que desde la cultura se aportan y la tradición liberal de los profesionales refuerza la ideología de una responsabilidad individual por el fracaso psíquico o por la enfermedad y demanda un asistencia personalizada.

El servicio de consulta y educación vio dificultada su función, como consecuencia se limitó a la divulgación de los servicios del centro y a la incitación a la consulta precoz y preventiva. Además, se generó desconfianza de las poblaciones marginadas sobre el papel de control represivo del centro, ya que lo vinculaban a diferentes organismos generales que se dedicaban a la asistencia y vigilancia de estos grupos sociales.

Galende, E. y Barenblit, V. (1994) nos afirman sobre esta reforma que *“era ciertamente ilusorio creer que un proyecto tan ambicioso como el de la psiquiatría comunitaria y su política a partir de la ley Kennedy, que pretendía no sólo la liquidación de la institución asilar sino también impulsar la intervención en todos los ámbitos sociales a fin de prevenir las enfermedades mentales y promover valores positivos en Salud Mental, que requería además la formación de un grupo profesional identificado con esta nueva doctrina, con recursos económicos importantes para su implementación adecuada, y que requería acuerdos del Instituto Nacional de Salud Mental con cada uno de los Estados para su concreción, pudiera realizarse en la actual sociedad norteamericana.”* (p.182)

Con la administración de Nixon se produce un retroceso a la gestión privada de los problemas. A pesar de las dificultades, hay algunos resultados positivos de la

reforma: se rompe la hegemonía de la institución psiquiátrica, se fractura el poder de la figura del psiquiatra sobre la enfermedad mental, se modifica la población asistida porque llegan problemas más leves y vinculados a las dificultades de la vida, se ha generado también una conciencia más política de los problemas vinculados al bienestar general, y aunque es objeto de críticas se expandió la capacidad de penetración de las técnicas psiquiátricas, psicológicas y psicoanalíticas en el tejido social.

Tras un largo periodo de desencuentro, la psiquiatría oficial y la antipsiquiatría terminan confluyendo, es decir la psiquiatría reduce el encierro, y admite la necesidad de reincorporar a los enfermos mentales a la sociedad. Este fenómeno conocido como desinstucionalización lleva al cierre de muchos manicomios, y se recurre así a los hospitales de día, y a los hospitales psiquiátricos para momentos de crisis.

MARCO TEORICO

SEGUNDA PARTE

OMS, OPS Y SALUD MENTAL

La OMS inició su andadura al entrar en vigor su Constitución el 7 de abril de 1948 –fecha en la que celebramos cada año el Día Mundial de la Salud.

Bertolote, JM. (2008) señala que con el nacimiento de la OMS y su configuración como organismo internacional técnico-político en materia de salud, surge inmediatamente y como parte del mismo un comité de expertos en salud mental cuya tendencia fue la de buscar fomentar tanto la atención comunitaria de aquellos que tradicionalmente habían sido el objeto del campo (los “locos”), así como ampliar las acciones a la comunidad desde una perspectiva y organización preventiva.

La salud mental fue incorporada a la Organización Panamericana de la Salud en 1961, ahí es cuando se dan los primeros pasos. Con el Dr. Jorge Velasco Alzaga como asesor regional, se hizo el diagnóstico de la salud mental en todos los países que integran la OPS, las instituciones psiquiátricas y dio cuenta de las condiciones deplorables de estas últimas.

Durante ese período la Organización Panamericana de la Salud estableció relaciones formales con la Federación Mundial para la Salud Mental, con la Asociación Psiquiátrica de América Latina, con la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos y con el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de América.

En 1966, se realizó en Kingston, Jamaica, el tercer y último Seminario Subregional de Salud Mental. En la misma se dio mayor énfasis a un enfoque integral de salud mental y consecuentemente se hizo una crítica más directa del hospital psiquiátrico. Al finalizar la misma se propuso que *“no se construyan más hospitales psiquiátricos y que se ofrezcan tratamientos alternativos de las enfermedades mentales desde la salud pública”* (OMS/OPS, 2016). De esta manera se fue promoviendo un cambio en la asistencia psiquiátrica.

En 1969 la OPS en Viña del Mar consensuó sobre las necesidades apartarse de los modelos manicomiales, y la integración de los programas de salud mental en el

contexto de la salud pública, la modificación de la legislación existente en relación a la salud mental, y la participación de pacientes y familiares tanto en la planificación como en la prestación de servicios. Este encuentro fue precursor de la Conferencia sobre la Reestructuración Psiquiátrica en América Latina y de la "Declaración de Caracas de 1990.

En los siguientes años distintos países establecieron servicios demostrativos de salud mental comunitaria con el apoyo de la OPS/OMS, pero duraron poco por falta de financiación.

En la ciudad de Alma-Ata en 1978, apadrinada por la OMS y el fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se realiza la conferencia internacional en la cual participan ministerios de salud de más de cien países. En esta reunión se formaliza la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) intentando orientar los planes para todos los países miembros de la Organización Mundial de la Salud, y con la meta de "salud para todos en el año 2000".

En 1987 con el Dr. Itzhak Levav como asesor regional en Salud se lanzó la Iniciativa Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, que tuvo como punto de partida la Conferencia de Caracas. *"Entre otras cosas, la Declaración de Caracas enfatizó que la atención convencional, centrada en el hospital psiquiátrico, no permitía alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva. Posteriormente se realizó una reunión de los países del Caribe Inglés donde se adoptó una declaración análoga a la de Caracas."* (OMS/OPS, 2016)

En 1997 el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) reiteró su apoyo al proceso de reestructuración de la atención psiquiátrica. *"La Resolución CD 40/R19 del Consejo Directivo de ese año instó a los Estados Miembros a : A) desarrollar Programas Nacionales de Salud Mental, reorientar los Servicios de Salud Mental (de institucionales a comunitarios), B) desarrollar acciones de control de los trastornos afectivos, las epilepsias y las*

psicosis, C) fortalecer las acciones de promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez, D) aumentar las asignaciones para programas de formación en salud mental, E) mejorar la legislación y las regulaciones para la protección de los Derechos Humanos". (OMS/OPS, 2016)

En 2001 en el mes de septiembre, el Consejo Directivo de la OPS discutió y aprobó un documento técnico y una resolución sobre el tema que, entre otros puntos, instaba a los Estados Miembros a: *"A) incluir la salud mental entre las prioridades de la salud pública, B) intensificar las acciones para reducir el estigma y la discriminación contra las personas con trastornos mentales, C) continuar desarrollando esfuerzos y estrategias para lograr que la atención de salud mental se desplace de los hospitales psiquiátricos a la comunidad, D) promover y apoyar la puesta en práctica de programas de rehabilitación psicosocial, E) desplegar esfuerzos para crear y/o actualizar las disposiciones jurídicas que protejan los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales, F) fortalecer los servicios y programas para grupos poblacionales con necesidades específicas (mujeres, ancianos, niños, refugiados, víctimas de los desastres e indígenas), G) reforzar el enfoque multisectorial de la salud mental, H) promover la participación familiar y comunitaria."* (OMS/OPS, 2016)

En el mismo año la Organización Mundial de la Salud decidió lanzar una serie de iniciativas destinadas a colocar la salud mental en la agenda política global y darle una mayor visibilidad en todo el mundo.

Entre el 5 y el 7 de noviembre de 2005 se celebró en la capital del Brasil, la "Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas". La Declaración Final de Brasilia menciona los nuevos desafíos que se habían hecho más evidentes en esos últimos quince años. Cinco grandes temas se trataron: A) La necesidad de atención de salud mental para los grupos vulnerables, como las poblaciones indígenas y las comunidades afectadas por desastres naturales. B) Los trastornos mentales y la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia. C) La conducta suicida. D) Los problemas con alcohol

y/o abuso de sustancias. E) El aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental.

Entre los elementos más importantes del periodo 2006-2009 se destacan los siguientes:

- Difusión de los Principios de Brasilia, documento programático que marca un ajuste importante en cuanto al enfoque de la reestructuración de los programas y servicios de salud mental en la Región.
- Evaluación de los sistemas de salud mental de los países usando la metodología del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud
- Énfasis en el apoyo técnico a los países para que alcancen niveles apropiados de implementación de sus Planes Nacionales de Salud Mental.
- Fortalecimiento de la cooperación técnica en el campo de la salud mental de la niñez y adolescencia.

Es indudable que, si evaluamos en una dimensión histórica la evolución de los servicios de salud mental, se pueden observar avances notables en la mayoría de los países. No obstante, aún existe un largo trecho por recorrer.

En junio de 2009 el tema salud mental fue llevado al Comité Ejecutivo de la OPS donde se aprobó la Estrategia y Plan de Acción en Salud Mental. Su aprobación definitiva se discutió en la reunión del Consejo Directivo de OPS, que tuvo lugar en septiembre de 2016. (OMS/OPS, 2016)

REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN ARGENTINA EN EL MARCO DE LA LEY DE SALUD MENTAL 26657: ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Entre el periodo de 1945 a 1970 las políticas en salud en Argentina consistieron en: la creación del ministerio de salud, la creación de redes de servicios de salud, función rectora nacional, continuidad y coexistencia del modelo asistencial, y la creación de obras sociales.

Después como políticas postperonistas tenemos la descentralización, el crecimiento del sector privado, el crecimiento de las obras sociales (ley 18610), creación del PAMI, y la intervención de sindicatos en dictadura.

En el periodo comprendido desde 1976 a 1983, es decir durante la dictadura militar se profundiza la descentralización sin asignación de recursos, hay un desarrollo anárquico del sector privado con importación masiva de aparatología, se producen los primeros arancelamientos de hospitales públicos, y una crisis financiera de las obras sociales.

“A nivel mundial la declaración de Alma Ata acontece en una época en que la mayoría de los países de América del Sur estaba gobernada por dictaduras militares. Coincide entonces con el desmantelamiento del sistema sanitario nacional y de la transferencia de servicios y responsabilidades a las provincias. “Durante la dictadura (1976-1983), la atención desconcentrada en las zonas periurbanas fue desalentada y en algunos casos reprimida, básicamente porque el conflicto político-militar de la década tenía como escenario casi excluyente a las grandes ciudades. En cambio, se reinstaló en algunas provincias un programa financieramente asistido de alcance nacional, que se conocía como Salud Rural.

Cuando se produjo la reunión del Alma Ata, esta denominación ya era insuficiente porque los programas territoriales venían extendiéndose a ciudades de pequeño y medianos portes, y se decidió rebautizar a los mismos como programas de Atención Primaria de Salud (APS).” (Rovere, M. y Bertolotto, A., 2012)

La declaración de Alma Ata proponía a la salud como un derecho humano fundamental, que la desigualdad existente en el estado de salud de la población es un hecho político y socialmente inaceptable, que el desarrollo económico-social es fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa en la salud, a los países desarrollados de los países en desarrollo, que la participación en la planificación y aplicación de su atención de salud es un derecho y deber de los pueblos, que es obligación de los gobiernos de los distintos países cuidar la salud de sus pueblos. Toma a la APS como la asistencia sanitaria esencial basada en: métodos y tecnología apropiada, científicamente fundados, y socialmente aceptados. La APS es el primer nivel de contacto de la población con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas. Constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Debe ser una prioridad de los gobiernos, se orienta hacia los principales problemas de la salud de las poblaciones y presta servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Comprende las siguientes actividades: educación sobre los problemas de salud y los métodos de prevención, la promoción, la multisectorialidad porque requiere de otros sectores conexos más allá del sector salud y que actúen coordinadamente, y por último la participación de la comunidad.

“La aplicación de las distintas perspectivas e interpretaciones de APS en nuestro país tuvieron un claro correlato con los distintos períodos políticos que atravesó la Argentina.” (Rovere, M. y Bertolotto, A., 2012)

Específicamente en salud mental: se desmantelan experiencias comunitarias preexistentes, profundizando una tendencia que comenzó a principios de 1975, a su vez se descentralizan algunos grandes establecimientos sin asignación presupuestaria específica, los servicios hospitalarios se repliegan o aíslan, centrándose en la asistencia individual.

Entre 1983 y 1989 con el primer gobierno posdictadura se propone la implementación de un seguro nacional de salud, entra con fuerza el movimiento de las APS y su vez hay una crisis global del sistema por hiperinflación en 1989. En

salud mental en 1984 con la asesoría del DR. Mauricio Goldemberg se crea el Plan Nacional de Salud Mental, asimismo se crean las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental (RISAM), se crean también las direcciones de salud mental en varias provincias, además de la ley del Ejercicio Profesional de la Psicología, y por último en este periodo tenemos la reforma en Río Negro (la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro). Una reforma fue impulsada por Río Negro a partir de 1985. *“Reconocida a nivel internacional, incluyó la apertura de dispositivos de atención con base territorial y de servicios de Salud Mental en los hospitales generales de esa provincia, la conformación de equipos interdisciplinarios para atender problemáticas mentales en sus lugares de origen, y un intenso trabajo comunitario con el eje puesto en la inclusión social de las personas con padecimiento mental. Hacia 1988, se concretó el cierre definitivo del hospital psiquiátrico que estaba ubicado en la localidad de Allen, en el Alto Valle del Río Negro. En 1991, además, fue sancionada la Ley Provincial N° 2440, llamada de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental” (Plan Nacional de Salud Mental, 2012, p.12)*

En los 90 con el estado neoliberal se produce una descentralización, desaparece la Dirección Nacional de Salud Mental reducida a una unidad coordinadora, hay un proceso de descentralización de establecimientos salvo la Colonia Montes de Oca, las iniciativas transformadoras son provinciales o locales, y como última característica de este momento histórico tenemos el incremento del desempleo y su precarización, el carácter focalizado y restringido de las políticas sociales y la tendencia general de la reforma antagonizan con propuestas de tipo comunitario e inclusivo.

FORMULACION DE LEYES EN LA ARGENTINA

La presentación de leyes en Argentina la realizan senadores, diputados y el presidente de la Nación. En 1994 se incorporó la iniciativa popular, que permite a los ciudadanos presentar proyectos de ley ante la cámara de diputados.

Cuando el proyecto de ley ingresa por la cámara de Diputados, ésta pasa a ser la cámara de origen del proyecto, mientras que la cámara de Senadores pasa a ser la cámara revisora, de igual manera en caso contrario, es decir si ingresa por el Senado, ésta es la cámara de origen y Diputados será la cámara revisora del proyecto de ley. Cuando un proyecto vuelve a la cámara de origen con correcciones adiciones dadas por la cámara revisora, podrá la de origen aprobar o desechar la totalidad de adiciones o correcciones, o solo aprobar algunas y desechar otras. En ningún caso se pueden introducir modificaciones que no haya dado la cámara revisora.

En democracia la elaboración de una ley conlleva los siguientes pasos:

- Etapa iniciativa: consiste en la formulación del proyecto de ley, que pueden realizarlo el congreso, el poder ejecutivo o los ciudadanos a través el derecho de iniciativa popular. Es la presentación del proyecto en cámara de diputados o en el senado.
- Etapa constitutiva: esta etapa es llevada a cabo de forma exclusiva en el congreso. Consiste en la sanción de la ley y para eso el proyecto pasa a una o más comisiones de asesoramiento, que emiten un dictamen. En ocasiones, frente a temas de gran urgencia o relevancia, un proyecto puede ser tratado “sobre tablas” en el recinto sin que haya pasado previamente por las comisiones.
- Debate en parlamento en ambas cámaras: promulgación y publicación de la ley en el boletín oficial. Esto es realizado por el poder ejecutivo.

Un proyecto aprobado en la cámara de origen pasa luego a ser discutido en la cámara revisora, que lo puede aprobar, rechazar o devolver con sus correcciones. Asimismo, el presidente de la nación puede aprobar y promulgar la ley, se completa así el proceso legislativo. Puede ser por medio de un decreto o bien “promulgación

de hecho”, ya que si el presidente no se pronuncia pasado los diez días hábiles desde que se le comunicó la norma, se promulga automáticamente. En ambos casos la ley luego se publica en el boletín oficial y entra en vigencia de acuerdo a los plazos legales. El presidente también puede vetar la ley, de forma total o parcial. En caso parcial puede promulgar parcialmente la parte no vetada. En caso total, el proyecto de ley vuelve al poder legislativo que puede aceptar el veto o insistir en su sanción. Si ambas cámaras cuentan con dos tercios de los votos para que se promulgue la ley, se realiza, aunque el presidente no esté de acuerdo. Si tienen esa cantidad de votos, el veto del presidente se mantiene, y ese proyecto de ley no puede volver a tratarse en sesiones de ese año.

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

La Ley Nacional de salud mental N° 26657 se promulga en noviembre de 2010, y se reglamentó el 28 de mayo de 2013 a través del decreto 603/2013.

Fue Sancionada por unanimidad luego de 4 años de debates en ambas cámaras del Parlamento. Esta ley, que es de orden público y por tanto está vigente en todo el país desde su publicación, sigue la lógica de la ley de niños, niñas y adolescentes y la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, en cuanto a sustituir el enfoque tutelar por el enfoque de derechos.

Esta sustitución implica abandonar una mirada protectora-autoritaria de las personas con padecimientos mentales para asumir una perspectiva asociada a la llamada “dignidad del riesgo”. Este concepto, es central en la constitución de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, puesto que pone como punto central la voluntad de anular todo tipo de riesgos.

La LNSM fue explícitamente apoyada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS).

El objeto de la LNSM es por un lado asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas de nuestro país como también afirmar el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental del territorio nacional.

La LNSM siendo una ley de orden público, debe ser cumplida en todas las jurisdicciones del país, es decir en todos los servicios y efectores de salud, tanto del sector público como del privado. Son parte integrante de esta ley e “*instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas*” (Ley 26657, 2013) según el artículo 2:

- “*Los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991*”

- *“La declaración de Caracas de la OPS y de la OMS, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990”*
- *Y “Principios de Brasilia Rectores Para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre del 1990” (Ley 26657, 2013, art.2)*

La ley define en su artículo 3° a la salud mental *“como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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. Debiendo partir de la presunción de capacidad de todas las personas”.* (Ley 26657, 2013, art.3)

Esta definición de salud mental es un posicionamiento que implica superar los modos de pensamiento hegemónicos en relación a la salud y a la enfermedad:

- Deja de pensar a la salud como lo opuesto a la enfermedad, para incluirla en un continuo, el proceso de salud-enfermedad-cuidados.
- Rompe con la disociación entre lo individual y lo social o lo biológico y lo mental, intentando dar cuenta de la complejidad del fenómeno.
- Ubica los fenómenos de salud y enfermedad en una perspectiva histórica.
- Propone la consideración acerca de las significaciones culturales atribuidas al padecimiento.

La ley plantea en el artículo 31 que *“la autoridad de aplicación de la ley Nacional de Salud Mental es el Ministerio de Salud, a partir de un área específica que designe cree o designe a tal efecto”.* Asimismo, en el artículo 31 dice *“el poder ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del 10% respecto del presupuesto total designado a la salud, se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio”.* (Ley 26657, 2013)

La Ley 26657 sobre los derechos de las personas con padecimiento mental garantiza en su artículo 7 *“recibir atención sanitaria y social integral, humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario, y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud”*, *“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”*, *“conocer y preservar su identidad, grupos de pertenencia, su genealogía y su historia”*, *“derecho a que su padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable”* entre otros. (Ley 26657, 2013)

Afirma el derecho 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, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales; y el derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades. El Decreto Reglamentario 603/13 agrega que: *“Todo paciente, con plena capacidad o, sus representantes legales, en su caso, podrán disponer directivas anticipadas sobre su salud mental, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos y decisiones relativas a su salud, las cuales deberán ser aceptadas por el equipo interdisciplinario interviniente a excepción que aquellas constituyeran riesgo para sí o para terceros.”* (Ley 26657, 2013, art.7)

Respecto de la modalidad de abordaje la ley asegura *“debe promoverse que la atención en salud mental este a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales teóricos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente”*, *“el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito hospitalario, y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud”* (Ley 26657, 2013, art. 8, 9) y agrega sobre el consentimiento informado *“por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con*

las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.” (Ley 26657, 2013, art.10)

Respecto del abordaje intersectorial se refiere a que el trabajo por el derecho a la salud debe ser necesariamente encarado por diversos sectores, articuladamente con el sanitario. El abordaje intersectorial implica 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. En este sentido la Ley Nacional de Salud Mental dispone que se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia con distintos niveles de apoyo, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas. (Ley 26657, 2013, art. 11)

En consideración de los derechos de los usuarios en las internaciones la Ley afirma en sus artículos 14 y 15 que la internación *“se prescriba en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios e integrales, con dictamen fundado y firmado por al menos dos profesionales”, “solo se lleve a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario o social”, “sea lo más breve posible”, “nunca se prescriba ni prolongue para resolver problemáticas sociales o de vivienda”, “mantener los vínculos y la comunicación con los familiares, allegados y el entorno laboral y social”, y “abandonar en cualquier momento la internación voluntaria”.* (Ley 26657, 2013, art.14, 15)

Cabe destacar el art 28 en términos de que la internación en salud mental debe realizarse en hospitales generales, y por ende el hospital debe contar con los recursos para esto. Asimismo agregas sobre las internaciones el art 16 que *“Toda disposición de internación dentro de las 48 horas debe cumplir con los siguientes*

requisitos: a) evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realiza la internación, uno de los cuales debe ser psiquiatra o psicólogo b) búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar c) consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda". (Ley 26657, 2013, art. 28)

Referente a las internaciones involuntarias la Ley 26657 ampara que *"aplique de modo excepcional, solo cuando a criterio del equipo de salud exista situaciones de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros y únicamente en los casos que no sean posibles los abordajes ambulatorios".* Se interna involuntariamente solo cuando mediere la situación de cierto riesgo e inminente. El decreto reglamentario 603/13 define como riesgo cierto e inminente a: *"aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros".* Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario. (Ley 26657, 2013, art. 20)

Además *"en un plazo máximo de 10 horas se notifique la internación a un juez y al órgano de revisión, para que controlen periódicamente la legalidad y condiciones de la medida"* y también *"contar con un abogado defensor proporcionado por el estado desde el momento en que se inicia la internación, quien se podrá oponer a la medida y solicitar la externación en cualquier momento".* (Ley 26657, 2013, art. 20) el artículo 21 en referencia a las internaciones involuntarias agrega que *"el juez solo puede ordenar por sí mismo una internación cuando, cumplidos los requisitos establecido (riesgo cierto e inminente) el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla"* (Ley 26657, 2013, art. 21)

En relación a la medicación de los usuarios plantea La Ley Nacional de Salud Mental que *"la prescripción de medicación, (o de cualquier otra medida terapéutica, según el Decreto Reglamentario), sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la*

necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales” (Ley 26657, 2013, art. 12). De aquí se deduce que la primera opción terapéutica debe ser el acompañamiento y los cuidados especiales en función de las circunstancias.

A fines del 2017 se conoció un proyecto de reforma del decreto reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 en cual se pretendía dar un giro rotundo en la política de salud mental que marcó esta ley sancionada y valorada por organismos internacionales como protectora de los derechos humanos.

La ley Nacional de Salud mental fue un avance clave para el reconocimiento de las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho y para la sustitución de manicomios por tratamientos dignos y en la comunidad. El proyecto de reforma del decreto reglamentario es un intento de retroceso gravísimo para los usuarios de la salud mental, volviendo a viejos paradigmas.

Los puntos más preocupantes fueron: que modificaba la concepción de la salud mental como un proceso multideterminado por componentes históricos, socio económico, cultural, biológico y psicológico, y reinstala el modelo medico hegemónico de perspectiva biologicista que resulto en su momento insuficiente para el tratamiento integral de usuarios de la salud mental.

Esta mirada habilita exclusivamente las “prácticas fundadas en evidencia científica” y excluye los aportes de disciplinas imprescindibles para la rehabilitación del padecimiento mental, como la terapia ocupacional, la musicoterapia, el arte, la enfermería, la psicología, los acompañamientos terapéuticos y el trabajo social, entre otras.

Reinstala el manicomio bajo el nombre de “hospitales especializados en psiquiatría y salud mental” y admite el aislamiento pleno de personas a quienes vuelve a considerar “enfermos” como un tratamiento regido por el “arte médico”. De igual modo, habilita tratamientos en comunidades cerradas para las personas con consumo de drogas. En la misma línea, a la hora de determinar una internación compulsiva, sustituye el requisito de inminencia del daño para sí o para terceros y

reinstala el concepto de peligrosidad ya que permite una evaluación basada en riesgos potenciales. La ley prohíbe expresamente los *manicomios*, y si bien la propuesta de reglamentación no la contradice propone como “dispositivos alternativos” a los manicomios a *hospitales especializados en salud mental* (lo cual comportaría un mero cambio de nombre), lo cual podría ser considerado un ejemplo de cómo una reglamentación puede ir en contra del espíritu de la ley.

Lesiona y desnaturaliza el derecho a una defensa técnica de las personas usuarias, y establece que los abogados defensores deben ponderar la opinión del equipo tratante para no inmiscuirse en el esquema terapéutico, circunstancia que desoye la voz y los intereses de la persona usuaria. Además, establece que el juez designará al defensor oficial impidiendo la actuación de oficio de acuerdo a la ley del Ministerio Público de la Defensa.

Reinstala la lógica del modelo tutelar de sustitución de la voluntad, al reconocer expresamente que una persona puede ser declarada completamente incapaz en franca contradicción con las disposiciones del reciente Código Civil y Comercial de la Nación y normas de superior jerarquía.

Quita de la competencia del Ministerio Público de la Defensa la designación de la máxima autoridad del Órgano de Revisión de la Ley y se la adjudica al Ministerio de Salud de la Nación. De esta forma la Autoridad de Aplicación de la ley será quien designe al responsable de ejercer las funciones de control sobre sí misma. A su vez, impone una nueva conformación plenaria que desequilibra la pluralidad de sectores y favorece mayorías médico hegemónicas.

Este proyecto de modificación de la ley recibió el repudio del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones. Se expidió desde Nación y esperó la firma del presidente. Además, varias de las entidades académicas, profesionales y de la sociedad civil que integran el Consejo dijeron que el proyecto es “una violación” a la norma constitucional en vigencia que fue aprobada de manera unánime en el

Congreso Nacional después de haberse consultado a todos los sectores involucrados en la temática.

