

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA



FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS **LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

“La incidencia de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657/10 en el rol del psicólogo/a. Un análisis cualitativo en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, en el año 2.018.”

Alumno: Agustín Castellani

Director: Lic. Acuña, H. Fernando

Co-directora: Lic. Ulivarri, Paula K.

Diseño de Investigación de Tesis de Grado

2.019

AUTORIDADES

Gran Canciller

S.E.R. Mons. Mario Antonio Cargnello arzobispo de Salta

Rector

Ing. Rodolfo Gallo Cornejo

Vicerrectora Académica

Mg. Constanza Diedrich

Secretaria General

Lic. Silvia Álvarez

Decana de la Facultad de Artes y Ciencias

Lic. María Dolores Medina Bouquet

Secretaria Académica

Abg. Adriana Ibarguren

Jefa del Departamento de Psicología

Lic. Sonia Edith Guijarro Cárdenas.

Dedicatoria

Dedicado a la memoria de Alejandro, mi amigo.

Agradecimientos

A mi madre, Sofía, por su amor inconmensurable, docente de vida y ejemplo de valentía.

A mi padre, Alejandro, hombre de bien y gran consejero experiencial.

A Paula, compañera en la vida, por su aliento constante mi agradecimiento, amor y admiración.

A mis abuelos, que con sus miradas colmadas de vida fundaron profundos valores.

A mi familia, siempre presente y dispuesta a apoyarme, a todos y cada uno, sus pasiones.

A mis amigas y amigos, a los que están cerca y a los que están lejos, por compartir su tiempo en los buenos y malos siempre acompañando sin dudarlo.

A mi director y codirectora de este trabajo por su atención, sus correcciones y el tiempo puesto aquí.

Al Hospital Dr. Miguel Ragone y sus trabajadores, a todos por su predisposición, interés y colaboración constante.

A los docentes y alumnos de risam, que compartieron amablemente textos, libros y experiencias conmigo.

A los usuarios del Hospital Dr. Miguel Ragone que en la libertad de la locura educan.

Resumen

Esta investigación, de enfoque cualitativo, se interesó por describir el rol operativo de los psicólogos que trabajan en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone de la Ciudad de Salta, previo y posterior a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10, en el año 2.018. Para responder a este objetivo, fue tomado lo dicho durante las entrevistas realizadas a 8 psicólogos, que contaban con un inicio en su trayectoria laboral dentro de la institución, anterior a la declaración de la ley citada. Las entrevistas semiestructuradas, el uso de anotaciones llevadas en un cuaderno, y la observación participante en el contexto, nutrieron la información necesaria para abordar los objetivos de investigación. El marco teórico, se sustentó en el enfoque transversal de la Salud Mental y la conceptualización de rol operativo, propuesta por E. Pichón-Rivière. Los resultados permitieron inferir que, si bien se sostuvieron las actividades ya realizadas por los psicólogos históricamente en el hospital, como diagnósticos y abordajes psicoterapéuticos, a partir de la ley con su modificación en torno al paradigma de la Salud Mental, se modificaron los objetivos y alcances, tanto con usuarios como entre profesionales, incrementando y agregando posibilidades de ejecución a estos, incorporando tareas interdisciplinarias, de trabajo intersectorial y participación de los usuarios.

Palabras claves: Ley Nacional 26.657/10/ Salud Mental/ Rol operativo/ Psicólogos

Abstract:

This qualitative research was interested in describing the operational role of psychologists working in the Dr. Miguel Ragone Mental Health Hospital of the City of Salta, before and after the implementation of the National Mental Health Law No. 26,657 / 10, in the year 2,018. To respond to this objective, what was said during the interviews with 8 psychologists was taken, who had a start in their career within the institution prior to the declaration of the aforementioned law. Semi-structured interviews, the use of annotations kept in a notebook, and participant observation in

context, nurtured the information necessary to address the proposed research objectives. The theoretical framework was based on the transversal approach of Mental Health and the conceptualization of the operational role, proposed by E. Pichón-Rivière. The results allowed us to infer that, although the activities already carried out by psychologists historically in the hospital, as diagnoses and psychotherapeutic approaches, were sustained based on the law with its modification around the Mental Health paradigm, they modified the objectives and scope, both with users and among professionals, increasing the possibilities of executing them, incorporating interdisciplinary, intersectoral and participatory tasks with users.