LEY PROVINCIAL 9098

En nuestra provincia se sancionó la Ley de Protección de la salud mental, el 6/10/2011, y en el boletín oficial se publicó el 16/12/2011.

“Se consideran parte integrante de la presente ley los "Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental", adoptado por la Asamblea General en su Resolución N° 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la "Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud", del 14 de noviembre de 1990 y los "Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas", del 9 de noviembre de 1990, las normas para Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidades, la Declaración de Madrid (Asociación Mundial de Psiquiatría) y otras normas tales como: Atención a la Salud Mental: Diez Principios Básicos de la OMS" (WHO's Mental Health Care, Ten Basic Principales), se consideran Instrumentos de Orientación para la Planificación de Políticas Públicas en Salud". . (Ley Provincial 9098, 2011, art.2)

Define a la salud mental en su artículo n°3 como inseparable de la salud integral. Es decir, un proceso que tiene que ver con lo histórico, socioeconómico, biológico, psicológico y como tal es un campo científico, interdisciplinario, político e intersectorial. (Ley Provincial 9098, 2011, art.3)

En el capítulo 3 sobre los derechos de los usuarios con padecimientos subjetivos reconoce el derecho a recibir tratamiento, a ser acompañado durante el mismo, a poder acceder a su historia clínica, a no ser discriminado, a acceder a la reinserción social y laboral, entre otros.

El capítulo 4 consta del sistema de salud mental dentro del territorio provincial de La Rioja, en tanto servicios públicos y privados y como éstos trabajaran interinstitucionalmente, interdisciplinariamente, e intersectorialmente.

Capítulos 5 y 6 plantean el ámbito de aplicación, y la autoridad de aplicación respectivamente.

Sobre la modalidad de abordaje en el capítulo 7 plantea el principio de territorialidad, y accesibilidad, el abordaje comunitario, inclusión en todos los niveles asistenciales, articulación interinstitucional e intersectorial, como así también el consentimiento informado, el uso de medicamento, y la prohibición de que se creen nuevos manicomios.

Del equipo interdisciplinario en el capítulo 8 y 10, asegura la atención en salud mental a cargo de equipos interdisciplinarios, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Por lo tanto, todos los profesionales componentes del equipo estarán en igualdad de condiciones. En tanto el diagnóstico, la ley provincial asegura que no se debe considerarse un estado inmodificable, que haya un padecimiento no implica que haya peligrosidad para sí o para terceros, y que se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

El capítulo 9 es sobre capacitación investigación y docencia en términos de actualización permanente para los equipos interdisciplinarios de salud mental. Afirma que el estado debe promover la investigación en ámbitos privados y públicos.

Sobre las internaciones en el capítulo 11 plantea que las mismas deben realizarse solo como recurso terapéutico y que el mismo aporte mayores beneficios al tratamiento. Las internaciones deben realizarse en hospitales generales, será solo una etapa del tratamiento, y toda evolución del paciente debe registrarse en la historia clínica. En las próximas 48 horas desde la internación, se debe realizar diagnóstico interdisciplinario, evaluación, motivos que justifiquen la internación, con la firma de por lo menos dos profesionales, uno deberá ser psiquiatra. Se deberá trabajar siempre con el consentimiento informado, en los casos donde la persona internada este bajo su consentimiento, puede en cualquier momento abandonar la internación. En los casos de internaciones involuntarias solo se realizarán cuando mediere la situación de riesgo cierto e inminente.

En tanto sobre las derivaciones en el capítulo 12 afirma que las mismas, ya sean internaciones o tratamientos ambulatorios, solo se realizan fuera del ámbito comunitario de donde vive la persona, si en ese lugar contase con mayor apoyo y contención social o familiar.

El capítulo 13 del órgano de revisión afirma que éste se crease independiente, imparcial y permanente, para que actúe de acuerdo con los procedimientos establecidos por la legislación vigente. Será multidisciplinario y los gastos del mismo serán afrontados por el ministerio de salud pública. El mismo capítulo plantea cuales son las funciones del órgano de revisión.

Por último, el capítulo 14 sobre el consejo consultivo, plantea que será un órgano plural, participativo y democrático integrado por representantes de la dirección de salud mental, profesionales, organizaciones no gubernamentales vinculadas a la temática, asociaciones de asistidos y familiares, entre otros. El mismo cumplirá la función de monitorear y evaluar la implementación de la ley, realizará propuestas, recomendaciones, etc.

MARCO TEORICO

TERCERA PARTE

CONTEXTUALIZACION

En este marco ¿Cuáles son las instituciones que se ocupan de la salud mental en nuestra provincia?

La Dirección Provincial de Salud Mental, perteneciente al Ministerio de Salud Pública de la provincia de La Rioja, se jerarquiza como tal en diciembre del año 2010, en concordancia con las nuevas políticas públicas en salud mental, legitimadas por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, y Ley Provincial N° 9098, con una cobertura que abarca capital y todo el interior provincial. Esta Dirección cuenta en la actualidad con un equipo técnico fijo, conformado por las siguientes disciplinas: Terapia Ocupacional, Psicología y Psiquiatría, lo cual garantiza, bajo una mirada interdisciplinaria, la participación técnica para la conformación y ejecución de proyectos y políticas públicas en todo el territorio provincial. Es quien se ocupa entonces de los derechos de las personas con enfermedad mental en nuestra provincia.

Contamos en nuestra provincia con centros de días, que implican una prestación de tipo ambulatoria orientada a la promoción, prevención de la salud mental y al tratamiento de patologías psiquiátricas de menos complejidad. Asimismo, hay clínicas privadas que cuentan con hospital de día, consultorios externos, e internación.

De igual manera en el ámbito público, es decir en el Servicio de Salud Mental dependiente del Hospital Enrique Vera Barros de la provincia de La Rioja.

El Hospital Dr. Enrique vera barros, cuenta con el servicio de adolescencia, psicología clínica, y el servicio de salud mental. Es importante aclarar que, aunque es parte del Hospital Dr. Enrique Vera Barros, está aproximadamente a dos cuadras del mismo, totalmente separado del hospital.

Anterior a la ley, el servicio de salud mental se llamaba “servicio de neuropsiquiatría”. Desde la sanción de la ley de salud mental se comenzó a llamar Servicio de Salud Mental. Además, se considera como servicio puertas abiertas, es decir las puertas de la institución para aquellos pacientes internados permanecen

abiertas todo el día, el paciente entra y sale cuando quiere. A partir de la Ley 26657 se comienza a trabajar interdisciplinariamente, pues la idea es restituir los derechos que los pacientes tenían vulnerados.

Se busca que tengan las necesidades básicas cubiertas, medicamentos en tiempo y forma. El servicio de Salud Mental cuenta con un servicio constituido por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeuta ocupaciones y enfermeros. Se constituyen equipos interdisciplinarios que se dividen por días para la asistencia del internado. También cuenta con un sistema ambulatorio conformado por psicólogos y psiquiatras y por último los equipos de guardia que están en el internado y a veces se dirigen a la guardia central (en el hospital Vera Barros).

El abordaje que se realiza es a partir de la ley de salud mental. El estado plantea la Ley de salud mental, en donde se deja establecida la abolición de los manicomios por lo que no se pueden tampoco, incluir más camas. También hay que destacar que hay diversas actividades que se realizan por fuera de la institución, como educación física una vez a la semana, y salidas a diversos lugares. Hay reuniones de equipo una vez la semana para ver el abordaje de los pacientes y cuál es el pronóstico.

Asimismo, las estrategias y técnicas que utiliza el establecimiento son en un primer momento hacer una entrevista de admisión de acuerdo al relato del paciente. De acuerdo al criterio del equipo se ve si es para internación o consultorio externo. Una vez que se tienen en cuenta todos los elementos, se realiza un diseño de plan terapéutico teniendo en cuenta la urgencia, emergencia y diagnóstico para posibilitar la estabilidad y aliviar el padecimiento.

QUE ES URGENCIA / ABORDAJE DE LA URGENCIA EN SALUD MENTAL Y LNSM

Urgencia en salud mental es *“toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requiere atención inmediata.”* (Cáceres, M. et al., 2017, p.37)

De este concepto entendemos que una crisis tiene que ver con causas orgánicas, psíquicas y/o sociales en términos de una ruptura del equilibrio. La urgencia es un emergente en términos de malestar. No es un elemento aislado pues requiere que esa persona sea asistida de manera integral (bio-psico-social) para evitar la recurrencia.

Así como hay causas o factores variables, también varían las medidas a tomar frente a la situación de urgencia en salud mental. Se puede evaluar la necesidad del uso de psicofármacos, espacio terapéutico, internación, asistencia social, acompañamiento terapéutico, entre otras posibilidades que pueden ofrecer los profesionales en dicha situación.

Frente a una urgencia el equipo, familia o juez pueden decidir la internación de ese usuario. Teniendo en cuenta esto debemos diferenciar las internaciones voluntarias e involuntarias.

Voluntarias es cuando la persona presta consentimiento para la internación y podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la misma, salvo que el equipo tratante considere que existe riesgo cierto o inminente para sí o para terceros.

En las internaciones involuntarias la persona no presta consentimiento para la internación Únicamente pueden llevarse adelante ante riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, y bajo estrictas condiciones.

El Código Civil y Comercial de la Nación vigente desde 2015 establece en el artículo 42 que “La autoridad pública puede disponer el traslado de una persona cuyo estado

no admita dilaciones y se encuentre en riesgo cierto e inminente a un centro de salud para su evaluación. En este caso, si fuese admitida la internación, debe cumplirse con los plazos y modalidades establecidos en la legislación especial. Las fuerzas de seguridad y servicios públicos de salud deben prestar auxilio inmediato.

“La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Antes de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, las personas podían pasar decenas de años en situación de internación, dejando de ser un recurso terapéutico ante una situación de crisis para pasar a ser su hábitat. Muchas quedaban viviendo dentro de los hospitales neuropsiquiátricos por no tener otro lugar a dónde ir a vivir, situación que ilegalmente persiste en la actualidad.”
(Cáceres, M. et al., 2017, p.40)

INTERDISCIPLINA Y LNSM

Stolkiner en uno de sus textos explica que la OMS con el concepto de salud ya incorpora implícitamente el concepto de interdisciplina al plantear una salud que no es sólo cuestión física o biológica sino también psíquica y social inaugura una época en la cual la hegemonía del pensamiento biológico individual en la explicación del proceso salud/enfermedad empieza a ser cuestionada. (Stolkiner, A., 2003, p.5)

Para Stolkiner (2005) hablar de interdisciplina significa situarse necesariamente en un paradigma pos positivista. Reconocer una contraseña que agrupa a quienes adhieren, de diversas maneras, a una epistemología que no homologa el objeto del conocimiento al objeto real, que reconoce la historicidad y por lo tanto la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios, que no supone relaciones lineales de causalidad y que antepone la comprensión de la complejidad a la búsqueda de las partículas aisladas. (p.5)

En todo grupo humano pone en juego la cuestión del poder. Un discurso disciplinario y una competencia profesional son herramientas de poder, aceptar su limitación reduce el mismo. En los equipos de salud lo interdisciplinario se manifiesta cuando la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión. (Stolkiner, A., 2005, p. 8)

“La interdisciplina requiere de un trabajo sostenido y constante. Como afirma Nora Elichiry (1987, pág. 337): ” una cooperación ocasional no es interdisciplina” , se requiere de una actitud de “cooperación recurrente”. Si la lógica hegemónica es de competencia individual o de competencia de mercado entre profesiones y corporaciones, las condiciones de desarrollo del accionar interdisciplinario encuentran obstáculos importantes.” (Stolkiner, A., 2005, p. 3)

La interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Legitima algo que existía previamente: las importaciones de un campo a otro, la multireferencialidad teórica en el abordaje de

los problemas y la existencia de corrientes de pensamiento subterráneas –de época-- atravesando distintos saberes disciplinarios. La actividad interdisciplinaria, sea de la índole que sea, se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de ello. Pese a esa plataforma común hay distintas corrientes sobre la interdisciplinariedad. (Stolkiner, A., 2005, p.5)

Stolkiner (2005) afirma que a partir de la definición presente en la Ley sobre lo que se entiende por salud mental, podemos entenderla como un sistema complejo, no englobado por cada disciplina en forma independiente o fragmentaria. Más bien se entiende que los procesos de salud-enfermedad-cuidados deben ser abordados desde la intersectorialidad y la interdisciplina. (p.6)

Stolkiner (2003) nos dice que la visión fragmentaria, independiente de cada disciplina solo se puede superar desde una concepción compleja del proceso de salud-enfermedad-cuidados. La atención de los usuarios de salud mental debe basarse en el saber compartido de los profesionales, en un trabajo en equipo interdisciplinario que incluya la mirada y la palabra de los usuarios. (p. 7)

Agrega A. Stolkiner (2003) sobre la interdisciplina, un punto central de la LNSM, que la misma implica disposición a escuchar a los demás, que se pueda reconocer desde cada disciplina las limitaciones para así poder valorar los aportes de las demás disciplinas. Esto en términos de la salud mental como un campo complejo, al cual se debe responder desde la interrelación de diferentes disciplinas. (p.8)

También se requiere de un contexto institucional favorable al trabajo grupal, es decir, que exista tiempo y espacio para desarrollar las reuniones de equipo periódicamente, las cuales serán vinculantes para la elaboración de estrategias adecuadas para cada situación, y donde la importancia relativa de cada saber se defina en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión. (Stolkiner, A., 2005, p. 7)

La LNSM asegura que todos los profesionales con título de grado tienen igualdad de condiciones, por lo tanto, en términos de A. Stolkiner implica valorar la idoneidad y la capacidad de los diferentes integrantes del equipo interdisciplinario. La

interdisciplina para esta autora, requiere *“partir de un marco referencial común que implica acuerdos ideológicos básicos, necesarios para definir al problema y sus actores, considerando al equipo como uno de estos”*. (Stolkiner, A., 2005, p 3)

DISEÑO METODOLOGICO

La metodología al decir de Yuni y Urbano (2014) tiene que ver con el “*conjunto de reglas, procedimientos y criterios que el investigador debe considerar para construir y validar conocimientos científicos*”. Es decir, la metodología se ocupa de la serie de procedimientos y acciones que el investigador debe seguir.

A. Lógica de la investigación

El presente trabajo consta de una investigación mixta cualitativa – cuantitativa. La investigación cualitativa nos proporcionara datos descriptivos, tanto de lo observable como de las respuestas de los entrevistados.

Es cuantitativa en tanto que “*si bien los métodos cuantitativos están más vinculados con el enfoque positivista, las técnicas cuantificadoras pueden ser usadas en los estudios de caso y también en el procesamiento de los datos cualitativos*” (Bravin, C., y Pievi, N., 2008). Es decir que la información, los datos obtenidos de la investigación cualitativa serán ordenados y codificados de manera cuantitativa.

B. Tipo de investigación

El tipo de diseño elegido para esta investigación es descriptivo – exploratorio.

Se opta por esta combinación ya que la investigación exploratoria se utiliza para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos poco conocidos. Sirve para obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida real, investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área.

Asimismo, la investigación a realizar será descriptiva en tanto se describirá situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades. La investigación descriptiva requiere cierto conocimiento de la realidad para poder formular preguntas que luego se responderán.

C. Unidad de análisis

“Aquí el interés se centra en quienes, es decir, en los sujetos u objeto de estudio. Esto desde luego depende del planteamiento inicial de la investigación.” (Hernández Sampieri, R, et.al, 2000). La unidad de análisis en este trabajo está centrada en los profesionales de la guardia del Servicio de Salud Mental del Hospital V. B. (de ahora en más HVB)

D. Variables

Modalidad de trabajo, intervenciones, disposiciones, prácticas de los profesionales de la guardia del servicio de salud mental del HVB

E. Instrumentos de recolección de datos

Observación no participante:

Pues se requiere cierto distanciamiento del fenómeno a observar. Se observarán las intervenciones del equipo de trabajo, modalidad de trabajo en las guardias, con el fin de conocer cómo responde la institución en términos de la implementación de la ley de salud mental.

Entrevistas semiestructuradas:

Serán semiestructuradas en tanto que se alteran preguntas estructuras y preguntas abiertas. Se realizarán a profesionales del servicio de salud mental con el fin de conocer cuáles fueron los cambios que se realizaron desde la sanción de la ley, y como se implementa actualmente la misma.

Notas de campo: donde se anotará no solo lo observado sino también la experiencia del observador. Se realizan lo más pronto posible para no dejar pasar ningún detalle.

Encuestas: *“La encuesta es definida como la técnica de obtención de datos mediante la interrogación a sujetos que aportan información relativa al área de la realidad a estudiar.”* (Yuni, J., y Urbano, C., 2014) Se realizarán las mismas a profesionales del servicio de salud mental.

FORMATO DE ENCUESTA A PROFESIONALES DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL

1. ¿Cuál es su profesión?
 - a) T.O
 - b) Psicólogo
 - c) Psiquiatra
 - D) T.S
 2. ¿Hace cuánto trabaja en el Servicio de Salud Mental?
 - a) 1 año
 - b) entre dos y cinco años
 - c) entre seis y once años
 - d) más de 11 años
 - ¿Cómo definiría ud a la Salud Mental? _____
 - ¿Conoce la LSNM? SI / NO / POCO
 - ¿De qué forma?
 - Desde que comenzó a trabajar en la institución ¿hubo cambios? SI /NO
 - ¿Cuáles?
 - ¿Los asocia con la LNSM? SI / NO
 3. ¿Conoce la metodología que propone la ley para los agentes de salud mental? SI / NO
 - ¿Que opina al respecto?
 4. ¿La atención en las guardias la realizan equipos interdisciplinarios? SI / NO
 5. ¿El diagnostico se realiza interdisciplinariamente?
 6. ¿Cuáles son los criterios de Internación?
 - ¿Las internaciones se realizan solo con finalidad terapéutica? SI /NO
 - ¿Quiénes toman la decisión de internar?
 - ¿Se prolongan las mismas? SI / NO
 - ¿En qué casos?
 7. ¿Se trabaja con el consentimiento informado? SI / NO
 8. Cuando no se decide internar, ¿qué medidas se toman?
-

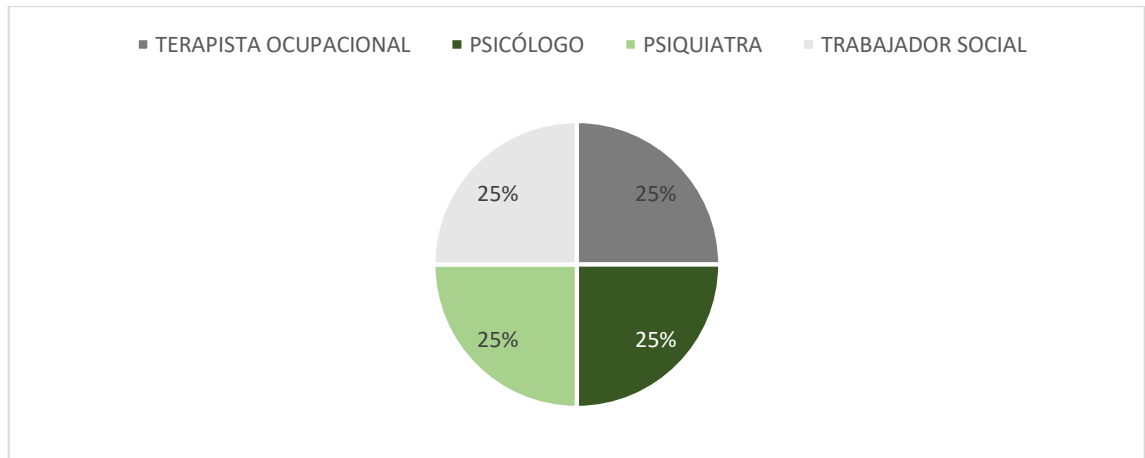
9. En su consideración ¿Cuáles son los facilitadores y obstaculizadores para la aplicación de la LNSM?
10. ¿Considera que se están realizando adaptaciones necesarias para brindar una atención hospitalaria?

RELACIONES TEORICAS- PRÁCTICAS

ANALISIS DE ENCUESTAS

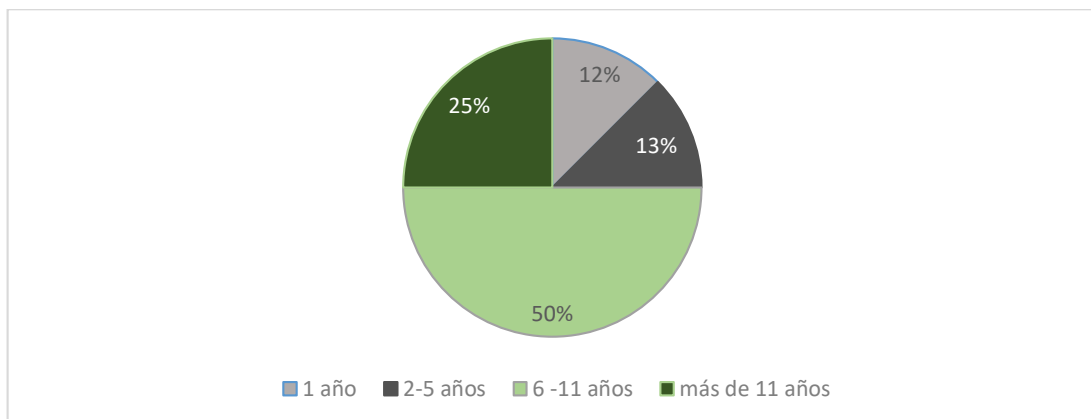
1. ¿Cuál es su profesión?

- a) T.O 2 b) Psicólogo 2 c) Psiquiatra 2 d) T.S 2



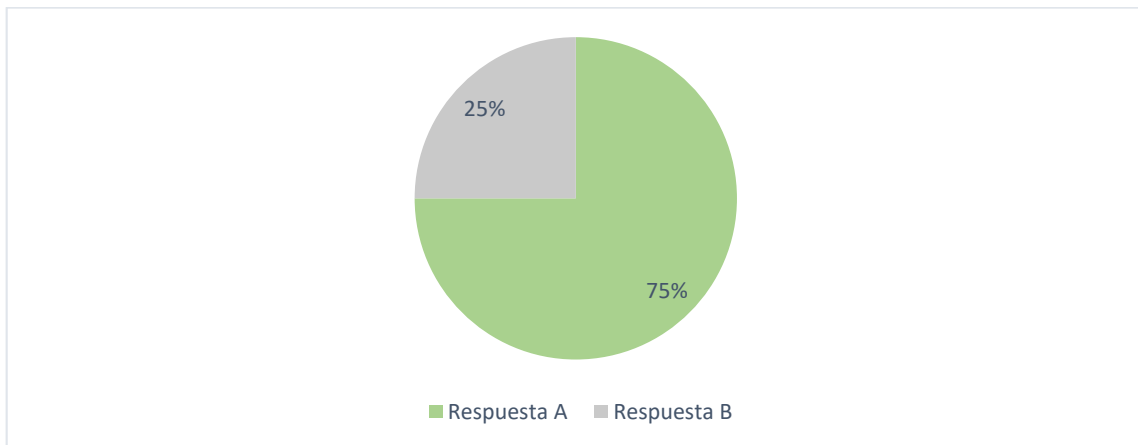
2. ¿Hace cuánto trabaja en el Servicio de Salud Mental?

- a) 1 año 1
b) entre dos y cinco años 1
c) entre seis y once años 4
d) más de 11 años 2



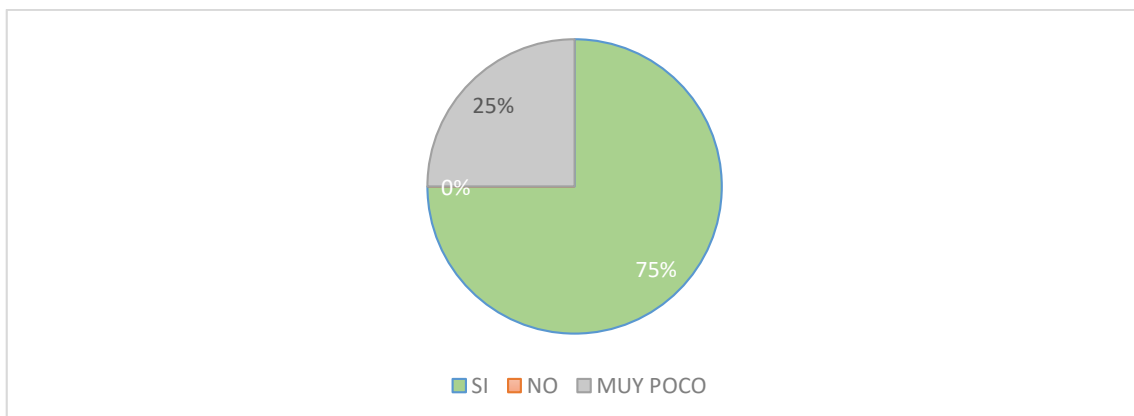
- ¿Cómo definiría Ud. a la Salud Mental?

- a) "Proceso determinado por múltiples variables, no solo lo psicológico, sino también lo biológico, social, etc. Para responder a este proceso se debe hacer desde una percepción de derechos humanos, y respondiendo a la complejidad que este proceso implica" 6
- b) "Proceso que no solo implica el bienestar de la persona, ya se psicológico, físico, social, histórico. Es más bien un proceso de salud-enfermedad". 2

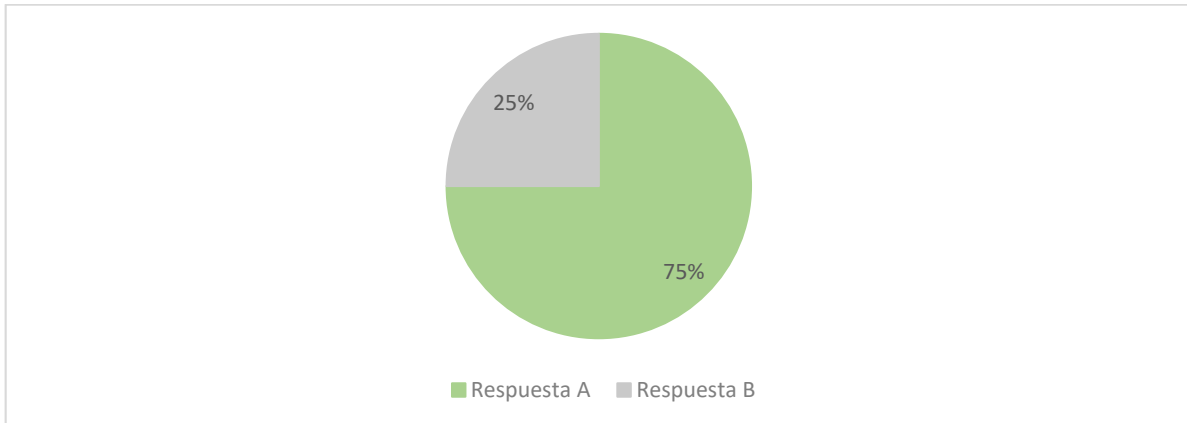


- ¿Conoce la LSNM?

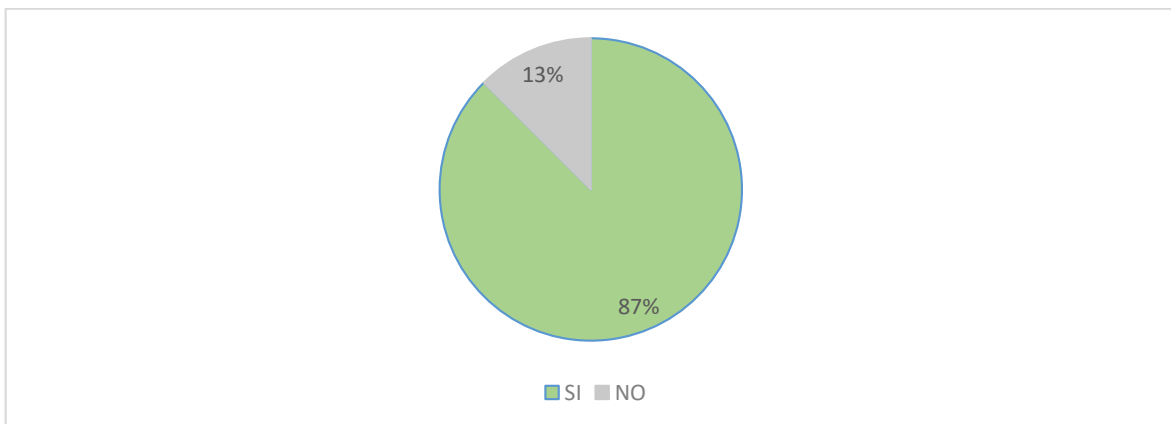
- a) Si 6
- b) No 0
- c) Poco 2



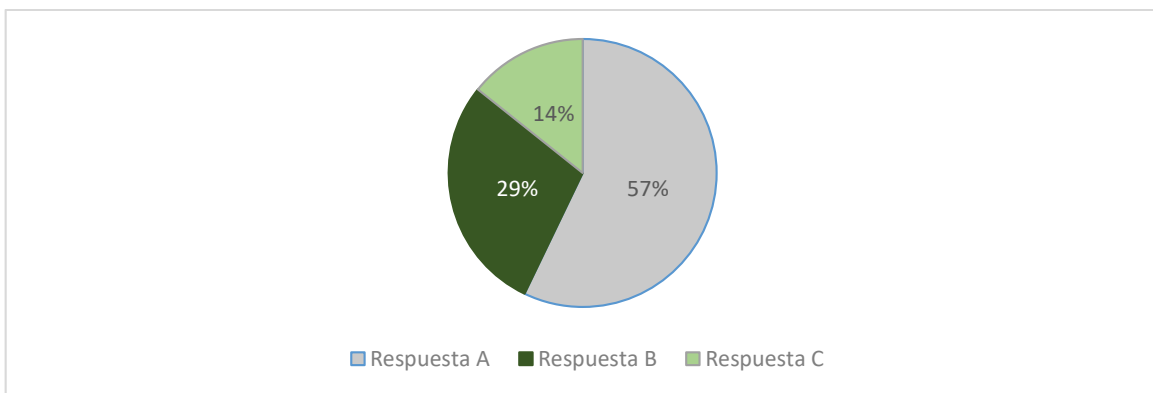
- ¿De qué forma?
 - a) “Se nos informó de la LNSM en esta institución y aparte algunos agentes vamos a capacitaciones sobre la ley para poder adaptarnos” 6
 - b) “Se nos informó acá, pero no he profundizado sobre la misma, solo se muy pocas cosas de la ley” 2



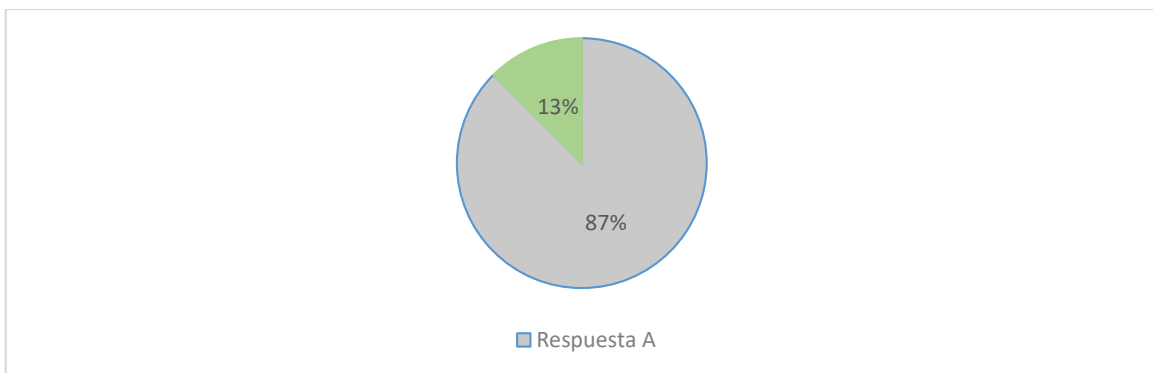
- Desde que comenzó a trabajar en la institución ¿hubo cambios?
 - a) Si 7
 - b) No. “Ingrese hace poco” 1



- ¿Cuáles?
 - a) “Guardias interdisciplinarias, se cambió el nombre a “servicio de salud mental””. 4
 - b) “Servicio es a puertas abiertas, los pacientes entran y salen cuando quieren” 2
 - c) “Hay mejor atención de los pacientes, en cuanto al diagnóstico y tratamiento interdisciplinario” 1
 - d) Un profesional no registra cambios desde que ingresó 1

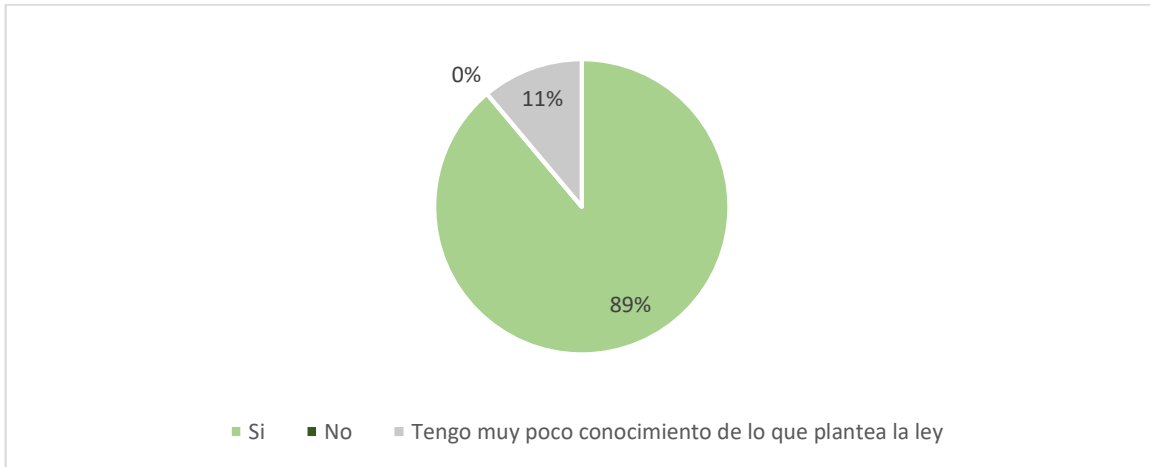


- ¿Los asocia con la LNSM?
 - a) “Si, los cambios fueron en pos de poder implementar la ley lo mejor posible” 7
 - b) Un profesional no registra cambios desde que ingresó 1



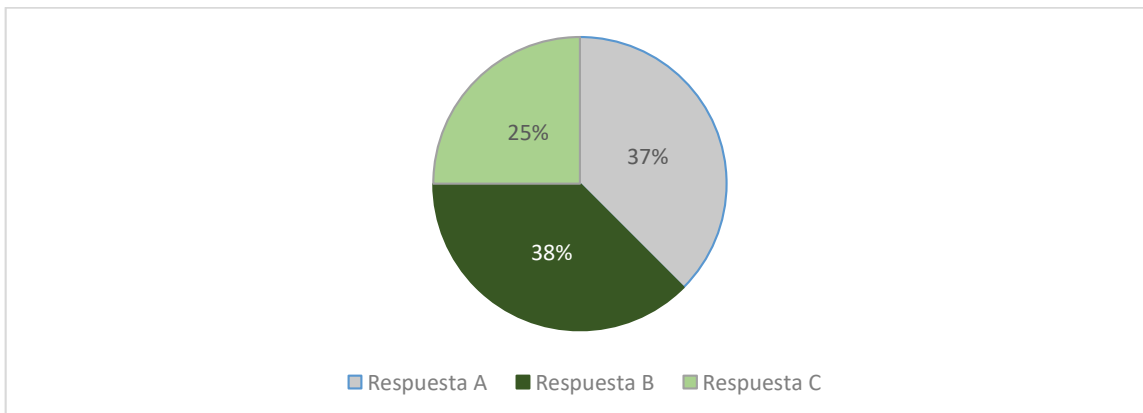
3. ¿Conoce la metodología que propone la ley para los agentes de salud mental?

- a) Si 8
- b) No 0
- c) Tengo poco conocimiento sobre la ley 1



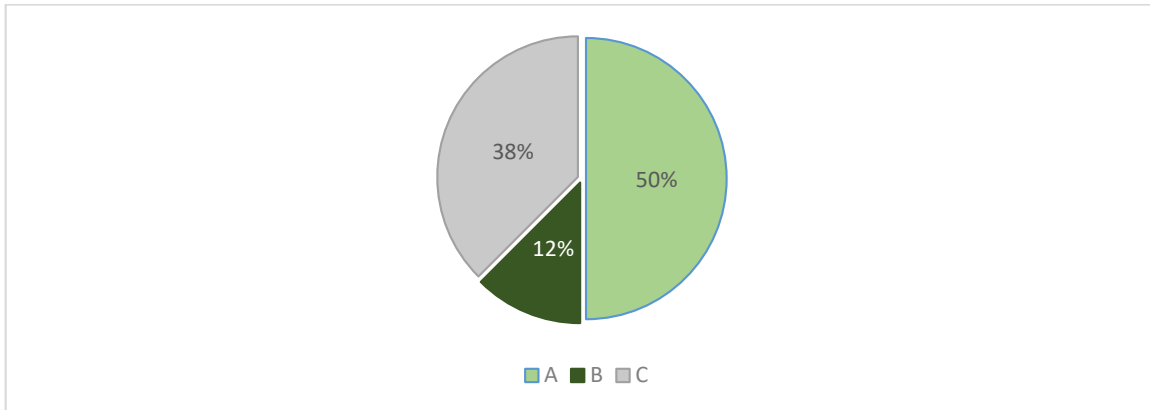
• ¿Que opina al respecto?

- a) “el poder trabajar interdisciplinariamente e intersectorialmente es un avance para poder atender a la salud mental” 3
- b) “Implica poder responder a los usuarios desde sus derechos” 3
- c) “Si bien se plantea un trabajo como profesionales desde la interdisciplina, y se están buscando formas de implementar la ley en su totalidad, se dan casos donde aún cuesta que el medico salga de ese lugar como hegemónico” 2



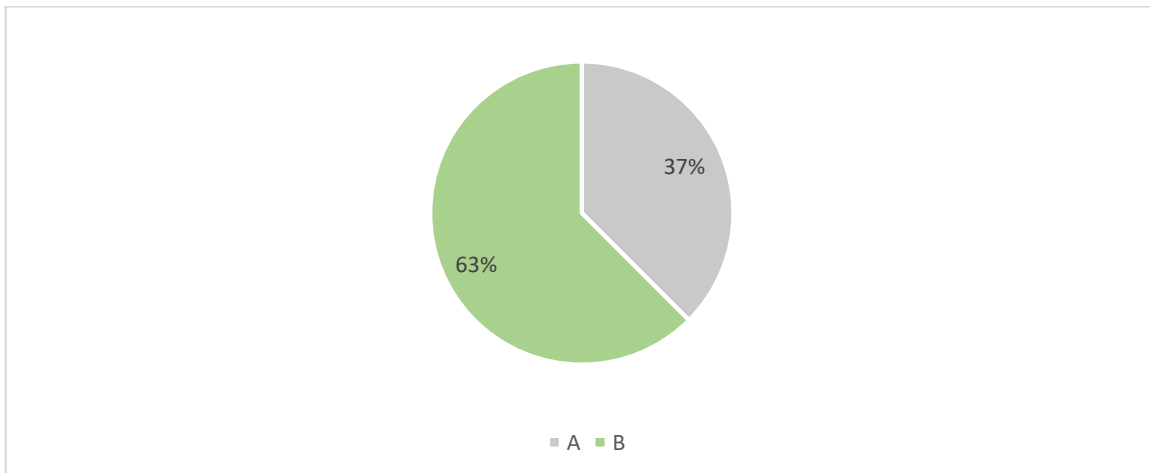
4. ¿La atención en las guardias la realizan equipos interdisciplinarios?

- a) Si 4
- b) No 1
- c) Con algunos médicos cuesta más trabajar interdisciplinariamente 3



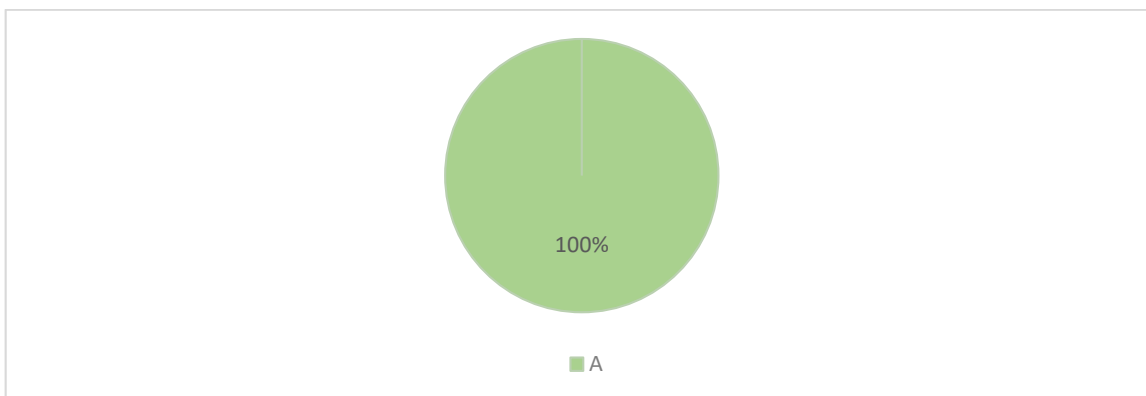
5. ¿El diagnostico se realiza interdisciplinariamente?

- a) “Cuando son pacientes que entran por guardia cuesta más, evalúa el psiquiatra que está de guardia” 3
- b) “Se intenta, para eso se han armado equipos por cada día de la semana con todas las disciplinas” 5



6. ¿Cuáles son los criterios de Internación?

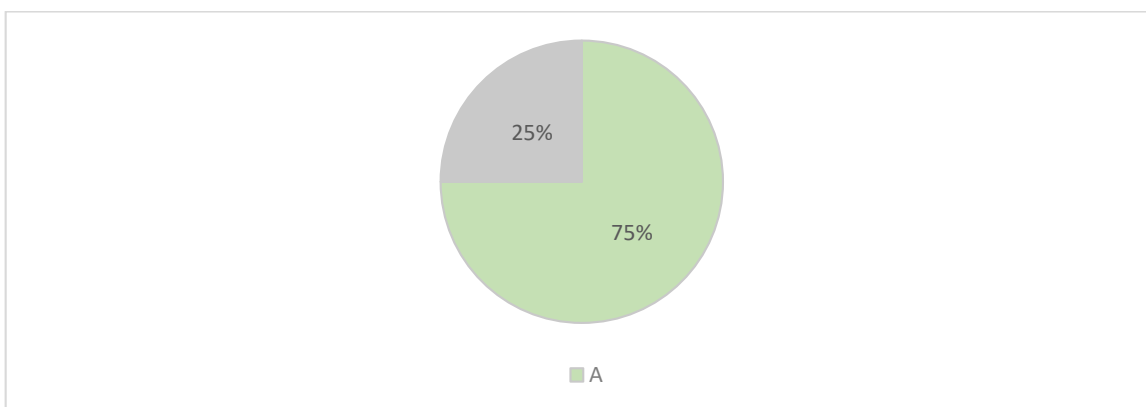
a) “Riesgo cierto e inminente / Daño pasa si o para terceros”



• ¿Las internaciones se realizan solo con finalidad terapéutica?

a) En algunos casos porque hay casos de oficio donde las internaciones no tienen finalidad terapéutica, ni siquiera tienen criterios de internación 6

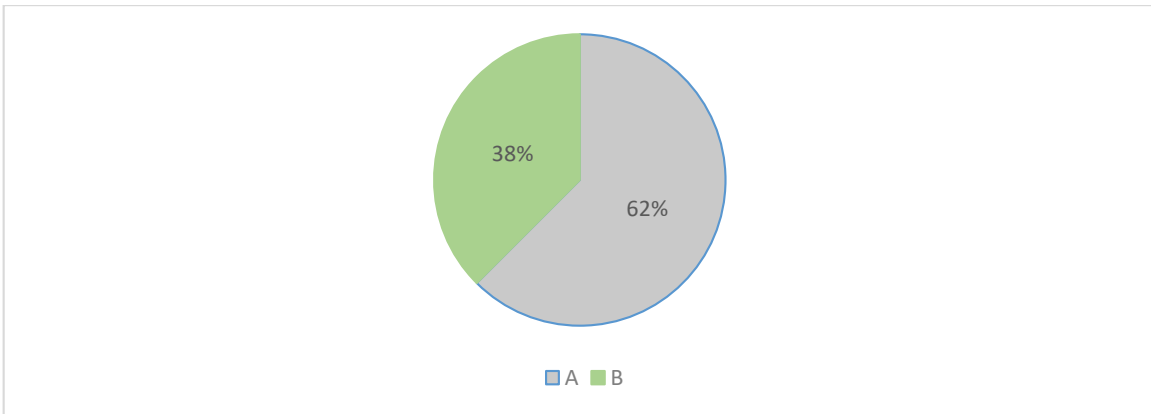
b) Si 2



• ¿Quiénes toman la decisión de internar en la urgencia?

a) “El equipo interdisciplinario de guardia, normalmente van dos, psiquiatra y otra disciplina” 5

b) “Depende el psiquiatra que este de guardia, hay casos donde solo va y decide el psiquiatra” 3



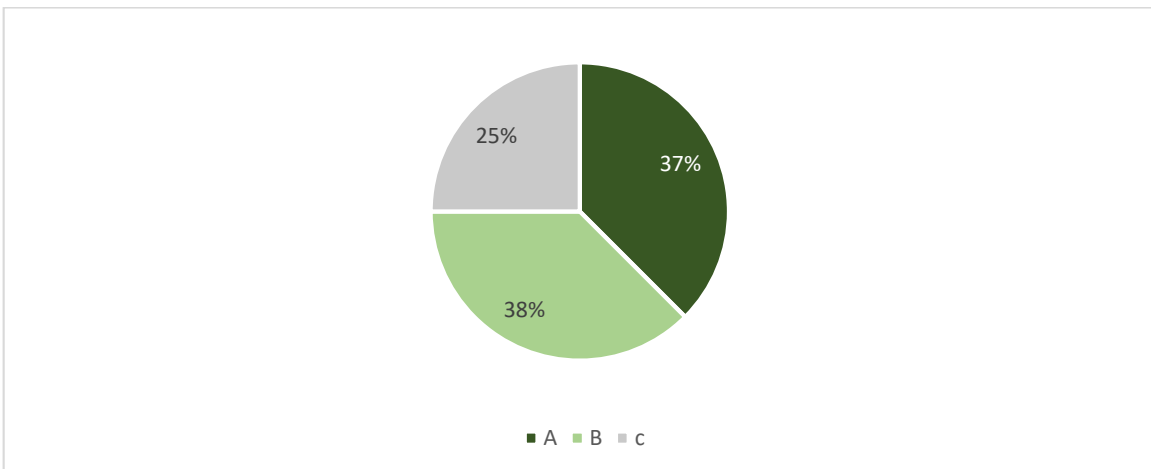
• ¿Se prolongan las mismas? ¿En qué casos?

a) “Si, en los casos por oficio, hay muchos casos judicializados que no deberían estar acá en el servicio” 3

b) “Si, sobre todo cuando la familia de los usuarios desaparece” 3

c) Si 2

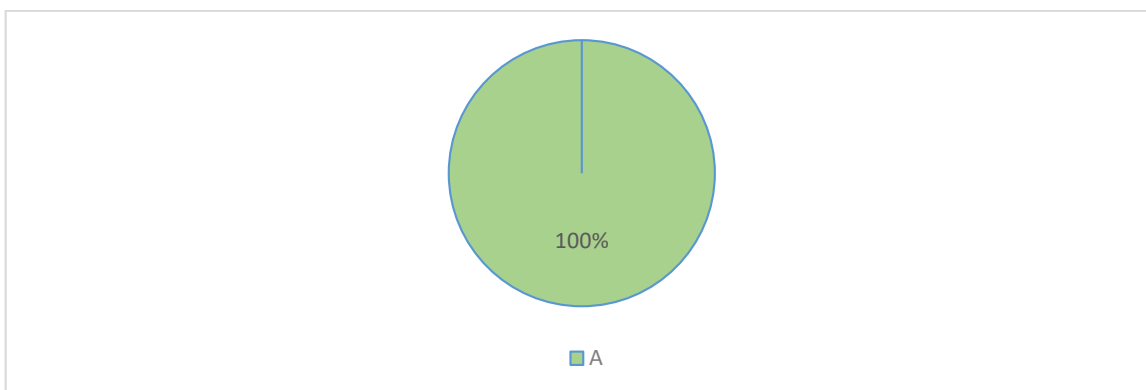
d) No 0



7. ¿Se trabaja con el consentimiento informado?

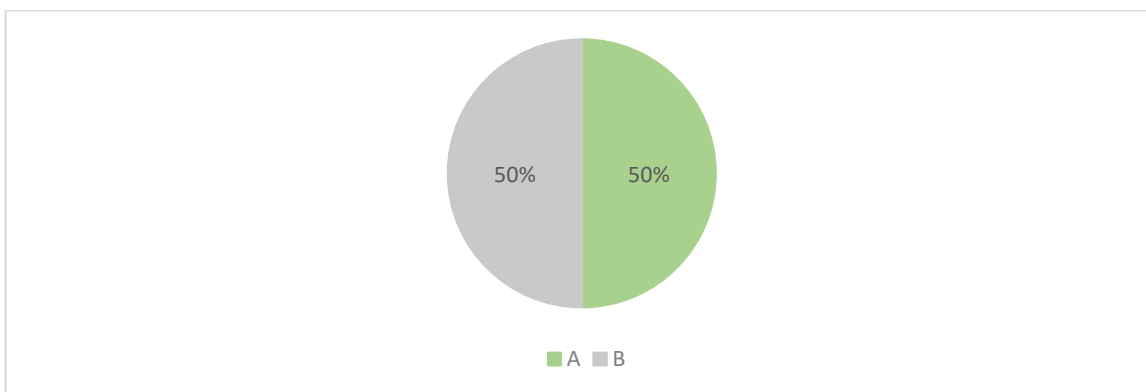
a) Sí. “siempre se informa al paciente o familia” 8

b) No 0



8. Cuando no se decide internar, ¿qué medidas se toman?

- a) “Se deriva a los CAPS (centro de atención primaria de la salud) de acuerdo a lo que le quede más cerca al usuario” 4
- b) “Se evalúa si se va a trabajar ambulatoriamente asistiendo acá por la mañana, sino a un CAPS, y si tiene obra social también se deriva a otras instituciones” 4

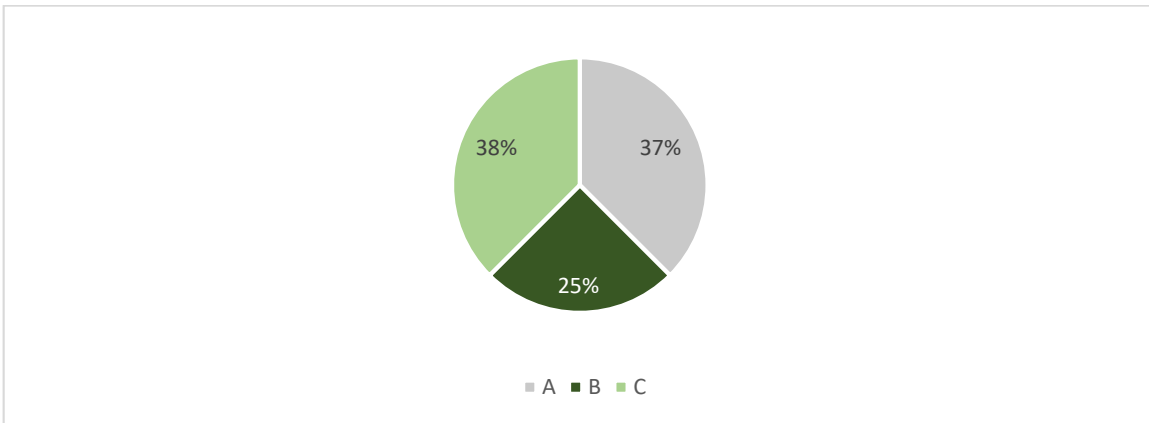


9. En su consideración ¿Cuáles son los facilitadores y obstaculizadores para la aplicación de la LNSM?

- a) “uno de los obstáculos que tenemos hoy tiene que ver con los oficios. Si nosotros tenemos que seguir la ley tal cual está, tendríamos que externar a muchísimos pacientes que no tienen criterios de internación o ya están estabilizados. Facilitador sería el recurso humano y la predisposición a trabajar interdisciplinariamente” 3
- b) Tenemos muchos obstáculos, sobre todo el tema de los insumos, los enfermos no tienen guantes, no hay medicación, las actividades que hacen los pacientes las tramitamos interinstitucionalmente pero aún nos falta trabajar con los

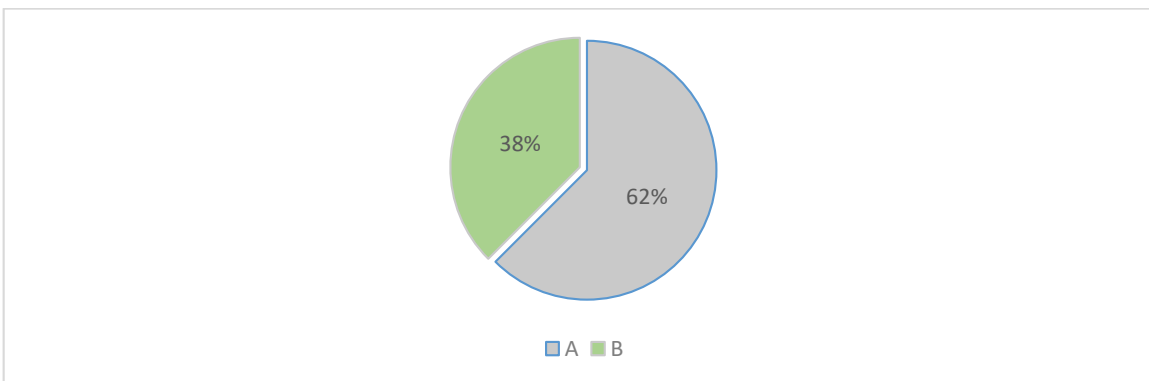
usuarios el tema de la salida laboral. Como obstáculo también que hay psiquiatras que siguen actuando y decidiendo por si solos. Y facilitadores los profesionales que intentamos replantearnos las cosas constantemente” 2

- c) “Como obstáculo principal el hecho de que no estamos dentro del hospital V.B, deberíamos poder trabajar dentro del hospital, es algo que se está tramitando para el año que viene. Facilitador es la ley en sí, es ampliar los derechos de los usuarios, y también la predisposición desde la dirección de S. M, del servicio para sí cumplir la ley lo mejor posible” 3



10. ¿Considera que se están realizando adaptaciones necesarias para brindar una atención hospitalaria?

- a) “Si, la idea de las guardias interdisciplinarias es esa, adaptarnos a lo que sería la atención dentro del hospital, aunque estemos separados del mismo” 5
- b) “Considero que aunque pertenece al hospital vera barros, y se realizan algunas adaptaciones aun somos un manicomio, y estamos separados del hospital en muchos aspectos” 3



1. ¿Cuál es su profesión?

Desde el comienzo de las prácticas hubo resistencia por parte de algunos profesionales, sobre todo médicos psiquiatras, entonces tomé las mismas a dos profesionales de cada área, siendo éstas: Terapia ocupacional, trabajo Social, Psicología, y Psiquiatría.

2. ¿Hace cuánto trabaja en el Servicio de Salud Mental?

La mitad de los profesionales que contestaron las encuestas trabajan en el servicio hace 11 años, luego tenemos aquellos que están hace más de 11 años, llegando a los 15 años aproximadamente. Continúan los que ingresaron después de la residencia como profesionales de planta hace 5 años, y uno que ingresó este año como profesional de planta.

- ¿Cómo definiría Ud. a la Salud Mental?

Si bien categoricé las respuestas en dos, hay conocimiento en los encuestados sobre lo que plantea la ley nacional de salud mental sobre el concepto de salud mental, es decir como un proceso que no solo incluye lo psicológico, sino múltiples determinantes (biológico, cultural, social, económico) y por lo tanto se debe atender desde la interdisciplina.

- ¿Conoce la LSNM? ¿de qué forma?

Todos los profesionales encuestados tienen conocimiento de la LNSM. A todos se les informo de la misma en el Servicio de salud mental, como así también de los cambios que se iban a tener que implementar en pos de cumplir con la ley vigente. Algunos solo se quedaron con la información que se brindó en su momento, mientras que otros han profundizado en la ley. Dos profesionales de hecho, son las que están impulsando entre otras cosas que el servicio de Salud mental se traslade al Hospital Vera Barros.

- Desde que comenzó a trabajar en la institución ¿hubo cambios? ¿Cuáles? ¿Los asocia con la LNSM?

La mayoría de los profesionales reconoce que si hubo cambios en el servicio de salud mental y los asocia con la sanción e implementación de la LNSM. Entre los cambios: el nombre, pasó de llamarse neuropsiquiátrico a servicio de salud mental; se deja por escrito las evoluciones diarias de los pacientes, algo que anterior a la ley no se hacía; se establecieron equipos interdisciplinarios por cada día, con cada una de las profesiones del Servicio, y cada equipo tiene determinados usuarios agudos y otros crónicos; se reconoce al servicio como de “puertas abiertas”; y las guardias activas, que anteriormente eran pasivas, es decir el médico de guardia cuando lo llamaban recién iba a ver al usuario en la urgencia. Cabe destacar que si bien el servicio de salud mental se reconoce como de puertas abiertas, el equipo es quien decide los permisos, y cuando algún usuario se fuga lo mandan a buscar con la policía.

3. ¿Conoce la metodología que propone la ley para los agentes de salud mental? ¿Que opina al respecto?

La mayoría de las respuestas fue en positivo. Conocen la metodología o más bien la modalidad de abordaje para con los usuarios de salud mental. En general plantean como importante que la ley asegure para los usuarios la atención, diagnóstico y tratamiento interdisciplinario, pero algunos resaltan que si bien es fundamental esto, hay algunos profesionales que les cuesta adecuarse a esta modalidad de abordaje interdisciplinaria e intersectorial.

4. ¿La atención en las guardias se realizan interdisciplinariamente?

Las respuestas se dividen entre los que dicen que si se atiende en las guardias interdisciplinariamente y aquellos que dicen que no o que plantean que es complicado con algunos psiquiatras. Esto último luego de relacionará con las notas de campo y con las entrevistas donde se expliquen más en relación a algunos psiquiatras que trabajan individualmente.

5. ¿El diagnóstico se realiza interdisciplinariamente?

Vemos como ante esta pregunta no hay una afirmación respecto del trabajo grupal, es más bien un “se intenta” especificando que en los casos que entran por guardia, el diagnóstico lo hace el psiquiatra que está de guardia (luego revisan ese diagnóstico el equipo interdisciplinario al cual fue asignado ese usuario), y en algunos casos los diagnósticos se prolongan por más de dos semanas. Como fundamental en esta pregunta el hecho de que no se discute ni se plantean en las revistas de sala que sea solo el psiquiatra quien realice diagnósticos.

6. ¿Cuáles son los criterios de Internación? ¿Las internaciones se realizan solo con finalidad terapéutica? ¿Quiénes toman la decisión de internar? ¿Se prolongan las mismas? ¿En qué casos?

En general coinciden que los criterios de internación en el momento de una urgencia es el riesgo cierto e inminente, el cual está definido en el decreto reglamentario 603/2013. En las notas de campo, en las encuestas y entrevistas los profesionales reconocen que cuando realizan ellos la internación si respetan este criterio, por eso se interna solo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos y cuando no favorezcan otras modalidades de abordaje. Por el contrario, disienten cuando los usuarios ingresan al internado por oficio. Es decir, los jueces ingresan por si solos usuarios al internado que no tienen criterio de internación, de hecho, en las entrevistas aclaran que la mayoría de los pacientes que entran por oficio, solo con la decisión del juez, no tienen criterios de internación, que deberían estar en un penal o en dispositivo. Estos también son los casos que se prolongan actualmente en el internado. Junto a esto encontramos aquellos usuarios que están internados hace más de 15 años porque no tienen familia y no tienen posibilidad de externación.

7. ¿Se trabaja con el consentimiento informado?

En esta pregunta se responde la afirmativa por parte de todos los cuestionados, reconociendo que el consentimiento informado es una parte fundamental en tanto derecho del usuario y deber del profesional de salud mental. Se deja siempre por escrito, ya sea que firme el usuario o tenga algún representante.

8. Cuando no se decide internar, ¿qué medidas se toman?

En general los encuestados coinciden que cuando no hay criterios de internación, es decir riesgo cierto e inminente, se deriva a un CAPS, a otra institución en caso de contar con obra social, o que asista a los consultorios externos del Servicio. En relación a los CAPS, se están incluyendo equipos interdisciplinarios de salud mental. Esto es un logro en términos de que la ley plantea en el artículo 9 la atención de los usuarios fuera del ámbito hospitalario, más bien en el marco interdisciplinario, intersectorial y basado en los principios de la Atención Primaria de la Salud.

9. En su consideración ¿Cuáles son los facilitadores y obstaculizadores para la aplicación de la LNSM?

En general coinciden que facilitador ya de por sí es la sanción de la ley, y la predisposición tanto del servicio como de los profesionales por implementarla. Mientras que disienten y se dividen en tanto los obstaculizadores. Hay quienes plantean que el hecho de estar a dos cuadras del hospital vera Barros es un obstaculizador, pues esto lo explican también en las entrevistas. Otros afirman que obstaculizador son los casos que ingresan por oficio cuando no tienen criterios de internación, puesto que ocupan camas del internado. Por último aquellos que plantean que la falta de insumos en general, medicación, guantes, alcohol en gel, es un obstaculizador para no brindar atención eficaz y buena para los usuarios de la salud mental.

10. ¿Considera que se están realizando adaptaciones necesarias para brindar una atención hospitalaria?

Prevalecen las respuestas de que, si consideran y tienen en cuenta las adaptaciones que se están haciendo en términos de atención hospitalaria, una de ellas fue la implementación de guardias activas. Mientras que la minoría responde que aun consideran al Servicio de salud mental como manicomio, que quedan muchísimos aspectos por modificar, y que están alejados del propio hospital no solo en el sentido estructural sino también en otros aspectos.

ANALISIS DE NOTAS DE CAMPO

Art 10 y art 18: consentimiento informado

Como tal es un deber del profesional. Deben informar a los usuarios o familiares de manera clara, precisa, y veraz sobre el proceso que seguirá en la prestación de servicios de esa institución. En los llamados de guardia central cuando se evalúa si un paciente tiene riesgo cierto e inminente y se debe internar o no, se le informa cuales son los pasos a seguir en cualquier decisión del equipo. Al paciente y a la familia. Ya sea que se derive a un CAPS, a internación en una institución privada, de manera ambulatoria a los consultorios externos del servicio de salud mental o internación en el mismo.

Ejemplo: Antonia ingresa el 20/10 por guardia del servicio, usuaria de 74 años de edad acompañada por sus hijos. Asiste a la guardia servicio de salud mental, el motivo de consulta es descompensación de su patología de base (psicosis) por abandono de la medicación. Tiene esos momentos en que cree que ya está bien, entonces deja de tomar los medicamentos, se descompensa y ahí es cuando hay que reingresarla a internación.

Ingresó por primera vez en 2011, luego en 2016 y ahora en 2018. La primera vez fue valorada en guardia central. En 2016 y 2018 reingresa por descompensación directamente por la guardia del servicio de salud mental. Está por escrito el consentimiento informado de cada internación.

Se decide internar por riesgo (moderado) cierto e inminente para sí y para terceros, puesto que es una paciente con conductas inadecuadas, heteroagresivas, con inquietud psicomotriz. Antonia tiene alucinaciones auditivas (místicas), insomnio.

Al momento del examen psicosemiológico se encuentra orientada en persona, sin conciencia de enfermedad ni situación, pensamiento desorganizado, de contenido delirante, discurso incoherente, desorganizado, con inquietud psicomotriz, y conductas inadecuadas.

El equipo de guardia considera al ver a la paciente que debe ingresar a internación. Se le explica a la familia, quienes ya tienen conocimiento del proceso porque ha estado internada anteriormente. Se realiza el consentimiento informado en este caso al hijo.

SERVICIO DE SALUD MENTAL
HOSPITAL DR. ENRIQUE VERA BARROS

Consentimiento informado.

... satisfacción de los derechos del paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de
... procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos y en cumplimiento de la Ley de Salud Mental N°
... 2008a. [Redacted] como paciente (o D/Dña. [Redacted])
representante, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, como su [Redacted]

EXPONGO:

Que he sido debidamente INFORMADO/A por el equipo interdisciplinario tratante
de la situación actual de la usuaria [Redacted]
en entrevista personal realizada el día 20/10/18, de que es necesario que se me efectúe el
procedimiento diagnóstico terapéutico denominado: Intervención [Redacted]

... he recibido explicaciones sobre la naturaleza y propósitos del procedimiento, beneficios,
... gos, alternativas y medios de contención (mecánica y farmacológica) con que cuenta el servicio
salud Mental para su realización, habiendo tenido ocasión de aclarar dudas que me han
do,

AFIESTO:

... he entendido y estoy satisfecho/a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el
... o terapéutico citado Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que me sea realizado el
... imiento diagnóstico terapéutico Intervención [Redacted].
... o que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento, debiendo
... n tal caso un alta voluntaria (considerándose alta contra equipo interdisciplinario
ente).

... ue así conste, firmo el presente documento.
... cha: [Redacted] 20/10/18 - 18:40h.

paciente y N° DNI: [Redacted]
representante legal en caso de incapacidad) [Redacted]

equipo tratante: [Redacted]

Art 8 y 9: modalidad de abordaje y trabajo interdisciplinario

Cabe aclarar que fueron pocos los psiquiatras que me dieron lugar para entrevistas, encuestas y observación. Y que esto no era solo conmigo como practicante sino también con residentes y con los propios compañeros de planta.

Estos psiquiatras en situaciones de urgencia de los pacientes del internado iban solos, y medicaban solos. De igual manera se manejaban con usuarios que asistían a la guardia del servicio de salud mental, o cuando se pedían interconsultas desde guardia central.

En las encuestas y entrevistas algunos compañeros de planta hacen saber que aun en los equipos interdisciplinarios armados por cada día de la semana se hace difícil trabajar realmente interdisciplinariamente, puesto que no se corren de ese lugar del médico como hegemónico.

Alicia Stolkiner cuando habla de interdisciplina nos dice que la misma se introduce de por si en el concepto de salud mental que plantea la LSNM, y que implica una cuestión de poder, que hay que dejar de lado, para poder escuchar a los demás, para poder reconocer las limitaciones de cada disciplina. Asimismo, implica un trabajo cooperativo constante, no ocasional, algo que en las guardias del servicio con determinados profesionales no sucede. Para A. Stolkiner esta visión fragmentaria solo se puede superar teniendo una concepción del proceso de salud-enfermedad-cuidados en términos de complejidad. Es decir, la salud mental se debe entender como un campo complejo al cual se debe poder responder desde la interrelación de las diferentes disciplinas, cada una aportando lo suyo.

Sin embargo, otros profesionales tuvieron más apertura y predisposición para mostrarme como se trabaja en las guardias del servicio, ya sea en situaciones de urgencia de los pacientes del internado, de aquellos que asisten directamente por guardia del SSM, o por la guardia central. Hay psiquiatras que están más abiertos al trabajo interdisciplinario, dando lugar a que cada disciplina se defina en relación al problema y hay otros que no se pueden correr de su disciplina como hegemónica, donde prevalece el peso o tradición de esa profesión. Esto repercute evidentemente

en que se terminan vulnerando los derechos de los usuarios a recibir una atención integral.

El artículo 9 que promueve el proceso de atención se realice fuera del ámbito hospitalario, en un marco más bien intersectorial basado en la atención primaria de la salud. El trabajo intersectorial implica que la salud mental debe ser abordada desde diversos sectores. Es el campo sanitario articulado con diferentes áreas, como educación, justicia, y otras que busquen es su relación la inclusión socio-laboral y la atención en la comunidad.

En las interconsultas desde guardia central pude visualizar como esto se promueve, en términos también de descentralizar la atención en los hospitales. Se vienen conformando equipos de salud mental interdisciplinarios en algunos CAPS, en otros solo se cuenta con psicólogo y psiquiatra. Cuando no hay riesgo cierto e inminente se busca cual es el CAPS más cercano para que ese usuario asista. Tienen una planilla con todos los caps., que profesionales hay en cada uno, números de teléfono y e-mails para contactarse con ellos.

Ejemplificación: Usuaría de 43 años, intoxicada con loperamida y diclofenac, refiere que fue por problemas con su pareja de la cual se separó hace tres meses. Tienen tres hijos en común, pero su pareja la controla en sus salidas y le revisa el celular. Dormía poco, cansada de las discusiones con el padre de sus hijos decide tomar esas pastillas que tenía a mano. Cuando se le pregunta no sabe porque lo hizo, no hay ideación suicida ni idea fija de muerte, simplemente dice que fue un impulso. La pareja refiere que lo que le discute es porque descuida a los hijos, que ella puede hacer lo que quiera, pero que le avise cuando salga para quedarse él con los hijos. El equipo considera que no fue algo planificado, que no hay ideación suicida, ni idea de muerte, por lo tanto, deriva al CAPS la cañada para que vea a psiquiatra y psicólogo.

Art.12: medicación con fines terapéuticos

Ejemplo: 27/10 ingresa Marcelo de 22 años de edad. Reingresa a este servicio. Ingresó en agosto de este año por un episodio psicótico agudo. Factores: multifactorial. Situación familiar es disfuncional. Acompañado en esa ocasión por el padre quien otorga consentimiento para su internación involuntaria. En este reingreso estuvo acompañado por la madre quien acepta la internación y firma en consentimiento informado. Al momento de la evaluación se encuentra vigil, orientado parcialmente, sin conciencia de enfermedad ni situación, hipoproxésico, abúlico, apático, poco comunicativo. Contenido delirante, místico, autorreferencial, lenguaje desorganizado, disgregado. Diagnóstico presuntivo es un episodio psicótico. Tenía alucinaciones visuales y auditivas, se lo tuvo que contener porque tenía excitación psicomotriz, y estaba muy agresivo. Agredió a dos pacientes por lo que se mandó al juez que mande custodia para ese paciente, por la peligrosidad para sí y para el resto de los usuarios. Es un usuario que se da a la fuga reiteradamente.

En este caso, este usuario se dio a la fuga el 30/10. Cabe aclarar que en sus anteriores internaciones también se daba a la fuga. Siempre se va a la casa de una tía, que queda cerca del servicio. La tía lo regresa al servicio, y el psiquiatra de guardia ordena a los enfermos que lo contengan y le apliquen una doble. El usuario al momento de reingresar al servicio no estaba agresivo, ni con excitación psicomotriz como para que lo mediquen o contengan. Su compañera de guardia, le pregunta por qué lo médica si estaba bien Marcelo. Lo mismo sucedió en otras ocasiones, por ejemplo, Usuario Leonel refiere que los custodios lo tratan mal, se sabe que este paciente tiene algo con los custodios en general, pero aun así se lo medicó. Muchos compañeros de planta les dicen que no hace falta la medicación en algunos casos, como en estos dos ejemplos que puse, pero aun así la aplican.

No con fines terapéuticos, sino más bien en un “por las dudas haga esto o aquello lo medicamos y contenemos”. De igual manera podemos ver en estas situaciones como no se promueve con determinados psiquiatras que el tratamiento psicofarmacológico se de en un marco interdisciplinario.

Pude visualizar en las observaciones que hay quienes promueven más el trabajo interdisciplinario en las guardias, pero sus compañeros de planta solo están sentados, y ahí es cuando recae todo sobre el psiquiatra.

Art. 14, 15, 16: Internaciones y Evaluación de riesgo

Estos artículos plantean que la internación debe realizarse con fines terapéuticos. Frente a una urgencia, que implica la ruptura del equilibrio de esa persona, que es transitoria, donde hay un malestar y que requiere atención inmediata, los profesionales deben evaluar si en esa situación de crisis hay riesgo cierto e inminente.

Es necesario tener en cuenta que, así como hay múltiples factores que pueden llevar a un sujeto a una crisis, hay diferentes medidas a tomar. Por eso se evalúa el riesgo para sí o para terceros.

El decreto reglamentario define al riesgo cierto e inminente a la proximidad de un daño que ya es conocido como seguro y que amenace la integridad física o la vida de sí mismo o de terceros. Es decir, se interna cuando hay riesgo cierto e inminente y cuando no haya otra modalidad de abordaje posible que le aporte a ese usuario mayores beneficios que la internación.

En este caso durante las practicas, observaciones, encuestas y entrevistas todos coinciden que, ya sea una decisión interdisciplinaria o sea x profesional que decida solo, se interna exclusivamente con fines terapéuticos. Ya sea voluntaria e involuntariamente. El problema se despliega cuando entran casos por oficio a internación que se trabajará posteriormente en otros artículos.

Ejemplos:

Claudia ingresa al servicio a partir de un llamado de guardia central el 26/10. Usuaría de 47 años de edad, el motivo de la internación es un intento de suicidio por intoxicación medicamentosa. Durante la evaluación psicosemiológica se encuentra vigil con parcial conciencia de enfermedad, tiene rasgos impulsivos y explosivos.

Poco comunicativa, hipoproxesica, hipoabúlica, y conductas de riesgo. El factor desencadenante fue una conflictiva familiar. Para el equipo hay riesgo cierto e inminente moderado para sí y para terceros. Diagnostico presuntivo es un trastorno adaptativo. En cuanto a los antecedentes la paciente refiere síndrome meníngeo quedando como secuelas crisis epilépticas los cuales comienzan a aparecer a los 30 años de edad. Fue internación voluntaria, por lo tanto, el consentimiento informado estuvo firmado por ella. Luego de la evaluación de riesgo y decisión de internar a la usuaria, ese mismo día le tiro una tasa de leche caliente en la cara a otra usuaria. Plantea que tiene aberración muy fuerte con la policía, además de delirios paranoides, dice detestar a todos los hombres. Ella en su relato menciona a una supuesta pareja, refiere que esta pareja abusaba de ella por sexo anal. Apareció un hombre durante los horarios de guardia diciendo ser la pareja de ella. Se le prohibieron visitas que no sean familiares directos.

Guadalupe ingresa al servicio el 30/10. Usuaria de 17 años de edad, ingresa en la madrugada con un intento auto agresivo en donde el equipo de guardia considera que no tenía criterios de internación y la derivan al servicio de adolescencia. La evalúa el equipo de adolescencia y considera que la paciente es de riesgo, tiene antecedentes agresivos, poli consumo. El antecedente más importante es que hace un mes y medio atrás un amigo del grupo se suicidio, otro amigo una semana anterior intento suicidarse y le salió mal, ahora intentó ella. Manifiesta la paciente que le fallo a su grupo de amigos, que necesita avisarles donde está y que pasó, porque es un pacto que hicieron en ese grupo. La situación familiar es disfuncional, separados los padres. Ella vive con la abuela, la madre vive al lado de ellas. Guadalupe habla de situaciones de pelea con la madre, que en realidad es que la madre intenta ponerle límites. Es menor entonces decidieron que tenga un acompañante durante el día y noche. Tiene obra social pero el padre la incluye hace poco, y sale en carencia. Aun si tuviera obra social la psiquiatra prefiere mantenerla en el servicio que mandarla a una clínica privada y la tengan internada durante meses.

Es un caso que se tiene que judicializar, se tiene que hacer aviso de su situación de riesgo al juzgado del menor, como a niñez y adolescencia.

Se plantea en la revista de sala que no se demoren las evaluaciones, porque es iatrogenia a los usuarios. Y que se evalúen estrategias para cuando se externe, con la escuela, con la iglesia, con todos los agentes de sanagasta.

Sobre la evaluación y diagnóstico interdisciplinario e integral de los usuarios luego que se decide internar (art16) cabe destacar que las mismas se prolongan. Pasan más de dos días, a veces dos semanas o más hasta que evalúan a un usuario, periodo en el que no pueden recibir visitas porque no se tiene conocimiento de cómo está ese usuario, y como es la relación con la familia. Los familiares van a horario de visita, no les permiten pasar porque no han evaluado a ese usuario y el psiquiatra de guardia tiene que terminar evaluando en el momento para ver si dejan pasar las visitas o no. Los tiempos de evaluación no son considerados por el/los equipos a los cuales se les designa tal usuario, y esto termina repercutiendo en el psiquiatra de guardia que por reclamos de la familia tiene que evaluar en el momento, cuando quizás ni siquiera es un usuario con el que trabaje el equipo interdisciplinario al cual pertenece.

Art.28, 11: Internación en hospitales generales

Sobre el artículo 28 podemos destacar que el servicio de Salud Mental es parte de un hospital general (HVB). Si bien es un avance que exista este servicio, que se haya cambiado el nombre de neuropsiquiátrico a servicio de salud mental, se debe tener en cuenta que está a dos cuadras del hospital y esto es contraproducente.

No beneficia en las interconsultas desde guardia central, puesto que los profesionales deben trasladarse dos cuadras para recién poder valorar a un paciente que está en el hospital, y tampoco beneficia en las urgencias de los usuarios del internado.

Ejemplo: usuario de 38 años. Lo esposan de una extremidad porque se escapa de noche. Hace días venía manifestando que estaba cansado de vivir así, que no quería estar más en el servicio. La familia de este usuario se desligó, solamente lo

llevó hace unos 4 años y luego no apareció nunca más. Durante la noche del 21/10 con la mano que no tenía esposada agarró las sabanas y se ahorcó. Otro usuario que iba pasando dio aviso a los profesionales de guardia, se tuvo que hacer RCP mientras llamaron al 107, quienes respondieron que no podían ir, cuando es parte del mismo hospital, son usuarios del hospital. Hay una falla de la institución, desde el propio hospital para tomarlos como usuarios del hospital, no como si fuera una entidad separada de la misma (cabe aclarar que servicio de psicología clínica, y servicio de adolescencia si están en la misma estructura del hospital)

El artículo 11 del decreto reglamentario afirma que la autoridad de aplicación es decir la dirección de salud mental debe promover dispositivos tales como sistemas de atención de la urgencia (desde hace 3 años funcionan las guardias activas en el servicio de salud mental), servicio de salud mental en hospitales generales, atención primaria de la salud, entre otros. Hay profesionales que debido a los obstáculos antes mencionados y en conjunto con la dirección de Salud Mental están en dialogo con el Hospital Vera Barros para que el servicio se traslade a la misma estructura del hospital. Esto también lo plantea el artículo 28, en términos de que ministerio de salud, de planificación federal, inversión pública y servicios, no solo en la construcción de nuevos hospitales destinen áreas a la salud mental, sino en los ya existentes hospitales sea viable el reacondicionamiento, ampliación, o modificación promoviendo un área específica para la salud mental.

Art. 20, 21, 43: internaciones involuntarias y riesgo cierto e inminente.

Todos estos artículos plantean que se puede privar la libertad de una persona, internándola, solo cuando haya riesgo cierto e inminente y cuando en esa situación de crisis, el tratamiento ambulatorio no aporte beneficios.

Cuando el equipo es quien decide internar involuntariamente debe dejar por escrito cual es la situación de riesgo, y debe dar aviso al juez, como mucho en 10 horas para que apruebe o no la internación de acuerdo a los criterios de la legislación vigente.

El artículo 21 agrega que el juez por sí solo puede ordenar una internación cuando se cumpla el riesgo cierto e inminente y el servicio se niegue a realizar la cobertura.

Este es uno de los grandes conflictos en el servicio hoy por hoy, el juez tiene facultad de internar aun cuando el equipo de profesionales evalúa y no considere que haya riesgo cierto e inminente. De hecho, hay muchos casos donde no hay riesgo, ni criterios de internación. Muchos son jóvenes con causas penales, que deberían estar en un penal o en otra institución, pero no en el servicio de salud mental.

Ejemplos:

Belén 22 años usuaria embarazada, ingresa a la guardia acompañada por los policías. Tiene poli consumo, y una causa por intento de robo con arma blanca (entró para robar drogas en una farmacia). Al momento de la evaluación la paciente está orientada en tiempo y espacio, conciencia de enfermedad y situación, diagnóstico presuntivo es trastorno adaptativo. Entra al servicio por oficio. Para el equipo no tiene criterios de internación. Se pide al juez que se derive a ginecología del hospital de la madre y el niño para controles del embarazo ya que nunca se los hizo. El juez no responde a los pedidos y criterios del equipo. Permanece en el servicio con siete meses de embarazo. Paciente refiere “yo no tendría que estar acá, prefiero ir a la cárcel antes que estar acá”.

Sofía, usuaria de 22 años de edad.

Llamado de guardia central, por una paciente con intento de suicidio, ingresa al otro día por oficio.

Internada por ideación suicida, el factor desencadenante del intento fue duelo neonatal. Tenía un embarazo de riesgo y perdió a su hijo. Para los profesionales no tiene criterios de internación, debería poder tratarse ambulatoriamente. Familia disfuncional. La madre no quiere que vea al novio. Tiene hábitos tóxicos. Antecedentes de enfermedades psiquiátricas en la madre y la hermana. Al momento de la evaluación se encuentra orientada alopsíquicamente, con conciencia parcial de situación y enfermedad. Diagnóstico presuntivo es trastorno adaptativo- duelo patológico.

LA RIOJA, 10 de Octubre de 2.018.-



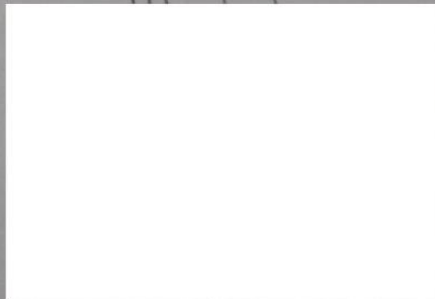
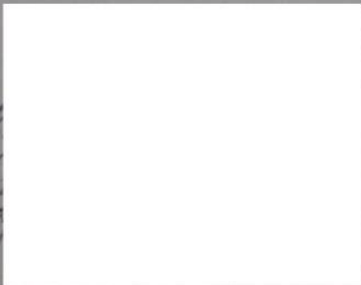
AL SEÑOR
DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL ENRIQUE VERA
LA RIOJA
BARROS
AL DESPACHO.-

Me dirijo a Ud. en los autos Expte. N°

11.883-ANO 2.018-Letra "S" caratulados: "SERVICIO SALUD MENTAL
HOSPITAL ENRIQUE VERA BARROS- S/INTERNACION", que se tramita
por ante este Juzgado de Instrucción en lo Criminal y
Correccional N° 1, a cargo del Juez Subrogante [REDACTED]

[REDACTED]
dispuesto librar el presente a los fines de llevar a su
conocimiento que por resolución del día de la fecha el
suscripto a resuelto: Ordenar la INTERNACION de la ciudadana
[REDACTED] de 22 años de edad, D.N.I N° [REDACTED] con
domicilio en [REDACTED] d
ta ciudad, en el Servicio de Salud Mental del Hospit
ique Vera Barros, para su respectivo diagnóstico preci
amiento Terapéutico, Psicofarmacológico, y pronosti
Diligenciado que sea el presente
á devolverlo con las constancias de todo lo actuac

Saludo a Ud. atentamente.-



AL SEÑOR [REDACTED] LA RIESA, 10 de Octubre de 2.018.-

Me dirijo a Ud. en los autos Expte. N° 11.883-AÑO 2.018-Letra "S" caratulados: "SERVICIO SALUD MENTAL HOSPITAL ENRIQUE VERA BARROS- S/INTERNACION", que se tramita por ante este Juzgado de Instrucción en lo Criminal y Correccional N° 1, a cargo del Juez Subrogante Dr. Héctor Daniel Barria, Secretaria a cargo del autorizante, se ha dispuesto librar el presente a los fines de que bajo apercibimiento de ley Arts. 133,22 y 201 del C.P.P. y de recibido el mismo, arbitre los medios necesarios de seguridad, designado personal a su cargo para la custodia de la ciudadana [REDACTED] de 22 años de edad, D.N.I N° [REDACTED] con domicilio en calle [REDACTED] de esta ciudad, la cual se encuentra internada en el Servicio de Salud Mental del Hospital Enrique Vera Barros, para su respectivo diagnóstico preciso, tratamiento Terapéutico, psicofarmacológico, y pronóstico.-

Diligenciado que sea el presente, se irá devolverlo con las constancias de todo lo actuado.-

Saludo a Ud. atentamente.-

[REDACTED]

[REDACTED]

Frente a una urgencia en salud mental se evalúa el riesgo para sí o para terceros como criterio fundamental de internación. La Legislación vigente plantea que cualquier internación que se realiza, sea voluntaria, involuntaria, o por decisión de juez debe estar debidamente fundada en torno al riesgo cierto e inminente. Durante

las prácticas ingresaron dos usuarias a internación sin tener criterios, una de ellas había sido derivada a un CAPS (Sofía). Los profesionales lo dicen en las entrevistas, que este es un obstáculo. Ellos siguen la ley, si no hay riesgo no se interna, pero el juez no responde. Hay muchos casos por oficio sin criterios de internación, que ocupan cama y que debería haberse externado hace tiempo.

ANALISIS DE ENTREVISTAS

SUJETOS ENTREVISTADOS	MODALIDAD DE ABORDAJE	TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN GUARDIAS	EVALUACION DE RIESGO
S1	Equipos interdisciplinarios por cada día, con diferentes pacientes. Guardias activas las 24 horas y consultorios externos, donde se realiza primero admisión	Las disciplinas que hay en el servicio se tratan conjugar desde la interdisciplina. En las guardias normalmente es que haya uno de cada disciplina. Ahora está el psiquiatra, dos psicólogos, otro residente de psiquiatría, y trabajadora social.	Por guardia central o guardia del servicio de salud mental. Primero se descarta lo físico. Luego interconsulta con SSM
S2	Los pacientes se asignan A B C D E, yo soy el equipo D de los jueves, y después los sábados y domingo se va haciendo A B C D E	Tenemos la modalidad de trabajar con urgencias y emergencias, pueden ser derivados de otros centros de salud, de hospitales	Se ve si tiene criterios de internación, si tiene firma la familia y se interna

		regionales o zonales o de la guardia central, donde hacen interconsulta, es decir el paciente ya lo han visto	
S3	Trabajamos interdisciplinariamente en equipos por cada día, en las guardias, y consultorios externos. Éste último puede variar, por ahí el trabajador social decide que solo necesita ver al psicólogo ese paciente	Con el cambio de la ley, la ley marca que si o si se trabaja interdisciplinariamente. Es decir cuando llega un paciente, se tiene que valorar interdisciplinariamente si tiene criterios de internación o no.	El riesgo de la persona se define por el riesgo cierto e inminente, y eso es lo que se evalúa interdisciplinariamente.
S4	El servicio funciona actualmente como centro de día, para aliviar a la familia. Tenemos el dispositivo de guardia y el internado.	Con el tema de la guardia voy a ser totalmente sincera, ya sabes cómo es el funcionamiento. El tema es que no se controla quienes están de guardia	Evaluación de riesgo es ver si hay riesgo cierto e inminente. Es decir, si esa persona puede hacerse daño a sí mismo, o puede hacer daño a alguien más.

S5	<p>El trabajo en el servicio es bastante amplio, por un lado, están los consultorios externos y por otro lado en el internado. Tienes los profesionales del staff permanente del servicio, es decir los de planta, y por otro lado tienes los residentes.</p>	<p>El sistema de guardia también es interdisciplinario en el servicio, y siempre hay un médico de planta y profesionales de planta de otras áreas como así residentes de diferentes áreas.</p>	<p>En las guardias se trabaja con urgencias. Cuando el equipo de guardia evalúa a un usuario decide si presenta riesgo para sí o para terceros. En base a esa mirada se decide si internar, cuánto va a durar la internación, o si se deriva a caps., o a otros hospitales.</p>
S6	<p>El servicio funciona de lunes a viernes en horario de 8 a 12 horas, y de ahí están las guardias de 24 hs, que están cubiertas de lunes a lunes. La atención se brinda a toda la población mayor de 18 años, y se trabaja interdisciplinariamente.</p>	<p>Las guardias están cubiertas por equipos interdisciplinarios un psicólogo, un psiquiatra, un trabajador social, y un terapeuta ocupacional. Tenemos equipos interdisciplinarios, que en teoría es así, pero en la práctica sigue prevaleciendo la mirada del médico</p>	<p>En las guardias, en la urgencia, se trabaja con el riesgo para sí y para terceros. Trabajamos con el protocolo de nación, vamos a la guardia central una vez que el medico clínico hizo las valoraciones clínicas, vamos para la evaluación psicosocial, identificamos el</p>

		como hegemónica, y vos lo vas a poder percibir en las guardias	riesgo para sí o para terceros, y si vemos que el riesgo persiste se interna
S7	Antes toda la carga la tenía el médico, ahora a partir de la ley de salud mental el psicólogo tiene más lugar, se busca un abordaje más completo.	Los pacientes pueden llegar por guardia central, donde primero se atiende la urgencia y luego la parte de psicología. En la guardia del Servicio hay 2 profesionales y 3 residentes. Suelen llegar pacientes con ideación suicida, también por intoxicación. Antes el ingreso solo lo hacía el médico, hoy se tienen en cuenta tres áreas, psiquiatría, psicología, y el área social u ocupacional.	El criterio de internación tiene que ver con que haya riesgo para sí mismo y para terceros. Se puede derivar a CAPS, consultorios externos, o instituciones privadas. En caso de internar al paciente se hace un consentimiento informado. Durante las primeras 48 hr no recibe visita, por la adherencia al tratamiento

S8	<p>Se atiende a todos los usuarios con padecimiento mental, mayores de 18 años. La persona viene espontáneamente, derivación de otros centros, por oficio judicial.</p> <p>Se hace asistencia también, es un lugar que tiene convenios con las universidades, por lo tanto, sirve para prácticas. Los días lunes, y también en equipos interdisciplinarios se hace lo que ahora se llama la restricción de capacidades, otros hacen evaluación de padecimiento mental y otras pericias.</p>	<p>Se intenta con las guardias que sean interdisciplinarias.</p> <p>Las guardias no las hacen profesionales del mismo equipo, al que le toca le toca, y no todos a su vez hacen guardias.</p> <p>Se trata de trabajar en equipo, internar en equipo, según lo que dice la ley, de igual manera con los permisos. No como antes que solo decidía el médico.</p>	<p>Con respecto a las guardias, todos los pacientes tienen que ingresar por guardia central, ellos hacen interconsulta, y ahí vamos a ver al paciente. Siempre se hace una valoración física, descartamos ciertas cosas.</p> <p>La urgencia casi siempre termina en internación, sino no es una urgencia. El criterio de riesgo es para sí o para terceros.</p>
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En relación a la modalidad de abordaje todos coincidían con los diferentes dispositivos y estrategias con las cuales cuenta el servicio de salud mental. Consultorios externos, hospital de día, en muy rara ocasión funciona como hospital de noche (cuando hay camas), la parte de internado, guardias activas, se hace lo que ahora se llama la restricción de capacidades, otros hacen evaluación de padecimiento mental y otros pericias.

Muchos recalcan que anterior a la ley el medico tenia prioridad o predominio en cuanto a decisiones, pero a partir de la ley se pone a todos los profesionales en condición de igualdad. Aun así, hay quienes afirman que es complicado correr de ese lugar de hegemonía a determinados psiquiatras. Y eso lo pude plasmar en las notas de campo a partir de la observación no participante. 5 psiquiatras por lo menos se dirigen a la guardia central solos, ya sean llamados durante el día o durante la noche. Solo dos son los que promueven que las decisiones aun en urgencia se tomen interdisciplinariamente.

La mayoría afirma que en las urgencias se promueve otros dispositivos antes que la internación. Por ejemplo, la derivación a CAPS (centro de atención primaria de la salud). Solo cuando hay riesgo cierto e inminente es cuando se plantea la posibilidad de internar. El propio usuario puede decir respetar la decisión de los profesionales o no, y de igual manera la familia.

CONCLUSIÓN

Personalmente a partir de la información obtenida del proceso de este trabajo final considero a la ley de salud mental no como un objetivo en sí misma. Más bien sino, como instrumento, útil, que se puede potenciar, pero instrumento al fin.

La LNSM es considerada actualmente como un hito, que marcó un antes y un después en Argentina. Donde establece la recuperación de los derechos de los usuarios de salud mental. Establece diferentes derechos, entre los cuales está el tratamiento que menos restrinja sus derechos y libertades, el acceso al trabajo, etc. Esto pone de manifiesto que la implementación de la ley requiere un cambio de paradigma que trasciende la esfera sanitaria.

Entonces el objetivo fundamental de la legislación vigente es modificar un sistema de salud mental que ha sido eficaz para excluir y encerrar personas, pero poco útil para recuperar la salud y el bienestar de las personas con padecimientos mentales, especialmente de los sectores más vulnerados de la sociedad.

Cabe destacar que a partir de la lectura y de los diálogos con los profesionales no se han conocido hasta ahora planes de re direccionamiento de recursos de los monovalentes hacia nuevos dispositivos de atención. Si bien en general se han registrado disminución de camas de internación en monovalentes, ha sido lenta la apertura de servicios de salud mental en hospitales generales con salas para internaciones breves. Destaco esto, en términos de que ya es un avance y facilitador, la existencia de guardias activas en el servicio de salud mental como dispositivo de atención hospitalaria.

A partir de los datos obtenidos me parece fundamental que, si bien muchos trataban de responder de acuerdo a lo “esperable” de las guardias, ya que se las nombran como interdisciplinarias, algunos dijeron que esto no sucede siempre, y esto se pudo relacionar con la observación no participante.

Prevalen los psiquiatras que no pueden moverse de su disciplina como hegemónica. Ante una urgencia ya sea de los pacientes del internado, como

demanda espontanea al servicio, o por una interconsulta de guardia central, van solos, evalúan solos a ese usuario/a, y recomiendan solos, ya sea internación, derivación a CAPs, al servicio de adolescencia o a instituciones privadas.

Alicia Stolkiner afirma que solo se puede superar esta visión fragmentaria entendiendo a la salud mental desde el paradigma de la complejidad. Visualizando que la salud mental es un proceso al cual se debe responder desde la mirada de diferentes disciplinas. Y esto implica poder reconocer los límites, y aceptar que las otras disciplinas pueden tener algo por aportar desde su perspectiva.

Este punto algunos profesionales lo toman como obstáculo. Puesto que la ley está, implica muchas modificaciones, pero dentro de ellas también es necesaria la actitud, predisposición y aptitud de los profesionales para poder atender a los usuarios de salud mental desde una perspectiva de derechos humanos. Además, agregar que algunos psiquiatras aún piden contención mecánica o medican cuando los pacientes no están en crisis. Esto también es contraproducente en términos de que la ley busca ampliar los derechos de los usuarios y eso no sería viable si se sigue utilizando la medicación “por si las dudas”.

Respecto a las medidas que se pueden tomar frente a la urgencia, todos respetan la internación solo con fines terapéuticos. El riesgo cierto e inminente asegura poder internar en contra de la voluntad de los pacientes. Este criterio se basa en restringir lo menos posible la libertad de los usuarios. De esta forma solo se interna por el tiempo en el cual persiste el riesgo para sí o para terceros y luego se va dando la externación progresivamente para luego tratar de manera ambulatoria. El problema se presenta en los casos que ingresan por oficio, donde hay privación de la libertad sin el consentimiento o voluntad de ese usuario. Estos pacientes que ingresan por orden del juez, tal como lo relacioné con las notas de campo, muchas veces no tienen criterios de internación.

Actualmente en el servicio hay por lo menos 11 usuarios internados por oficios, algunos sí con criterios de internación, pero la gran mayoría no. La única medicación que se les administra a estos usuarios, es para dormir. Se toma esto como

obstáculos en términos de que por un lado se restringe la libertad de los pacientes, o que sean trasladados otras instituciones como penitenciarias (muchos con causas penales) y por otro lado ocupan camas en el SSM.

Otro impedimento para la implementación de la ley es que, si bien forma parte del hospital vera Barros, está a dos cuadras. Esto genera que no tengan conocimiento ni vínculos con otras áreas de psicología del hospital como lo son psicología clínica, o servicio de adolescencia, y a su vez genera controversias para los usuarios de salud mental. Aún apartados del hospital general y excluidos de la atención del mismo.

Se traduce esto en que los días jueves deben realizarles laboratorios como controles a los usuarios, muchas veces no van porque “no tienen en que ir”. Se traslada además y aún más grave a la no asistencia de los usuarios en las urgencias. Durante las practicas hubo un intento de suicidio y en el llamado al 107 dijeron que “esperen, tenían otras personas por atender”. A ese usuario debieron practicarle RCP los profesionales de guardia y lo salvaron, pero hace dos meses un paciente murió en las mismas condiciones, no tenían respuesta de la ambulancia.

Me parece fundamental destacar que frente a estos obstáculos hay quienes deciden sortearlos de alguna manera. Más allá de los psiquiatras que aún no se pueden correr de la hegemonía, el resto en conjunto con profesionales de otras disciplinas promueven en el resto de las guardias el trabajo interdisciplinario. Agregar que algunos profesionales promovieron juntarse con áreas de psicología clínica y adolescencia para poder saber cómo trabajan. Los mismos son los que están promoviendo actualmente el traslado del servicio de salud mental al hospital vera Barros, lo cual implicaría ampliarlo para poder contar con camas para internaciones breves. Esto se prevé para el 2019, de igual manera que un proyecto ya financiado desde nación para construir casas de medio camino.

Esto último debido a que no se conocen demasiadas experiencias de mayor articulación intersectorial en los territorios, que incluyan respuestas sociales y laborales adecuadas a las necesidades de personas con padecimientos mentales,

en particular aquellas que llevan muchos años de institucionalización. Uno de los reclamos más reiterados es la existencia de necesidades sociales desatendidas que impiden las altas y la inclusión social a tiempo, con el consiguiente deterioro de la salud de la persona debido a la iatrogenia.

Las casas a medio camino como dispositivo alternativo responderían a esta demanda y permitiría de esa forma que, en el servicio de salud mental, ya en el hospital vera barros, se atienda realmente la urgencia, se interne de manera breve hasta que cese el riesgo cierto e inminente, para luego tratar ambulatoriamente.

Los trabajadores de la salud mental, especialmente los de instituciones públicas, entienden que hay otros potentes factores que condicionan la implementación de la legislación vigente: la política económica, el imaginario social (lo que la sociedad espera y deposita allí), el poder judicial, los medios de comunicación, la formación académica, nuestro compromiso como ciudadanos, entre otros. Más allá de estos factores se depende también de la aptitud y actitud de los profesionales a sortear los obstáculos. Y que las mismas pueden ser facilitadores.

Es decir, siempre estarán los escépticos, que compartan el espíritu de la ley, pero renuncien de antemano a toda pretensión de modificar la realidad. Siempre estarán en una posición de conservadores en tanto imposibilidad de cambiar algo, que se traduce en el terreno de la práctica. Ya sea no trabajando interdisciplinariamente, utilizando medicación porque si, etc.

Pero también están los optimistas, que sin perder de vista la realidad, la complejidad de la salud mental, de la salud pública, se comprometan a un cambio necesario.

La Ley 26657 no garantiza ni promete ningún resultado, como dije al comienzo es un instrumento y como tal somos nosotros, como ciudadanos comprometidos y como trabajadores de la salud mental, los que podemos hacer algo con ella.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Antecedentes y desarrollo histórico del Programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) | OPS OMS. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11660&Itemid=41733&lang=es
- Basaglia, F. (1970). *La institución negada*. Barcelona: Barral editores
- Bravin, C., y Pievi, N. (2008). *Documento Metodológico Orientador para la Investigación Educativa*. Buenos Aires.
- Carmen Mercedes Cáceres... [et al.], (2017) *Derechos humanos en salud: en el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental*. - 1a Ed. - Lanús: ADESAM-Asociación por los Derechos en Salud Mental
- Galende, E. y Barenblit, V. (1994). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Barcelona
- Hermosilla, A. M., y Cataldo, R. (2013). Ley de Salud Mental 26.657. Antecedentes y perspectivas. PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica. Recuperado de www.psiencia.org/index.php/psiencia/article/viewFile/97/138
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, M. (2000). *Metodología de la investigación* (p. 209). McGraw-Hill Interamericana.
- Ley de salud mental: un cambio por decreto de su reglamentación elimina la perspectiva de dd.hh (11 de noviembre de 2017). Recuperado de: <https://www.cels.org.ar/web/2017/11/ley-de-salud-mental-un-cambio-por-decreto-de-su-reglamentacion-elimina-la-perspectiva-de-derechos-humanos/>
- Ley N° 26.657 (2013). Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 28 de mayo de 2013
- Ley Provincial N° 9098. Ley de protección de la salud mental. Boletín oficial, 16 de diciembre de 2011.
- Plan Nacional de Salud mental (2013)

- Rovere, M., Bertolotto, A. (2012). Atención primaria de la salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto.
- Stolkiner, A. (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. Publicado en: Elichiry, Nora (Comp) (1987) El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio. Bs As: Ed. Nueva Visión (pp. 313-315)
- Stolkiner, A. (2003). Concepto de salud de la OMS. En: Cátedra II Salud Pública/Salud Mental. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Stolkiner, A. (2012). Nuevos Actores del campo de la salud mental. Publicado en Revista Intersecciones Psi. Revista Virtual de la Facultad de Psicología de la UBA. Año 2, número 4.
- Stolkiner, A., (2005). Interdisciplina y Salud mental en : IX JORNADAS NACIONALES DE SALUD MENTAL I JORNADAS PROVINCIALES DE PSICOLOGÍA SALUD MENTAL Y MUNDIALIZACIÓN: ESTRATEGIAS POSIBLES EN LA ARGENTINA DE HOY. Posadas- Misiones. Argentina
- Stolkiner, A., y Ardila, 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.
- Szasz, T., y Ribé, R. (2005). *La fabricación de la locura*. Barcelona: Kairós
- Vezzetti, H. (1985). *La Locura en la Argentina* (p. 52). Buenos Aires: Paidós}
- Yuni, J. Y Urbano, C. (2014). *Técnicas para investigar 1*. Córdoba: Editorial Brujas.
- Yuni, J. Y Urbano, C. (2014). *Técnicas para investigar 2*. Córdoba: Editorial Brujas

ANEXO

NOTAS DE CAMPO EN GUARDIA CENTRAL Y GUARDIA SERVICIO DE SALUD MENTAL (OBSERVACION NO PARTICIPANTE)

PRIMERA Y SEGUNDA SEMANA

- Una paciente tiene relaciones con su hermano. Tiene una causa por homicidio en la cual mato a un sobrino con el cual también tenía una relación. En la revista de sala plantean que este hermano de la paciente ingreso con la paciente al baño y no querían salir. Recién cuando se acercaron los policías salieron del baño. En la revista de sala plantearon que ningún familiar debe entrar a las habitaciones de los pacientes

Además, hay problemas con los policías que quedan de guardia durante la noche. Pues llegan otros policías que andan rodeando. Y ellos plantean que nunca saben que pueden hacer los policías a los pacientes, que eso no se debe permitir.

- Intento de suicidio de un paciente de apellido Ceballos. se lo había contenido mecánicamente con una esposa, porque de noche se escapa. Solo tenía una esposa. Con la otra mano se ató con la sabana y se ahorco. Otra paciente dio aviso y lo desataron. Al principio no reaccionaba, luego sí. Decía que era porque no tenía ganas de vivir así, que siempre lo esposan de noche. Que si se mata acaba el problema.
- Otro día de guardia un paciente se comió el pañal. Una paciente dio aviso. Los profesionales hablaron con los policías para que den aviso en esas situaciones porque se puede infectar, o atragantar, y ellos lo tomaban como normal. En la revista de sala plantean alguna prenda o vestimenta que pueda usar para que no se coma los panales.
- Usuario intenta suicidarse ahorcándose con una sabana
- Paciente refiere excitación psicomotriz. Se lo contiene con fármacos.

Actualmente en el servicio de salud mental uno de los grandes obstáculos para atender a los pacientes como sujetos de derecho tiene que ver con la economía,

pues no llegan los antipsicóticos al servicio. Llegan menos de la mitad que el año pasado, entonces los profesionales tienen que medicar de acuerdo a los antipsicóticos que tiene, cuando se van acabando usan, y de esa manera perjudican a los pacientes en la medicación.

- Una paciente con heteroagresividad, excitación psicomotriz, estado confusional. Tuvo una pérdida, la llevaron a la madre y el niño, no la quisieron atender, mandaron una nota de que cuando pare el sangrado le hagan un evatest. No la podían calmar, tuvieron que medicarla muchas veces para contenerla. Hasta el momento no saben si estuvo embarazada.

TERCERA Y CUARTA SEMANA

- El día 19 Oviedo Claudio se va de permiso por la mañana
- El mismo día paciente refiere malestar, tiene temperatura alta, se indica ibuprofeno cada 8 horas.
- El 27 Marcelo presenta episodio de heteroagresividad, con persistente idea de fuga. Se indica levomepromacina y contención mecánica
- 28/10 Ramírez Claudia presenta heteroagresividad a otra paciente y le tira tasa con leche caliente
- Paciente Ponce atacada por Claudia se le indica diazepam, y platsul para las quemaduras
- Abigail tiene episodios con Claudia, tirándola al suelo y pegándole patadas. Se realiza contención mecánica a Abigail
- Marcelo intenta darse a la fuga, se hace contención de cuatro miembros
- Leonel se enoja porque los custodios lo tratan mal, se indica triple
- Se traslada a un paciente a la clínica privada llanos, por no tener camas. Paciente que debería haber ingresado por oficio al servicio, pero no había disponibilidad de camas para otro usuario.
- 30/10 agresivo con el personal de servicio, se indica aloperidol, levomepromacina y diazepam
- Usuario Marcelo se da la fuga

- Primero de noviembre paciente Abigail enfrenta a psiquiatra de guardia diciendo que la quiere separar de su novio (el usuario que se dio a la fuga). La empuja, policía y enfermos la contienen. En el intento de contenerla y atarla de cuatro miembros rompe sabanas, se suelta y salta por la ventana. Comienza a correr y se mete en escuela polivante. Directora de la escuela manifiesta que está cansada de que los pacientes se fuguen e ingresen a la escuela. Todos los custodios salen en busca de la paciente ya que personal de guardia no tiene permitido salir del establecimiento. Se grabó esa situación por parte de los alumnos de la escuela y circulo días posteriores en las redes sociales. No podían contener a la paciente, mordía a los policías, y además necesitaban más custodios mujeres para poder contenerla y solo había una. Finalmente logran contenerla y traerla en el móvil de la policía. Equipo de guardia pide contención mecánica y química. Además, plantean que se debe informar al juez la situación de esa paciente.
- Paciente Nelson se golpea la cabeza contra la pared, sangra demasiado, se lo cura y contiene mecánicamente.
- Paciente orina en una botella de noche, otro paciente fue y se tomó esa botella con pis.

INGRESOS

Belen 22 años -Paciente embarazada, es ingresada por la guardia. La traen los policías. Tiene poli consumo, y una causa por intento de robo con arma blanca. Entro para robar drogas en una farmacia. Al momento de la evaluación la paciente está orientada en tiempo y espacio, conciencia de enfermedad y situación, diagnostico presuntivo es trastorno adaptativo. Entra al servicio por oficio. Para el equipo no tiene criterios de internación. Se pide al juez que se derive a ginecología del hospital de la madre y el niño para controles del embarazo ya que nunca se los hizo. El juez no responde a los pedidos y criterios del equipo. Permanece aún en el servicio con siete meses de embarazo. Paciente refiere “yo no tendría que estar aca, prefiero ir a la cárcel antes que estar acá”.

Sofía – 22 años de edad Llamado de guardia central, por una paciente con intento de suicidio, ingresa al otro día por oficio.

Internada por ideación suicida, el factor desencadenante del intento fue duelo neonatal. Tenía un embarazo de riesgo y perdió a su hijo. Para los profesionales no tiene criterios de internación, debería poder tratarse ambulatoriamente. Familia disfuncional. La madre no quiere que vea al novio. Tiene hábitos tóxicos. Antecedentes de enfermedades psiquiátricas en la madre y la hermana. Al momento de la evaluación se encuentra orientada alopsíquicamente, con conciencia parcial de situación y enfermedad. Diagnostico presuntivo es trastorno adaptativo- duelo patológico.



LA RIOJA, 10 de Octubre de 2.018.-

AL SEÑOR
DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL ENRIQUE VERA
BARROS
SU DESPACHO.-

Me dirijo a Ud. en los autos Expte. N°

11.883-AÑO 2.018-Letra "S" caratulados: "SERVICIO SALUD MENTAL
HOSPITAL ENRIQUE VERA BARROS- S/INTERNACION", que se tramita
por ante este Juzgado de Instrucción en lo Criminal y
Correccional N° 1, a cargo del Juez Subrogante [REDACTED]

[REDACTED]
dispuesto librar el presente a los fines de llevar a su
conocimiento que por resolución del día de la fecha el
suscripto a resuelto: Ordenar la INTERNACION de la ciudadana
[REDACTED] de 22 años de edad, D.N.I N° [REDACTED] con
omocilio en [REDACTED] d
ta ciudad, en el Servicio de Salud Mental del Hospit
ique Vera Barros, para su respectivo diagnóstico preci
amiento Terapéutico, Psicofarmacológico, y pronosti
Diligenciado que sea el presente
á devolverlo con las constancias de todo lo actuac

Saludo a Ud. atentamente.-



AL SEÑOR

LA RIGJA, 10 de Octubre de 2.018.-

Me dirijo a Ud. en los autos Expte. N° 11.883-AÑO 2.018-Letra "S" caratulados: "SERVICIO SALUD MENTAL HOSPITAL ENRIQUE VERA BARROS- S/INTERNACION", que se tramita por ante este Juzgado de Instrucción en lo Criminal y Correccional N° 1, a cargo del Juez Subrogante Dr. Héctor Daniel Barria, Secretaria a cargo del autorizante, se ha dispuesto librar el presente a los fines de que bajo apercibimiento de ley Arts. 133,22 y 201 del C.P.P. y de recibido el mismo, arbitre los medios necesarios de seguridad, designado personal a su cargo para la custodia de la ciudadana de 22 años de edad, D.N.I N° [REDACTED] con domicilio en calle [REDACTED] de esta ciudad, la cual se encuentra internada en el Servicio de Salud Mental del Hospital Enrique Vera Barros, para su respectivo diagnóstico preciso, tratamiento Terapéutico, psicofarmacológico, y pronóstico.-
Diligenciado que sea el presente, se irá devolverlo con las constancias de todo lo actuado.-
Saludo a Ud. atentamente.-

19/10 Ayelén ingreso. 18 años de edad, ingreso a las 11 de la mañana. Llego por consultorio externo, cursando su primera internación, acompañada de la abuela. Motivo de consulta fue ideación suicida y autoagresión, el desencadenante fue el conflicto con la pareja. Al momento de la evaluación se encuentra vigil, orientada en tiempo y espacio. Tiene antecedentes de personalidad impulsiva. Estaba angustiada, alérgica a la peninsilina. Se la médica con diazepam 5 mg vía oral. A las 15:35 la abuela la deriva a la clínica privada llanos, por decisión familiar, previa llamada a llanos.

Venia sin comer sin dormir, como tenia obra social se decide el traslado a la clínica llanos.

20/10 ingresa Antonia, D. De 74 años de edad acompañada por sus hijos, asiste al servicio de salud mental, el motivo de consulta descompensación de su patología de base (psicosis), abandono de la medicación, tiene esos momentos en que cree que ya está bien, entonces deja de tomar los medicamentos, se brota y ahí es cuando hay que reingresarla a internación. Examen psicosemiológico se encuentra orientada en persona, sin conciencia de enfermedad ni situación, pensamiento desorganizado, de contenido delirante, discurso incoherente, desorganizado, con inquietud psicomotriz, y conductas inadecuadas.

Insiste todo el tiempo en que quiere irse. Hubo dos episodios donde le pide un teléfono a personal policial, llamo a uno de sus hijos diciendo que ya le habían dado el alta, cuando el hijo llega al servicio se le dice que no es así, mientras Antonia vuelve a pedir el teléfono y llama al otro hijo diciendo lo mismo.

Ingreso por primera vez en 2011, luego en 2016 y ahora. La primera vez fue valorada en guardia central, y se decide internarla por su patología. En 2016 y 2018 la descompensación se produce por el abandono de la medicación.

Se realiza el consentimiento informado en este caso al hijo. Antonia tiene alucinaciones auditivas (místicas), insomnio, conducta heteroagresiva, por lo tanto, hay riesgo moderado para sí y para terceros.

Es comunicativa y participativa en los talleres de música y teatro.

SERVICIO DE SALUD MENTAL
HOSPITAL DR. ENRIQUE VERA BARROS

Consentimiento informado.

Identificación de los derechos del paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos y en cumplimiento de la Ley de Salud Mental N° 17.348.

[Redacted] como paciente (o D/Dña. [Redacted])
[Redacted] como su representante, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente,

EXPONGO:

Que he sido debidamente INFORMADO/A por el equipo interdisciplinario tratante de la situación actual de la usuaria [Redacted] en entrevista personal realizada el día 20/10/18, de que es necesario que se me efectúe el procedimiento diagnóstico terapéutico denominado: Intervención.

He recibido explicaciones sobre la naturaleza y propósitos del procedimiento, beneficios, riesgos, alternativas y medios de contención (mecánica y farmacológica) con que cuenta el servicio de Salud Mental para su realización, habiendo tenido ocasión de aclarar dudas que me han surgido,

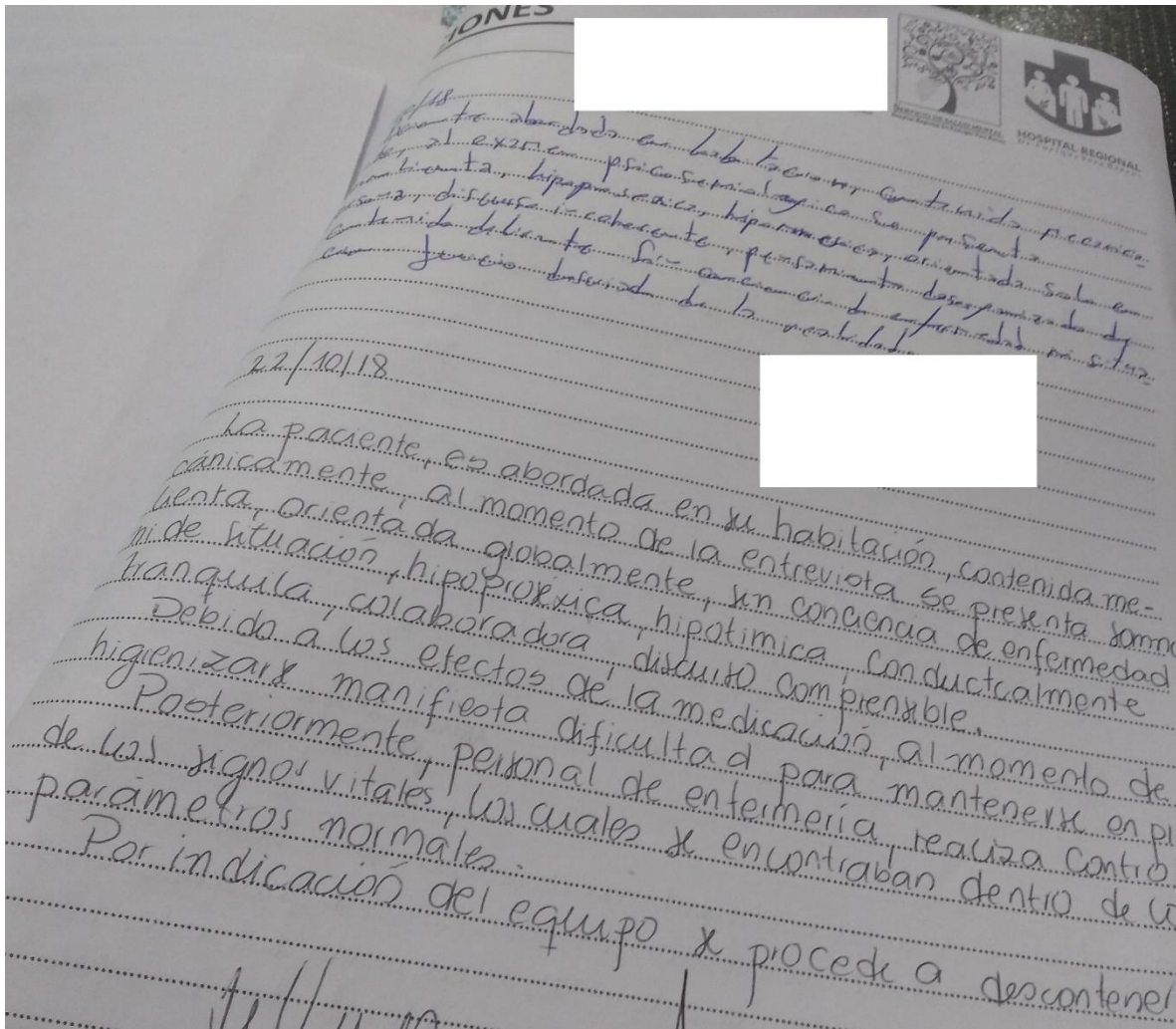
DECIJO:

Entendido y estoy satisfecho/a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el procedimiento terapéutico citado Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico terapéutico Intervención, o que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento, debiendo en tal caso un alta voluntaria (considerándose alta contra equipo interdisciplinario tratante).

Que así conste, firmo el presente documento.
Fecha: 20/10/18 - 18:40h.

Paciente y N° DNI: [Redacted]
Representante legal en caso de incapacidad: [Redacted]

Equipo tratante: [Redacted]



Claudia 26/10 ingresa al servicio a partir de un llamado de guardia central el 26/10. Usaria de 47 años de edad, el motivo de la internación es un intento de suicidio por intoxicación medicamentosa. Durante la evaluación psicosemiológica se encuentra vigil con parcial conciencia de enfermedad, tiene rasgos impulsivos y explosivos. Poco comunicativa, hipoproxésica, hipoabúlica, y conductas de riesgo. El factor desencadenante fue una conflictiva familiar. Para el equipo hay riesgo cierto e inminente moderado para sí y para terceros. Diagnostico presuntivo es un trastorno adaptativo. En cuanto a los antecedentes la paciente refiere síndrome meníngeo quedando como secuelas crisis epilépticas los cuales comienzan a aparecer a los 30 años de edad. Fue internación voluntaria, por lo tanto el

consentimiento informado estuvo firmado por ella. Luego de la evaluación de riesgo y decisión de internar a la usuaria, ese mismo día le tiro una tasa de leche caliente en la cara a otra usuaria. Plantea que tiene aberración muy fuerte con la policía, además de delirios paranoides, dice detestar a todos los hombres. Ella en su relato menciona a una supuesta pareja, refiere que esta pareja abusaba de ella por sexo anal. Apareció un hombre durante los horarios de guardia diciendo ser la pareja de ella. Se le prohibieron visitas que no sean familiares directos.

Tuvo episodios de agresividad, se le puso una doble.

27/10 ingresa Marcelo de 22 años de edad. Reingresa a este servicio. Ingresó en agosto de este año por un episodio psicótico agudo. Factores: multifactorial. Situación familiar es disfuncional. Acompañado en esa ocasión por el padre quien otorga consentimiento para su internación involuntaria. En este reingreso estuvo acompañado por la madre quien acepta la internación y firma en consentimiento informado. Al momento de la evaluación se encuentra vigil, orientado parcialmente, sin conciencia de enfermedad ni situación hipoproxésico, abúlico, apático, poco comunicativo. Contenido delirante, místico, autorreferencial, lenguaje desorganizado, disgregado. Diagnóstico presuntivo es un episodio psicótico. Tenía alucinaciones visuales y auditivas, se lo tuvo que contener porque tenía excitación psicomotriz, y estaba muy agresivo. Agredió a dos pacientes por lo que se mandó al juez que mande custodia para ese paciente, por la peligrosidad para sí y para el resto de los pacientes, aun no tienen respuesta del juez. Le pusieron doble tres veces en poco tiempo porque estaba muy agresivo. En la internación se realizó interconsulta con makipura, porque es un paciente que consume desde los 12 años, diagnóstico es psicosis inducida por psicofármacos. Se quiere pedir evaluación neurológica de este paciente, una resonancia. Es un paciente que se da a la fuga reiteradamente. La madre solo se presentó en el momento de la internación y en ningún otro momento. No fue a hablar con el equipo del paciente. En esta internación el paciente estaba en la alcaldía. Llamaron al equipo de guardia para una evaluación, y llevaron al paciente, pero no se sabe cuál es la situación judicial

del mismo. Tienen conductas de robo, estuvo detenido anteriormente en el servicio penitenciario, pero el juez no notificó cuál es su situación judicial.

SERVICIO DE SALUD MENTAL

"Re ingreso"

Uso Exclusivo de Equipo de Guardia
Servicio de Salud Mental

Fecha y Hora: 27-10-18. 18:40hs.

Edad: 23 años
TEL: [redacted]

DNI: [redacted]
Tel: [redacted]

Familiar a Cargo: [redacted]
Dirección: [redacted]

Motivo de Consulta: Episodio psicótico.

Factores desencadenantes: Falta y abandono de tratamiento.

Examen Psicosemiológico: Paciente fue el momento del examen se encuentra vigil, atenta por conducta. Sin conciencia de enfermedad ni situación, tipo psicótico. Discurso apático. Poco comunicativo con progresivos en discurso. Psicótico de contenido delirante. Episodio psicótico autorreferente. Desorganizado. Juicio limitado.

Diagnóstico Presuntivo: Episodio psicótico.

Precedentes Clínicos: Control neurológico pendiente.

Antecedentes previos: [redacted]

Historia Familiar: Conflictiva - disfuncional.

Medicamentos: haloperidol 2,5mg (IM) (M)
risperidona 10mg (M)

laboratorio
T.M. de anhilo.

permanecer en Observación en GC presenta Criterios de Internación en el SSM

27/10 Antonia N. ingresa a este servicio con episodio maniaco con trastorno psicótico. Ingres a al servicio derivada por el doctor pavón, trasladada por sus familiares. Al momento de la internación se encuentra vigil orientada parcialmente sin conciencia de enfermedad ni situación, inestable emocionalmente, con discurso

delirante de tipo persecutorio, agresividad contenida, verborragia. Manifiesta “me hablan por una radio, me persiguen”. El lunes fue evaluada solo por la psiquiatra de guardia. “Todos la persiguen, porque ella es gordita”. Lenguaje muy desorganizado. Se refiere a ella misma en tercera persona, esta despersonalizada. Nadie la evaluó a la paciente por cuatro días hasta que el lunes la vio esa psiquiatra. Riesgo cierto e inminente moderado para sí y para terceros. Es de patquia, dice que en su pueblo todos tienen micrófonos y ella habla fuerte porque sabe que la están escuchando. Tiene alucinaciones visuales y auditivas. Tiene fuga de ideas.

Guadalupe 30/10 Usuaría de 17 años de edad, ingresa en la madrugada con un intento auto agresivo en donde el equipo de guardia considera que no tenía criterios de internación y la derivan al servicio de adolescencia. La evalúa el equipo de adolescencia y considera que la paciente es de riesgo, tiene antecedentes agresivos, poli consumo. El antecedente más importante es que hace un mes y medio atrás un amigo del grupo se suicidó, otro amigo una semana anterior intento suicidarse y le salió mal, ahora intentó ella. Manifiesta la paciente que le fallo a su grupo de amigos, que necesita avisarles donde está y que pasó, porque es un pacto que hicieron entre ese grupo. Más allá de esa situación es una familia disfuncional, separados los padres. Guadalupe arma y desarma a su manera, es muy manipuladora, esto es lo que dice la madre de la chica. Ella vive con la abuela, la madre vive al lado de ellas. Guadalupe habla de situaciones de pelea con la madre, que en realidad es que la madre intenta ponerle límites. Es menor entonces decidieron que tenga un acompañante durante el día y noche. Tiene obra social pero el padre la incluyo hace poco, y sale en carencia. Aun si tuviera obra social la psiquiatra prefiere mantenerla en el servicio que mandarla a una clínica privada y la tengan internada durante meses.

Una mujer de una ONG llama a una de las psiquiatras y da aviso que el padre es agresivo, con la madre y con la chica. El equipo debe evaluar si dejarlo pasar para cuidarlo.

Es un caso que se tiene que judicializar, se tiene que hacer aviso de su situación de riesgo al juzgado del menor, como a niñez y adolescencia.

Se plantea en la revista de sala que no se demoren las evaluaciones, porque es iatrogenia a los pacientes. Y que se evalúen estrategias para cuando se externe, con la escuela, con la iglesia, con todos los agentes de sanagasta.

ENTREVISTAS

Entrevista –psicólogo Sujeto 1

¿Cuál es la modalidad de abordaje del Servicio de Salud mental?

El servicio cuenta con consultorios externos, funciona también como centro de día, depende si hay camas como centro de noche.

Se trata de mantener a los pacientes siempre activos, con buena calidad de vida, que tengan contacto con la familia. Las visitas con la familia se van pautando con el paciente, pero hay horarios de visita todos los días, por las tardes. Con la familia se trata siempre de hacer psi coeducación, están las asambleas de familias y asambleas de usuarios. Pero hay casos donde con la familia se hace difícil trabajar.

Aquellos pacientes crónicos, y que no tienen familia, cuando se decide externar, se informa al juez, pero responde que no hay otro lugar para dejarlos, entonces quedan en el servicio. Además, hay problemas de acuerdo al momento económico con los medicamentos de los pacientes, los insumos en general. Si bien se intenta cumplir lo más posible con la ley y trabajar interdisciplinariamente, hay algunas cosas de la ley que son imposibles, tene en cuenta que siempre está la mirada del médico como hegemónico.

Actualmente trabajamos con los pacientes en talleres de teatro y de musicoterapia, también hacen manualidades en piedras. De esas actividades te pueden hablar mejor los terapeutas, porque hay diferentes actividades para los del internado y para los del consultorio externo.

¿Se trabaja interdisciplinariamente en las guardias activas?

La idea es que se implemente la ley lo más posible. Médico, psicólogo, psiquiatra, trabajador social y terapeuta ocupacional son las disciplinas que hay en el servicio y que se tratan conjugar desde la interdisciplina para implementar la ley. Siempre se trata de trabajar interdisciplinariamente e intersectoralmente, durante tus practicas

vas a ver que en muchos casos cuando no hay riesgo para sí o para terceros derivamos a un CAPS. Además, estamos distribuidos en equipos interdisciplinarios por cada día, donde no solo hay profesionales de planta sino también residentes.

En las guardias normalmente es que haya uno de cada disciplina. Ahora está el psiquiatra, dos psicólogos, otro residente de psiquiatría, y trabajadora social.

Los pacientes pueden llegar por guardia central, por consultorio externo o pueden venir directamente por la guardia del servicio. Por ejemplo, llega un paciente por intoxicación o intento de suicidio. La guardia central primero trabaja la parte física de ese paciente, signos vitales, si esta intoxicado te hacen en lavaje, y después pueden pedir interconsulta con la guardia del servicio para ver si tiene criterios de internación. Si tiene criterios de internación y no tiene obra social viene por acá, en cambio sí tiene obra social se deriva a instituciones que trabajen con obra social. Si no tiene criterios de internación se deriva a centros terapéuticos cercanos a donde vive el paciente.

¿En qué se basa la evaluación de riesgo en la urgencia?

Los criterios de internación son riesgo para sí y para terceros.

Con respecto a las urgencias de los pacientes del internado la ley plantea que el control mecánico de los pacientes tiene que ser solo con fines terapéuticos. Pero mucho dicen “si no te portas bien te vamos a atar” la contención en algunos casos se hace con sábanas, en otros, cuando son casos judicializados con esposas.

Entrevista psicólogo- Sujeto 2

¿Cuál es la modalidad de abordaje del Servicio de Salud mental?

Los pacientes se asignan A B C D E, yo soy el equipo D de los jueves, y después los sábados y domingo se va haciendo A B C D E. ahora estoy con un paciente re contra agresivo, Galarza, tiene muchísimas crisis, durante la guardia del sábado, el paciente tuvo una hiper excitación, también tuvimos que medicarlo varias veces.

Los pacientes pueden ingresar por guardia central, por la misma guardia del servicio consultorios externos o por oficio

Los pacientes que entran por oficio es otra historia, llegan por el juez, ya sea por causas de robo, homicidio o por situaciones sociales. Alguno no tiene criterios de internación, pero vos le mandas un escrito al juez, y no le importa, contesta tarde, o no los contesta. Ese es un tema muy difícil, porque la autoridad máxima es el juez, y ahí el periodo de internación depende de ellos, no de lo que nosotros veamos como profesionales.

Actualmente hay un proyecto de casas de medio camino, son 10 casas aproximadamente, desde nación está aprobado, el tema es que la provincia después se tiene que hacer cargo de mantener eso. Hay casos de pacientes crónicos, que están estabilizados, pero que no tiene familia. Mejor dicho, que tengan familia no significa que la familia esté.

¿Se trabaja interdisciplinariamente en las guardias activas?

Tenemos la modalidad de trabajar con urgencias y emergencias, pueden ser derivados de otros centros de salud, de hospitales regionales o zonales o de la guardia central, donde hacen interconsulta, es decir el paciente ya lo han visto, y piden una interconsulta. Hay pacientes que ya vienen directamente acá y son atendidos. Son pacientes que vienen con crisis de angustia, recaídas de adicciones.

Hay pacientes que llegan por oficio, que eso es otra historia. Vos estuviste cuando llego, tiene poli consumo, está embarazada, y tiene una vida rozando lo antisocial, situaciones de violencia, antecedentes con la pareja heteroagresividad. Ella pide fumar todo el tiempo, hay que ver como esta ese feto. El tema que hablábamos hoy en la revista de sala de si no tiene criterios de internación es por el embarazo. Es decir, derivarla a ginecología, porque hay que ver como esta ese feto, porque ni siquiera esta catectizado. En qué condiciones esta ese embarazo, no se ha realizado ningún control.

Para mí en las guardias se debe modificar algo. No es necesaria la presencia del psicólogo, si del psiquiatra. Uno escuchando por ahí entiende algo, pero hay cosas muy complejas que solo entienden los psiquiatras. Lo que si es necesaria es una profesión social, un terapeuta, un trabajador social. Yo hoy lo veo, pero por ejemplo un trabajador social o un terapeuta pueden tener la residencia y formación, pero no es algo que manejen todo el tiempo. Su área está focalizada en otro lado. Si se necesita un psiquiatra y un trabajador del área social. Se compone generalmente por dos, pueden ser más. También hay residentes en las guardias, pueden ser dos o tres, se trata de que sean de diferentes disciplinas

¿En qué se basa la evaluación de riesgo en la urgencia?

En lo posible se intenta trabajar interdisciplinariamente. Hay paciente donde son muy claros los cuadros entonces no hace falta tomar técnicas.

Intervenimos por ejemplo “el paciente que presenta tal y tal cosa, se solicita control neurológico, laboratorios completos, ver la glucosa, etc., se requiere evaluación de la guardia de salud mental”. Hacemos el pase de guardia y ahí ves si se queda, se va, si lo derivamos. Si se deriva a CAPs se hace un escrito “paciente DNI, edad, se evalúa en la fecha tal, ingresa por tal cuestión, presenta tal cosa, se solicita tratamiento terapéutico con psicólogo y psiquiatra, etc etc”. La entrevista se corta por un llamado de guardia central. Una paciente con intento de suicidio. Se ve si tiene criterios de internación, si tiene firma la familia y se interna (esta paciente entra al otro día porque la familia la interna involuntariamente)

Entrevista – T. O – Sujeto 3

¿Cuál es la modalidad de abordaje del Servicio de Salud mental?

Trabajamos interdisciplinariamente en equipos por cada día, en las guardias, y consultorios externos. Éste último puede variar, por ahí el trabajador social decide que solo necesita ver al psicólogo ese paciente.

Además, tenemos la parte del internado, que es algo que estamos modificando de a poco, porque hay muchos pacientes que ya deberían estar externados. Otro

problema que tenemos son insumos, para la medicación, a eso súmale el estigma social que hay. Nosotros tenemos recurso humano, hacemos guardias, tratamos de que los pacientes hagan salidas, pero el estigma social, y la situación económica influyen hoy por hoy en el cumplimiento de la ley. Hubo un tiempo donde realizábamos actividades de reinserción laboral, pero después se dejó de hacer, no hay insumos. Trabajamos con patologías que son de por vida, y es fundamental desde la ley trabajar con un trípode, la familia, la medicación, y las actividades que realice, pero ya ves que hay familias que se desligan, medicación que falta y actividades que si no tienes insumo no puedes enseñarles. Si alguna de estas no está, se cae todo, empieza tambalear. Igual hacemos actividades de la vida diaria, las básicas, para aquellos que pueden, y luego las individuales.

Tené en cuenta que trabajamos a demanda y la demanda es mejorar la calidad de vida de estas personas, no nos podemos enfocar en lo socio laboral si primero no le brindamos dentro de lo posible una buena calidad de vida, cerca de su familia, con medicación.

¿Se trabaja interdisciplinariamente en las guardias activas? Las guardias siempre son interdisciplinarias partiendo de la ley de salud mental en el 2013. Y empezaron con un equipo que trabaja en guardia central. Luego se comenzó en paralelo la guardia de salud mental, yo estaba como residente en ese momento solamente que antes entrábamos a las 10 de la noche y salíamos a las 10 de la noche del otro día.

Hoy por hoy acá se sigue haciendo con la misma modalidad, dos o tres disciplinas a veces dos disciplinas, varias profesionales, siempre por lo general hay tres profesionales por guardia. Se trabaja en la urgencia en salud mental donde la persona está en crisis. Trabajamos con demanda espontánea acá en el servicio, si hay algún llamado de guardia central, y también con las urgencias y emergencias de los pacientes del internado.

Con el cambio de la ley, el ley marca que si o si se trabaja interdisciplinariamente. Es decir, cuando llega un paciente, se tiene que valorar interdisciplinariamente si

tiene criterios de internación o no. Sobre una misma problemática hay diferentes aristas.

El problema que tenemos ahora es que se decide interdisciplinariamente que un paciente tiene criterios de externación, pero no lo podemos externar, porque no tiene familia. Hay que tener en cuenta que cada uno tiene una situación diferente. Por ley tenemos que externar. Pero el mal menor es que el paciente este acá, no tiene una casa, un lugar a donde ir. Una vez que se externa se ve si continúa trabajando con nosotros por ejemplo en casos donde sabemos que es difícil continuar que tomen la medicación, cuando vemos que es más viable se deriva a centros terapéuticos.

Desde que comenzaron las guardias, la implementación de la ley, hacemos también estas actividades (kermes, maratón, peña solidaria) de romper muros con lo social, de que la locura no es como se lo ve. Además, con la familia como te digo hay horarios de visita todos los días. Cada equipo va concediendo permisos de salida, es un servicio a puertas abiertas. Están acá para aprender cómo seguir su vida con esta patología, que la familia entienda que es algo de por vida, que pueda estar para el paciente. La familia muchas veces limita al paciente, si bien se hace psi coeducación, y sugerimos una segunda opinión que no se quede solo con lo que decimos nosotros. Por donde llegue el paciente, se designa ese paciente a un equipo. Cada quipo tiene pacientes agudos y crónicos, y a cada equipo hace ateneos para ver cómo trabaja con ese paciente. Se expone los trabajos, los pasos a seguir del tratamiento, etc.

¿En qué se basa la evaluación de riesgo en la urgencia?

El riesgo de la persona se define por el riesgo cierto e inminente, y eso es lo que se evalúa interdisciplinariamente.

Ya sea un paciente que este en guardia central, espontáneamente acá en el servicio o por consultorios externos. Ahí también se ve la urgencia. Por ahí llega un paciente a admisión y resulta que el trabajador social ve que tiene ideas suicidad, conductas agresivas, entonces hay que internar.

Entrevista -T.O – Sujeto 4

¿Cuál es la modalidad de abordaje del Servicio de Salud mental?

El servicio funciona actualmente como centro de día, para alivianar a la familia, para que hagan actividades los pacientes, o con aquellos pacientes que sabemos que no van a tomar la medicación, entonces vienen acá y hacemos que tomen la medicación. Hay casos donde funciona como hospital de noche, pero rara vez, y depende también de que haya camas. Funciona el internado, y guardias.

Siempre se trata de que más allá de ser público y no tener todos los insumos necesarios buscar lo mejor para los pacientes.

Desde los años que estoy acá, siempre se trata de vincular al paciente con la familia, con una institución educativa, o en caso de hacer deporte, o un centro de día. Vincular si es que no se lleva bien con la madre, con el padre. Es muy difícil trabajar con los que no tienen familia, y no solo con la familia sino con una cuestión social, económica, educativa, por lo más del 50 % de los pacientes que llegan al servicio tienen una privación cultural importante. Y que quiere decir esto, al no estar educados culturalmente no saben a dónde dirigirse, a un trabajo. Me pasa con la familia como trabajadora social tengo que estar ayudándolos a pedir una pensión. No entienden, entonces yo los ayudo a sacar turno, voy con ellos. Les piden un ADP y no saben que es, por ahí los acompañamos nosotros o les explicamos. Porque tampoco hay que quitarles que se puedan autovalidarse solos, si pueden pueden.

No a todos, pero a la mayoría de los pacientes les impide tener un trabajo estable porque no pueden mantener las cosas en el tiempo. Acá hacemos actividades, pero por ejemplo, si hacemos un taller de pintura, de donde sacamos la pintura para pintar, o como le pagamos a quien dé el taller. Podemos tener muchas ideas de reinserción laboral, social, pero es difícil implementarlas sin insumos. Se trabaja más desde la parte de terapia ocupacional, en los consultorios externos, porque hay pacientes internos que por ahí no tienen x habilidad.

Otra problemática que tenemos es con el mismo hospital vera barros, los jueves tiene que hacerles laboratorios a los pacientes y cuesta que vengan, cuando hay alguna urgencia con un paciente, cuesta que el 107 venga. La idea es que el servicio se pueda trasladar al resto hospital, pero ahora el estar en otra parte nos perjudica en la atención y servicio que brindamos a los usuarios.

¿Se trabaja interdisciplinariamente en las guardias activas?

Con el tema de la guardia voy a ser totalmente sincera, ya sabes cómo es el funcionamiento. El tema es que no se controla quienes están de guardia. Por ahí el hecho de sumar horas, es también cobrar más. Y en eso terminan en una guardia tres trabajadores sociales como ahora, un solo psiquiatra, y una psicóloga residente. Y después la guardia queda reducida, porque los residentes se van. Es un tema que a mi parecer no se controla.

Hace tres años que funcionan las guardias, tres o cuatro años. Que sirven para las urgencias de los pacientes internados y también del paciente que llega al servicio por guardia central o directo al servicio.

Actualmente se intenta cumplimentar la ley. Se realizan actividades para los pacientes. Con los pacientes externos trabajan los de planta, y con los internos lo de la residencia. Además, se intenta trabajar interdisciplinariamente. Si bien te comento esto de las guardias, se han armado grupos, donde hay un profesional de cada área. Y cada equipo tiene diferentes pacientes. Tampoco es que no se trabaja en ningún aspecto desde la interdisciplina. Se registra todo, la historia clínica tiene que estar al día, se deja por sentado la evolución del paciente.

¿En qué se basa la evaluación de riesgo en la urgencia?

Evaluación de riesgo es ver si hay riesgo cierto e inminente. Es decir, si esa persona puede hacerse daño a sí mismo, o puede hacer daño a alguien más.

Algo que nos juega en contra es el tema de los pacientes que entran por oficio, el juez dice tal cosa, y se hace. El juez dice que se interne a x persona, y se hace. (Ese mismo día una hora antes ingresa paciente con intento de suicidio por oficio.

No hay cama para esa paciente). Nosotros evaluamos, si vemos que no tiene criterios para estar internado/a hacemos aviso al juez, pero el juez no responde. Para el juez quizás ese paciente tiene que estar internado, pero nosotros no vemos que haya riesgo, de hecho, mucho de los casos que están por oficio tiene más que nada causas penales.

Entrevista Trabajadora Social – Sujeto 5

¿Cuál es la modalidad de abordaje del Servicio de Salud mental?

El trabajo en el servicio es bastante amplio, por un lado, están los consultorios externos y por otro lado en el internado. El trabajo en el servicio es interdisciplinario, hay una serie de disciplinas, hay divisiones por equipo, cada equipo tiene todas las disciplinas, para hacer un abordaje amplio. Después tenes los profesionales del staff permanente del servicio, es decir los de planta, y por otro lado tenes los residentes. Desde los consultorios externos los trabajadores sociales hacemos los lunes el proceso de admisión. Un paciente para el internado puede llegar al servicio por los consultorios externos o por guardia, central o directo al servicio.

Cuando llega el paciente a admisión por consultorio externo se decide si lo ve psicólogo y psiquiatra, o si se hace la derivación a un centro de salud. La derivación o el tratamiento acá, se decide interdisciplinariamente. Cada equipo decide en conjunto.

Siguiendo con el funcionamiento del servicio, con el internado trabajan los residentes, o sea haciendo actividades, hay un taller de musicoterapia, uno de teatro, el de artesanía y uno de carpintería. Todos estos son muy recientes, que aportan al marco terapéutico. Mientras que en los consultorios externos los t.o tienen talleres de piedra, de manualidades. Hubo un tiempo que se les enseñaba a hacer cosas a los pacientes del internado también, pero eso implicaba que los usuarios externos se atrasen por ir al ritmo de los pacientes del internado. Aparte no hay insumos, los profesionales teníamos que poner plata para que el paciente haga x manualidad, y después venda. Con esa plata que ganaba, parte era para

seguir comprando lo necesario para otras manualidades, y parte quedaba para el paciente. Pero hay pacientes que no tienen familia, no tienen recursos económicos, entonces eso salía del bolsillo de los profesionales. Con respecto a los talleres que se están haciendo ahora en el internado, que organizan los residentes, la solución que se buscó es hacer todo interinstitucional.

Se hace nota, y se pide x cosa. A la parte de transporte de la provincia le damos un cronograma de fechas a principio de año con las posibles salidas terapéuticas y ellos vienen ese día, nos buscan y después nos traen. El refrigerio nos lo da el hospital. Hacemos también nota con los lugares donde van los pacientes. Hemos ido al yacampis, al parque de la ciudad, estamos por ir a la finca del pinar. Hacemos la kermes, la peña y la maratón, como todos los años y todo es interinstitucional, sino es plata que seguiría saliendo del bolsillo de los profesionales. A todo esto, los residentes que trabajan con ellos, hacen una distinción, entre los más funcionales, los menos funcionales, y bueno los judicializados no pueden salir. Es decir, es complejo que salgan.

Todo esto se hace en el marco de la ley y pensando en aportar al marco terapéutico. Tenemos otros dos dispositivos que es la asamblea de usuarios y otro la asamblea a de familiares. Uno es la reunión de usuarios donde comentan problemáticas, propuestas, críticas, y por otro lado el de la familia. Es muy complejo el trabajo con la familia, porque no es continuo el trabajo con la familia. Eso también está a cargo ahora de los residentes. Al no ser constantes les genera un problema, porque un día trabajan el concepto de salud mental, pero si al próximo encuentro que es cada 15 días vienen otros familiares, que no vinieron al anterior, no podemos hablar de otro tema si no saben el concepto de salud mental, ¿me explico? Son muy buenos porque ahí entienden que no están solos. Que hay otros familiares, que no son los únicos a los que les pasa, que no se aíslen.

¿Se trabaja interdisciplinariamente en las guardias activas?

El sistema de guardia también es interdisciplinario en el servicio, y siempre hay un médico de planta y profesionales de planta de otras áreas como así residentes de

diferentes áreas. Los residentes de primer año son los que trabajan directamente con el internado, y con los casos que llegan por guardia. En segundo año están en el servicio de adolescencia del hospital, pero también tienen guardias acá en el servicio.

Con respecto a las guardias hace poco tiempo que están funcionando, relativamente poco, hace tres años, también en el marco de la ley, son interdisciplinarias. Si o si siempre debe haber un médico en la guardia, y después otras disciplinas, t.o, t.s, psicólogo/a. Se intenta que haya uno de cada área. Se trabaja con emergencias de los pacientes internos, y por si llega alguien por guardia central o directo acá. Por eso es fundamental que siempre haya un psiquiatra.

¿En qué se basa la evaluación de riesgo en la urgencia?

En las guardias se trabaja con urgencias. Cuando el equipo de guardia evalúa a un usuario decide si presenta riesgo para sí o para terceros. En base a esa mirada se decide si internar, cuánto va a durar la internación, o si se deriva a caps., o a otros hospitales. La idea es que haya una mirada amplia, pero sin lugar a dudas cada disciplina necesita su espacio igual, su encuadre, se intenta aportar para que el tratamiento se fructífero, que sea más rico el tratamiento, el diagnostico, todo.

Entrevista trabajador social – Sujeto 6

¿Cuál es la modalidad de abordaje del Servicio de Salud mental?

El servicio funciona de lunes a viernes en horario de 8 a 12 horas, y de ahí están las guardias de 24 hs, que están cubiertas de lunes a lunes. Las guardias están cubiertas por equipos interdisciplinarios un psicólogo, un psiquiatra, un trabajador social, y un terapeuta ocupacional. Después el servicio de lunes a viernes funciona por la mañana en consultorios externos, que los días lunes se hace admisión, por los trabajadores social, y es quien hace la derivación a psiquiatría, psicología o a ambas.

El tratamiento ambulatorio se hace en el área de psicología y psiquiatría y cada área adopta su metodología, la atención se brinda a toda la población mayor de 18 años.

También se hace el trabajo dentro del internado, donde tenemos usuarios crónicos y agudos. Tenemos personas que llegan a internación voluntaria e involuntaria, mediante oficio judicial. El tratamiento es también interdisciplinario, y el periodo de internación puede ir de una semana y otros donde hay situaciones sociales puede extenderse indefinidamente. Los judicializados son más complicados de sacarlos también, hubo un caso donde se hizo una internación involuntaria, se eleva un informe de que no tenía riesgo de internación para que regrese al penitenciario. La respuesta del juez fue que permanezca acá, hasta que se termine de hacer la pericia en maquipura y se determine a que servicio de adicción va a ir.

Con los usuarios que están hace años, están tan deteriorados, no tienen sostén familiar, afectivo nadie cercano que los pueda acompañar, no tiene vivienda, no tienen la capacidad para manejarse, no podemos dejar a la libretar. Si tuviéramos que tomar la ley como esta ya los tendríamos que haber dejado hace rato, pero no podemos, si los sacamos de acá, ¿a dónde van? Actualmente hay un proyecto de la dirección de salud mental, ya está el presupuesto, está el terreno, son 10 casa de medio camino, donde algunos de estos de estos usuarios crónicos estén en esas casas, con algún acompañante terapéutico. Y todo esto es porque la familia no se hace cargo, muchas veces hay que hostigarlos, decirles que si no se hacen cargo se va a judicializar el caso, y que el juez tomara participación. Pero hay casos en los que ni de esa forma aparecen, es un abandono de persona. Hasta ese punto de llega de hostigarlos.

Todo usuario que está dentro del internado se trabaja en ese periodo de internación con el usuario y con la familia, se dan permisos, hasta llegar al alta, una vez que se da el alta institucional, se le pide que venga a los talleres que hay por la mañana. Hay muchos talleres de terapia ocupacional. Después hay eventos, y talleres que hacen los residentes. La idea es abrir las puertas, a la sociedad

¿Se trabaja interdisciplinariamente en las guardias activas?

Hoy por hoy estamos tratando de implementar la ley como corresponde, de las internaciones voluntarias e involuntarias el mejor tiempo posible. Las guardias también se hicieron en el marco de la ley. Tenemos equipos interdisciplinarios, que en teoría es así, pero en la práctica sigue prevaleciendo la mirada del médico como hegemónica, y vos lo vas a poder percibir en las guardias. Lo que nos juega en contra es el tema de que no tenemos los dispositivos necesarios para externar a los pacientes, otro obstáculo muy grande es la parte judicial. Los 5 que están judiciales no tienen criterios, tienen que estar en un penitenciario, la única medicación que se les da es para dormir. Otro obstáculo ahora tiene que ver con los insumos, los enfermos no tienen guantes, pañales, jeringas, no hay antipsicóticos, les vamos dando por descarte. Otro obstáculo tiene que ver con los recursos del hospital vera barros, tanto humano como material. Cuando hay alguna crisis tenemos que llevarlos nosotros a los pacientes hasta el hospital, la ambulancia no viene. Los jueves que deben hacerles laboratorios a los pacientes tampoco. Hay un proyecto de irnos el año que viene al servicio con los pacientes agudos, y los crónicos quedarían acá donde estamos ahora.

¿En qué se basa la evaluación de riesgo en la urgencia?

En las guardias, en la urgencia, se trabaja con el riesgo para sí y para terceros. Mayormente estamos atendiendo intentos de suicidio. Trabajamos con el protocolo de nación, vamos a la guardia central una vez que el medico clínico hizo las valoraciones clínicas, nos llaman, vamos para la evaluación psicosocial, identificamos el riesgo para sí o para terceros, y si vemos que el riesgo persiste, la dejamos en observación por 24 horas en la guardia, al día siguiente va el otro equipo, y si el riesgo persiste, se ve de internar, ya sea abreviada, o normal, que lo que dure el proceso de tratamiento en el servicio. Si no se quiere internar se notifica al juez que está en riesgo para sí, que se solicita internación. Y también se le notifica a la familia del riesgo, si la familia no quiere la internación, ya se hace cargo la familia de lo que pueda suceder. Depende cuantos haya en la guardia, si son 4, vamos dos a la guardia central, y 2 quedan acá en el servicio, porque tene en cuenta que las emergencias y urgencias también son para los pacientes del internado, por

si se brotan. Si son después de las 20:30 vamos todos porque los del internado ya están internados.

Entrevista Psiquiatra- Sujeto 7

¿Cuál es la modalidad de abordaje del Servicio de Salud mental?

El Servicio de Salud Mental es dependiente del Hospital Enrique Vera Barros de la provincia de La Rioja funciona en el Barrio Hospital.

Dicho servicio es a puertas abiertas, por lo cual las puertas de la institución permanecen todo el día abiertas, el paciente entra y sale cuando quiere. Se va negociando con los pacientes.

En el servicio hay policías, a los cuales se les enseñan contención química y mecánica. Antes cuando había una crisis, lo que hacían los policías era esposarlos. Hoy lo que se hace es atarlos con gasa a la cama, para que no les duela tanto, además la parte química implica lo que se conoce como “chaleco químico” es decir medicación, mediante inyección para que haga más efecto.

Siempre se aborda teniendo en cuenta la parte psicosemiológica, y siempre se trata de hacer un abordaje interdisciplinario. Antes toda la carga la tenía el médico, ahora a partir de la ley de salud mental el psicólogo tiene más lugar, se busca un abordaje más completo.

Más institucional contamos con consultorios externos, hospital de día, internado, y guardias. En todos los dispositivos se intenta trabajar interdisciplinariamente. Yo particularmente promuevo que se aplique la ley, me informo y actualizo constantemente. Por ejemplo, con una licenciada somos las que estamos tramitando el tema de llevar el servicio al hospital. En pocos días vamos a tener contacto por primera vez con el servicio de adolescencia y psicología clínica, y eso que se supone que somos parte del mismo hospital.

Aun así, hay algunas cuestiones de la ley que me parecen un ideal. Nosotros en la atención tratamos de adecuarnos, y como te digo yo la promuevo, pero hay muchos

pacientes que no tienen el sostén para manejarse solos, ya son pacientes institucionalizados. Hay muchas cosas que son un ideal, aquellos que formulan las leyes tienen que conocer las necesidades de dichos pacientes. Además, hay otro Factor es que la sociedad no está preparada para la reinserción de estos pacientes, solo los que trabajan en la parte de salud mental y tienen contacto y conocimiento de estos pacientes están preparados, pero la sociedad no lo está porque hay muchos prejuicios.

¿Se trabaja interdisciplinariamente en las guardias activas?

Los pacientes pueden llegar por guardia central, donde primero se atiende la urgencia y luego la parte de psicología. En la guardia del Servicio hay 2 profesionales y 3 residentes. Suelen llegar pacientes con ideación suicida, también por intoxicación. Siempre se pide una valoración clínica para descartar otras cosas. El criterio de internación tiene que ver con que haya riesgo para sí mismo y para terceros. En caso de internar al paciente se hace un consentimiento informado. Durante las primeras 48 hr no recibe visita, porque al generarles algo la internación, los pacientes quieren irse, la decisión de no recibir visitas tiene que ver con la adherencia al tratamiento. Luego comienzan los permisos que se van pautando con el paciente, cada 2 días, 4 días y así progresivamente. Al ser un servicio de puertas abiertas, ellos pueden elegir el alta voluntaria, en el cual se les hace firmar un documento en el cual se explican los riesgos.

Antes el ingreso solo lo hacía el médico, hoy se tienen en cuenta tres áreas, psiquiatría, psicología, y el área social u ocupacional. Respecto del alta, es lo que se conoce como epicrisis que es el alta que da el equipo, que no es en todos los casos, a veces tienen que articular con centros primarios para que se realice un seguimiento. Además, se realiza una evolución diaria, que tiene más sentido en el área médica, en la parte de psicología no es productiva por el tiempo del paciente, y también por la transferencia, hay que ver cómo están ese día.

¿En qué se basa la evaluación de riesgo en la urgencia?

Suelen llegar pacientes con ideación suicida, también por intoxicación. Siempre se pide una valoración clínica para descartar otras cosas. El criterio de internación tiene que ver con que haya riesgo para sí mismo y para terceros. Se puede derivar a CAPS, consultorios externos, o instituciones privadas. En caso de internar al paciente se hace un consentimiento informado. Durante las primeras 48 hr no recibe visitas por la adherencia al tratamiento. La decisión se toma por lo menos cuando yo estoy de guardia interdisciplinariamente.

Entrevista a Psiquiatra – Sujeto 8

¿Cuál es la modalidad de abordaje del Servicio de Salud mental?

Se atiende a todos los usuarios con padecimiento mental, mayores de 18 años. La persona viene espontáneamente, derivación de otros centros, por oficio judicial. No siempre que están por oficio significa que tienen causa penal. Es una de las cosas que se pelea hoy por hoy con los jueces, porque ellos entienden que tienen que estar internados y nosotros no vemos criterios de internación. Desde hace varios años estamos tratando de trabajar con la ley, por ley cumplimos con esas internaciones involuntarias, pero evaluamos, y vemos que no tienen criterios. Hacemos aviso al juez, y no responde, o considera que debe seguir. Como profesionales que conocemos y sabemos los criterios de internación quedamos ante el juez sin voz ni voto.

Se hace asistencia también. Es un lugar que tiene convenios con las universidades, por lo tanto, sirve para prácticas.

El servicio también cuenta con la parte del internado y los consultorios externos. En los consultorios externos y en el internado funcionan todas las disciplinas. Hay equipos interdisciplinarios, a los cuales se les asignan diferentes pacientes

En el servicio, además, los días lunes, y también en equipos interdisciplinarios se hace lo que ahora se llama la restricción de capacidades, que antes se llamaban curatelas. Y hay otro equipo que hace es la evaluación de la parte del padecimiento

mental, para ver si le corresponde el certificado de discapacidad. Hay otro equipo que hace las pericias, que eso está hace un año aproximado.

Otra cosa importante del servicio es que es a puertas abiertas. Los pacientes pueden andar, deambular, adentro, afuera del servicio, igual los permisos se van hablando con el paciente y con el equipo interdisciplinario, que es lo que se conoce como pre alta, para llegar al alta. Hay pacientes que no se llega nunca al alta, presionamos por el tema de la ley, pero hay pacientes crónicos, institucionalizados hace muchos años, que no tienen familia, o donde vivir, entonces quedan acá.

¿Se trabaja interdisciplinariamente en las guardias activas?

Se intenta con las guardias que sean interdisciplinarias. Las guardias no las hacen profesionales del mismo equipo, al que le toca le toca, y no todos a su vez hacen guardias. Por ejemplo, ahora solo hay un psicólogo haciendo guardias. Se trata de trabajar en equipo, internar en equipo, según lo que dice la ley, de igual manera con los permisos. No como antes que solo decidía el médico.

Con respecto a las guardias, todos los pacientes tienen que ingresar por guardia central, ellos hacen interconsulta, y ahí vamos a ver al paciente. Siempre se hace una valoración física, descartamos ciertas cosas. Ahí evaluamos si se interna, si se deriva a otro centro, o a los consultorios externos del mismo servicio. Se está tratando de derivar no solo acá, sino a todos los CAPs, porque antes recaía todo acá, ahora los CAPs tienen pequeños equipos por lo menos psicólogos y psiquiatras.

La urgencia casi siempre termina en internación, si no es una urgencia, si no tiene criterios de internación y se lo deriva acá, los lunes hay un equipo de admisión, que son los que atienden estas personas y deciden a que área derivar. Se trabaja en la urgencia, por lo tanto, es para la urgencia de los pacientes del internado también. Son guardias de 24 hs, y activas. Antes eran pasivas. Entonces cuando había una urgencia, se debía llamar a quien este de guardia para que recién venga, y para eso quizás ya había pasado la urgencia, o los enfermeros medicaron y contuvieron a ese paciente.

¿En qué se basa la evaluación de riesgo en la urgencia?

Ingresa muchos intentos de suicidio, brotes psicóticos, siempre teniendo en cuenta si hay riesgo para sí y para tercero, en base a eso se decide si internar o derivar a caps, o tratar ambulatoriamente acá en los consultorios externos. Y bueno En aquellos casos donde entran por oficio es que entran por orden del juez, tenga o no estos criterios de internación como lo son el riesgo para sí o para terceros. Salvo en aquellos casos que es por oficio como te dije, es lo más complicado en este momento. Si nos guiamos por la ley se tendría que externar si no hay criterios, pero el juez tiene la última palabra. Se complica porque son chicos adictos, con delitos y acá no tratamos las adicciones, se trata solamente desintoxicando, y en maquipura se hace la deshabitación.

Uno de los obstáculos hoy por hoy tiene que ver con es con que el estado no se hace cargo de su parte, digo, desde los oficios, pasarlo a vivienda, el tema de que no hay casas a medio camino, el propio hospital trabaja como si fuéramos una entidad aparte de la misma. Ahora estamos laburando para que nos podamos ir como mucho en 2020 al hospital con los pacientes agudos, que los crónicos queden oca en caso de que no se concrete el proyecto de las casas de medio camino, y el resto que funcione como hospital de día. Todo esto es como un ideal para cumplir con la ley, ¿no? Pero tene en cuenta que esto es algo hablado, no hay nada por escrito, ninguno de los dos proyectos. Hasta que no esté por escrito nosotros no podemos trabajar con los pacientes. Porque hay que trabajar y entrenar a los pacientes por ejemplo para que vayan a las casas de medio camino. Todo en pos de cumplir la ley, pero se complica cumplirla en muchos aspectos.

ENCUESTAS

Sujeto 1

1. ¿Cuál es su profesión?
a) T.O b) Psicólogo c) Psiquiatra D) T.S
2. ¿Hace cuánto trabaja en el Servicio de Salud Mental?
a) 1 año

b) entre dos y cinco años

c) entre seis y once años

d) más de 11 años

- ¿Cómo definiría ud a la Salud Mental? *Tiene múltiples variables la salud mental, no es solo lo biológico o psicológico, hay que ver muchos factores, y por lo tanto se debe atender desde todos esos factores, que es lo que intentamos hacer.*
 - ¿Conoce la LSNM? SI / NO / POCO
 - ¿De qué forma? *Se nos informó acá en el servicio y también me capacito en el tema.*
 - Desde que comenzó a trabajar en la institución ¿hubo cambios? SI / NO
 - ¿Cuáles? *Se cambió el nombre, ahora se llama servicio de salud mental, antes se llamaba neuropsiquiátrico. Y el tema de las guardias está hace 3 años.*
 - ¿Los asocia con la LNSM? SI / NO
3. ¿Conoce la metodología que propone la ley para los agentes de salud mental? SI / NO
- ¿Que opina al respecto? *Trabajar interdisciplinariamente y también con otros sectores es un avance para poder responder a la complejidad que es la salud mental*
4. ¿La atención en las guardias la realizan equipos interdisciplinarios? SI / NO / con algunos médicos cuesta más trabajar interdisciplinariamente
5. ¿El diagnóstico se realiza interdisciplinariamente? Siempre se intenta que sea así. De hecho, por eso se armaron equipos interdisciplinarios con cada una de las disciplinas del servicio y cada equipo tiene diferentes usuarios a cargo.
6. ¿Cuáles son los criterios de Internación? *Riesgo cierto e inminente*
- ¿Las internaciones se realizan solo con finalidad terapéutica? SI / NO

- ¿Quiénes toman la decisión de internar? *El equipo interdisciplinario que está de guardia, respetando el criterio de internación*
 - ¿Se prolongan las mismas? **SI** / NO
 - ¿En qué casos? *En los casos por oficio, por ejemplo, porque todo se debe tratar con el juez*
7. ¿Se trabaja con el consentimiento informado? **SI** / NO
 8. Cuando no se decide internar, ¿qué medidas se toman? *Se deriva a Caps., de acuerdo a donde vive ese usuario, se evalúa que le queda más cerca.*
 9. En su consideración ¿Cuáles son los facilitadores y obstaculizadores para la aplicación de la LNSM? *para nosotros es un obstáculo no estar dentro del hospital, en muchos aspectos, facilitador la ley y la predisposición tanto de los profesionales como del servicio. Estamos intentando modificar constantemente para cumplirla*
 10. ¿Considera que se están realizando adaptaciones necesarias para brindar una atención hospitalaria? *Si, la idea de las guardias es esa, poder adaptarnos a lo que sería la atención en el hospital general.*

Sujeto 2

1. ¿Cuál es su profesión?
 - a) T.O
 - b) **Psicólogo**
 - c) Psiquiatra
 - D) T.S
2. ¿Hace cuánto trabaja en el Servicio de Salud Mental?
 - a) **1 año**
 - b) entre dos y cinco años
 - c) entre seis y once años
 - d) más de 11 años
 - ¿Cómo definiría ud a la Salud Mental? *Proceso determinado por múltiples variables. Son muchos factores los que inciden n la salud*

mental y por lo tanto hay que entenderlo como una complejidad y responder desde la complejidad e interdisciplina.

- ¿Conoce la LSNM? SI / NO / POCO
 - ¿De qué forma? *Se nos informó acá en el servicio, aparte durante la carrera y me capacito sobre la misma*
 - Desde que comenzó a trabajar en la institución ¿hubo cambios? SI / NO “Ingresé hace poco”
 - ¿Cuáles? -
 - ¿Los asocia con la LNSM? SI / NO – *no registra cambios*
3. ¿Conoce la metodología que propone la ley para los agentes de salud mental? SI / NO
- ¿Que opina al respecto? *Implica poder responder a los usuarios desde sus derecho ¿no? Que es lo que se busca hace años y se impulsó con la ley*
4. ¿La atención en las guardias la realizan equipos interdisciplinarios? SI / NO / *con algunos médicos cuesta más trabajar interdisciplinariamente*
5. ¿El diagnostico se realiza interdisciplinariamente? *Sí, siempre tratamos de que sea así*
6. ¿Cuáles son los criterios de Internación? *Es el riesgo para sí o para terceros, en base a eso se interna voluntaria o involuntariamente*
- ¿Las internaciones se realizan solo con finalidad terapéutica? SI / NO
 - ¿Quiénes toman la decisión de internar? *El equipo que está de guardia*
 - ¿Se prolongan las mismas? SI / NO
 - ¿En qué casos? *Hay muchos casos institucionalizados hace años, porque no tienen familia.*
7. ¿Se trabaja con el consentimiento informado? SI / NO
8. Cuando no se decide internar, ¿qué medidas se toman? *Depende la situación por la cual llega el paciente a urgencia. Se evalúa si va a venir a los*

consultorios externos, si va a Caps., o si tiene obra social a que institución privada se deriva.

9. En su consideración ¿Cuáles son los facilitadores y obstaculizadores para la aplicación de la LNSM? *Y ahora por ejemplo estamos con falta de insumos en general, no hay guantes, no hay medicamentos, tenemos que ir dándolos por descarte. Y facilitador el replantearse las cosas constantemente, siempre se plantea algo por modificar en las revistas de sala.*
10. ¿Considera que se están realizando adaptaciones necesarias para brindar una atención hospitalaria? *si, y es en pos de adaptarnos a la ley*

Sujeto 3

1. ¿Cuál es su profesión?

- a) T.O b) Psicólogo c) Psiquiatra D) T.S

2. ¿Hace cuánto trabaja en el Servicio de Salud Mental?

- a) 1 año
b) entre dos y cinco años
c) entre seis y once años
d) más de 11 años

• ¿Cómo definiría ud. a la Salud Mental? *Es un proceso que no implica solo el bienestar, es más bien pensarlo en términos de Salud-enfermedad*

• ¿Conoce la LSNM? SI / NO / POCO

• ¿De qué forma? *Se nos informó acá en el servicio, pero no he profundizado en el tema*

• Desde que comenzó a trabajar en la institución ¿hubo cambios? SI /NO

• ¿Cuáles? *Mejor atención de los pacientes en cuanto al diagnóstico y tratamiento interdisciplinario*

• ¿Los asocia con la LNSM? SI / NO

3. ¿Conoce la metodología que propone la ley para los agentes de salud mental? **SI** / NO
- ¿Que opina al respecto? *Que, si bien la ley plantea el trabajar interdisciplinariamente, con ciertos médicos cuesta mucho trabajar de esa manera.*
4. ¿La atención en las guardias la realizan equipos interdisciplinarios? **SI** / NO
con algunos médicos cuesta más trabajar interdisciplinariamente
5. ¿El diagnóstico se realiza interdisciplinariamente? *Cuando son pacientes que ingresan por guardia, por ahí hay psiquiatras que lo hacen individualmente*
6. ¿Cuáles son los criterios de Internación? *Siempre se interna cuando la persona presenta riesgo ya sea para sí o para terceros*
- ¿Las internaciones se realizan solo con finalidad terapéutica? **SI** / NO / *en los casos por oficio no*
 - ¿Quiénes toman la decisión de internar? *Como te digo depende el psiquiatra que este de guardia, hay casos donde a solo el psiquiatra*
 - ¿Se prolongan las mismas? **SI** / NO
 - ¿En qué casos? *Hay casos donde la familia no se hace cargo o no e conoce familia de ese usuario entonces se prolongan, hay algunos que están hace más de 15 años.*
7. ¿Se trabaja con el consentimiento informado? **SI** / NO
8. Cuando no se decide internar, ¿qué medidas se toman? *Se deriva a caps. casi siempre*
9. En su consideración ¿Cuáles son los facilitadores y obstaculizadores para la aplicación de la LNSM? *como obstáculo los casos que ingresan por oficio, hasta ocupan camas, y como facilitador que más allá de esos psiquiatras que decide trabar solos hay quienes prioriza y hacer valer el trabajo interdisciplinario*
10. ¿Considera que se están realizando adaptaciones necesarias para brindar una atención hospitalaria? *Aun cuando pertenecemos al hospital, estamos*

alejados en muchos aspectos y se dificulta atender hospitalariamente sobre todo en la urgencia.

Sujeto 4

1. ¿Cuál es su profesión?

- a) T.O b) Psicólogo c) Psiquiatra D) T.S

2. ¿Hace cuánto trabaja en el Servicio de Salud Mental?

- a) 1 año
b) entre dos y cinco años
c) entre seis y once años
d) más de 11 años

- ¿Cómo definiría ud a la Salud Mental? *Me parece que es un proceso que no solo tiene que ver con la salud de la persona, sino también con la enfermedad.*

- ¿Conoce la LSNM? SI / NO / POCO

- ¿De qué forma? *Se nos informó acá en el servicio pero no he profundizado en el tema*

- Desde que comenzó a trabajar en la institución ¿hubo cambios? SI / NO

- ¿Cuáles? *Bueno ahora se considera un servicio a puertas abiertas, los usuarios pueden salir y entrar cuando quieran*

- ¿Los asocia con la LNSM? SI / NO

3. ¿Conoce la metodología que propone la ley para los agentes de salud mental? SI / NO / tengo poco conocimiento de la ley

- ¿Que opina al respecto? *A pesar del poco conocimiento que tengo te puedo decir que la ley plantea trabajar interdisciplinariamente, pero hay muchos psiquiatras que sigue trabajando solos.*

4. ¿La atención en las guardias la realizan equipos interdisciplinarios? SI / NO / con algunos médicos cuesta más trabajar interdisciplinariamente

5. ¿El diagnóstico se realiza interdisciplinariamente? *Es depende que psiquiatra esté de guardia, pero en la gran mayoría solo evalúa el que esta de guardia*
6. ¿Cuáles son los criterios de Internación? *Siempre se interna cuando corre riesgo la vida de la persona o corre riesgo que haga daño a un tercero*
- ¿Las internaciones se realizan solo con finalidad terapéutica? **SI /NO** *en los casos por oficio no*
 - ¿Quiénes toman la decisión de internar? *El psiquiatra que este de guardia*
 - ¿Se prolongan las mismas? **SI** / NO
 - ¿En qué casos? *en los casos por oficio, por ejemplo*
7. ¿Se trabaja con el consentimiento informado? **SI** / NO
8. Cuando no se decide internar, ¿qué medidas se toman? *Y depende, hay que ver cuál es la situación del usuario, si tiene obra social ira a una institución privada, sino pueden venir por consultorio externo, o a un caps.*
9. En su consideración ¿Cuáles son los facilitadores y obstaculizadores para la aplicación de la LNSM? *Obstáculo hoy por hoy es el tema de los psiquiatras que no se corren de su disciplina, aparte el tema de los insumos, no hay medicamento, no hay cosas para los enfermeros, y facilitador que aún hay agentes que intentamos replantearnos las cosas constantemente*
10. ¿Considera que se están realizando adaptaciones necesarias para brindar una atención hospitalaria? *Estas alejados del hospital es una contra, no nos aporta a brindar atención hospitalaria.*

Sujeto 5

1. ¿Cuál es su profesión?
- a) T.O b) **Psicólogo** c) Psiquiatra D) T.S
2. ¿Hace cuánto trabaja en el Servicio de Salud Mental?
- a) 1 año
- b) **entre dos y cinco años**
- c) entre seis y once años

d) más de 11 años

- ¿Cómo definiría ud a la Salud Mental? *Es un proceso en el cual influyen múltiples factores y por lo tanto hay que responder lo mejor posible desde varias disciplinas.*
 - ¿Conoce la LSNM? **SI** / NO / POCO
 - ¿De qué forma? *Se nos informó acá en el servicio y me he capacitado en la misma*
 - Desde que comenzó a trabajar en la institución ¿hubo cambios? **SI** /NO
 - ¿Cuáles? *Las guardias ahora son activas, que es un gran paso, antes eran pasivas, y el nombre también. Se ha dejado de lado el “neuropsiquiatrico”*
 - ¿Los asocia con la LNSM? **SI** / NO
3. ¿Conoce la metodología que propone la ley para los agentes de salud mental? **SI** / NO
- ¿Que opina al respecto? *si entendemos a la salud mental como una complejidad, el poder trabajar interdisciplinariamente e intersectorialmente me parece un avance importantísimo. Es algo con lo que luchas todos los días para poder atender desde la complejidad*
4. ¿La atención en las guardias la realizan equipos interdisciplinarios? **SI** / **NO**
/ con algunos médicos cuesta más trabajar interdisciplinariamente
5. ¿El diagnostico se realiza interdisciplinariamente? *Sí, se han armado grupos con cada disciplina*
6. ¿Cuáles son los criterios de Internación? *Siempre se interna solo cuando realmente es urgencia, o sea, cuando hay riesgo cierto e inminente*
- ¿Las internaciones se realizan solo con finalidad terapéutica? **SI** /NO *en algunos casos por oficio no*
 - ¿Quiénes toman la decisión de internar? *El equipo que esta de guardia. Por ejemplo, si son 4 los que están de guardia, entonces van do y quedan dos*

- ¿Se prolongan las mismas? **SI** / NO
 - ¿En qué casos? *En los casos por oficio*
7. ¿Se trabaja con el consentimiento informado? **SI** / NO
 8. Cuando no se decide internar, ¿qué medidas se toman? *Pueden venir por consultorio externo, se puede derivar a un caps., y se informa a los profesionales de ese centro para que los reciban o se puede derivar a otra institución.*
 9. En su consideración ¿Cuáles son los facilitadores y obstaculizadores para la aplicación de la LNSM? *Como obstáculo están estos casos por oficio, porque ocupan camas para pacientes que quizás si están en una situación de crisis, y como facilitador el recurso humano y el trabajo interdisciplinario*
 10. ¿Considera que se están realizando adaptaciones necesarias para brindar una atención hospitalaria? *Si, la idea de las guardias es esa, adaptarnos a lo que sería la atención del hospital*

Sujeto 6

1. ¿Cuál es su profesión?
 - a) T.O
 - b) Psicólogo
 - c) Psiquiatra**
 - D) T.S
2. ¿Hace cuánto trabaja en el Servicio de Salud Mental?
 - a) 1 año
 - b) entre dos y cinco años
 - c) entre seis y once años
 - d) más de 11 años**
 - ¿Cómo definiría ud a la Salud Mental? *Como un proceso en el cual están involucrados múltiples factores.*
 - ¿Conoce la LSNM? **SI** / NO / POCO
 - ¿De qué forma? *Se nos informó acá en el servicio y además trato de estar actualizada*

- Desde que comenzó a trabajar en la institución ¿hubo cambios? **SI** /NO
 - ¿Cuáles? *Se cambió el nombre, ahora se llama servicio de salud mental, antes se llamaba neuropsiquiatrico. Y el tema de las guardias está hace 3 años, antes eran pasivas, había que llamar al que estaba de guardia para que recién venga.*
 - ¿Los asocia con la LNSM? **SI** / NO
3. ¿Conoce la metodología que propone la ley para los agentes de salud mental? **SI** / NO
- ¿Que opina al respecto? *me parece fundamental para poder responder a los derechos de los usuarios*
4. ¿La atención en las guardias la realizan equipos interdisciplinarios? **SI** / **NO** / *con algunos médicos cuesta más trabajar interdisciplinariamente*
5. ¿El diagnostico se realiza interdisciplinariamente? *Por ahí solo evalúa el que está de guardia*
6. ¿Cuáles son los criterios de Internación? *el riesgo para sí o para terceros es el criterio*
- ¿Las internaciones se realizan solo con finalidad terapéutica? **SI** /NO / *en los casos por oficio no*
 - ¿Quiénes toman la decisión de internar? *Eso depende de quien este de guardia, hay quienes prefieren trabajar solos, normalmente son tres psiquiatras que ya sabemos cómo trabajan*
 - ¿Se prolongan las mismas? **SI** / NO
 - ¿En qué casos? *En los casos por oficio*
7. ¿Se trabaja con el consentimiento informado? **SI** / NO
8. Cuando no se decide internar, ¿qué medidas se toman? *Se deriva a caps., porque la idea es la atención cerca de donde vive la persona*
9. En su consideración ¿Cuáles son los facilitadores y obstaculizadores para la aplicación de la LNSM? *obstáculo es no estar dentro del hospital, se supone que se debería internar por tiempo breve, hasta que cese el riesgo, ahora*

somos un pequeño manicomio lamentablemente. Y facilitador la predisposición por parte del servicio en general de querer modificar las cosas.

10. *¿Considera que se están realizando adaptaciones necesarias para brindar una atención hospitalaria? aun cuando nos intentamos adaptar a la atención hospitalaria nos juega en contra estar alejados del hospital, muchos creen que realmente es solo para “locos”*

Sujeto 7

1. ¿Cuál es su profesión?

a) T.O b) Psicólogo c) Psiquiatra D) T.S

2. ¿Hace cuánto trabaja en el Servicio de Salud Mental?

a) 1 año

b) entre dos y cinco años

c) entre seis y once años

d) más de 11 años

- ¿Cómo definiría ud a la Salud Mental? *Es un proceso, multideterminado, no es solo lo psicológico, sino también biológico, social, histórico, cultural*

- ¿Conoce la LSNM? SI / NO / POCO

- ¿De qué forma? *Se nos informó acá en el servicio*

- Desde que comenzó a trabajar en la institución ¿hubo cambios? SI / NO

- ¿Cuáles? *Se considera un servicio a puertas abiertas, eso fue uno de los grandes cambios*

- ¿Los asocia con la LNSM? SI / NO

3. ¿Conoce la metodología que propone la ley para los agentes de salud mental? SI / NO

- ¿Que opina al respecto? *Me parece fundamental para respetar los derechos de los usuarios, como sucedería en cualquier otro ámbito*

4. ¿La atención en las guardias la realizan equipos interdisciplinarios? SI / NO / *con algunos médicos cuesta más trabajar interdisciplinariamente*
5. ¿El diagnóstico se realiza interdisciplinariamente? *Sí, se intenta que sea interdisciplinario*
6. ¿Cuáles son los criterios de Internación? *el principal criterio es el riesgo para sí o para terceros, por eso solo se interna en esos casos, cuando n hay otra modalidad de abordaje*
- ¿Las internaciones se realizan solo con finalidad terapéutica? SI /NO *en los casos por oficio no*
 - ¿Quiénes toman la decisión de internar? *El equipo que este de guardia*
 - ¿Se prolongan las mismas? SI / NO
 - ¿En qué casos? *Cuando la familia no se hace cargo*
7. ¿Se trabaja con el consentimiento informado? SI / NO
8. Cuando no se decide internar, ¿qué medidas se toman? *Normalmente se deriva a caps.*
9. En su consideración ¿Cuáles son los facilitadores y obstaculizadores para la aplicación de la LNSM? *Obstáculo para mi es estar alejados del hospital, pero aun así intentamos tener predisposición para la atención de los usuarios.*
10. ¿Considera que se están realizando adaptaciones necesarias para brindar una atención hospitalaria? *Si, buscamos adaptarnos constantemente con nuevos dispositivos, o actividades para los pacientes para poder atender como si estuviéramos en el hospital*

Sujeto 8

1. ¿Cuál es su profesión?
- a) T.O b) Psicólogo c) *Psiquiatra* D) T.S
2. ¿Hace cuánto trabaja en el Servicio de Salud Mental?
- a) *1 año*
- b) *entre dos y cinco años*

c) entre seis y once años

d) más de 11 años

- ¿Cómo definiría ud a la Salud Mental? *Es un proceso que se puede ver afectado o no por múltiples factores*
 - ¿Conoce la LSNM? **SI** / NO / POCO
 - ¿De qué forma? *Se nos informó acá en el servicio y me informo constantemente sobre la misma*
 - Desde que comenzó a trabajar en la institución ¿hubo cambios? **SI** / NO
 - ¿Cuáles? *Se cambió el nombre, ahora se llama servicio de salud mental, antes se llamaba neuropsiquiatrico. También el tema de las guardias, eso se comenzó a implementar hace tres o cuatro años.*
 - ¿Los asocia con la LNSM? **SI** / NO
3. ¿Conoce la metodología que propone la ley para los agentes de salud mental? **SI** / NO
- ¿Que opina al respecto? *Me parece fundamental este avance en la ley, es poder trabajar interdisciplinariamente e intersectorialmente para que los usuarios reciban atención eficaz*
4. ¿La atención en las guardias la realizan equipos interdisciplinarios? **SI** / NO / *con algunos médicos cuesta más trabajar interdisciplinariamente*
5. ¿El diagnostico se realiza interdisciplinariamente? *Sí, siempre, por lo menos en mi equipo se hace interdisciplinariamente*
6. ¿Cuáles son los criterios de Internación? *es el riesgo cierto e inminente, ese es el criterio para evaluar si internamos o no.*
- ¿Las internaciones se realizan solo con finalidad terapéutica? **SI** / NO *si cuando los hacemos nosotros, pero en los casos por oficio no*
 - ¿Quiénes toman la decisión de internar? *El equipo de guardia, puede que vayan dos o tres por ejemplo a guardia central, sino si estamos*

acá, trata de quedarse uno por lo menos para las urgencias del internado

- ¿Se prolongan las mismas? **SI** / NO
 - ¿En qué casos? *En los casos donde la familia no se hace cargo, o en los casos judicializados porque hay que tratar con los jueces*
7. ¿Se trabaja con el consentimiento informado? **SI** / NO
 8. Cuando no se decide internar, ¿qué medidas se toman? *Eso depende el caso, se puede derivar en caso de contar con obra social, o se puede derivar a un caps., también pueden venir al servicio por consultorios externos.*
 9. En su consideración ¿Cuáles son los facilitadores y obstaculizadores para la aplicación de la LNSM? *Como obstáculo hoy por hoy tenemos que remar en los casos judicializados, pero rescato siempre que el jefe y muchos de los agentes promovemos el trabajo interdisciplinario, y mejorar en muchos aspectos.*
 10. ¿Considera que se están realizando adaptaciones necesarias para brindar una atención hospitalaria? *Si, por eso las guardias activas, para poder adaptarnos lo que sería la atención hospitalaria*