Keywords: Mental Health / Operational role / Psychologists

Índice

Tema	3
Introducción	3
Planteamiento del problema	5
Pregunta de la investigación	5
Objetivo General	6
Objetivos Específicos	6
Justificación	6
Viabilidad	8
Consecuencias de la Investigación	9
Deficiencias en el Conocimiento	10
MARCO TEÓRICO	15
Capítulo I: Salud Mental	16
La Complejidad	20
El Modelo Medico Hegemónico	23
Capítulo II: Rol del Psicólogo en Salud Mental	27
Rol	27
Psicólogo en Salud Mental	32
METODOLOGÍA	37
Definición de Conceptos	38
Nivel y tipo de investigación	40
Contexto	40
Período	41
Participantes	42

Diseño	43
Procedimiento de Recolección de Información	44
Coreografía de análisis	47
Validación	48
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	51
De Neuropsiquiátrico a Hospital de Salud Mental: Historia del Hospital Dr. Miguel Ragone	53
De estado a procesos: Evolución del concepto de Salud Mental en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone	63
Interdisciplina	70
Intersectorialidad	78
Participación	86
Rol de psicólogo en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone	95
Rol operativo individual	96
Operatividad Institucional	106
CONCLUSIONES	117
Bibliografía	127
ANEXOS	132
Modelo de Consentimiento Informado para los Participantes	133
Guía de entrevistas utilizadas	134
Cuadernos de anotaciones de campo.....	136
Modelo de tablas de análisis	166
Hoja de evaluación	167

Tema

“La incidencia de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 en el rol del psicólogo/a. Un análisis cualitativo en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, en el año 2018.”

Introducción

A fines del año 2010 se aprobó y publicó en el boletín oficial de la República Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental (en adelante LSM) N° 26.657; días después comenzó a regir, como su estatuto lo indica, en todo el territorio nacional. Esta ley reformula distintas áreas en lo que respecta a Salud Mental alcanzando múltiples aristas, y es dentro de esta multiplicidad de temáticas que se engloban, donde se modifican fuertes basamentos históricamente arraigados, tal como es el paso de una mirada que toma como punto de partida la patología, al de una que contempla y da protagonismo a la valoración de las capacidades no-restringidas por la patología de una persona.

Las exigencias que establece la ley se orientan hacia una labor de mayor interdisciplinariedad, con la necesidad de generar mayor consenso a la hora de tomar decisiones y definir los abordajes para los usuarios, es decir que, partiendo de una base de mayor complejidad sustentada en el aporte particular que pueda dar cada área de especialidad de las profesiones, se busca la cohesión para dar respuestas de mayor alcance en el trabajo con los usuarios, estas decisiones se vinculan a su vez con acuerdos y tratados internacionales que trabajan la temática de Salud Mental.

Este nuevo instrumento legal que erige diversos cambios en los usos y requerimientos no eximen al psicólogo, e invita a abrir la temática con sus consiguientes interrogantes sobre la particular incidencia que tiene en su rol; generando particular interés por los psicólogos que trabajan en la institución históricamente referente en el área de abordaje de personas con algún padecimiento mental en la Ciudad de Salta, el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone.

El foco de interés que motivó esta investigación, fue el rol operativo de los/as psicólogos/as en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone y su

articulación con la LSM, como principales polos de referencia en el trabajo, surge por distintas causas: se trata de profesionales que desempeñan su labor en la única institución pública de salud mental; la posibilidad de conocer sus metodologías de trabajo; las repercusiones de la LSM a nivel nacional y su impacto en el ámbito provincial; por último, la posibilidad de conocer la opinión de estos profesionales en relación a la temática.

Esta investigación buscó generar conocimiento sobre la incidencia de la LSM en el rol operativo de los/as psicólogos/as, a partir de la habilitación de un espacio donde se escuchen las distintas voces de estos profesionales.

La posibilidad de conocer con mayor profundidad cómo es el rol desde la operatividad que tienen los psicólogos de la Institución, y lo que implica el trabajo dentro del marco legal de la LSM 26.657/10, fundamentó la necesidad de elaborar esta investigación, buscando conocer su modalidad de articulación. La oportunidad de conocer las características entre la etapa previa a la declaración de la LSM, y lo posterior a esta con los participantes permitió establecer cuál era el rol operativo de estos profesionales, en ambos momentos.

Planteamiento del problema

Pregunta de la investigación

Diversas preguntas decantaron de lo arriba expuesto, sin embargo, es necesario partir de cuestionamientos acotados, que de manera implícita a su especificidad permitieron develar respuestas de mayor complejidad fundamentadas en los objetivos de esta investigación.

- ¿Qué características tenía el rol de el/la psicólogo/a del hospital Dr. Miguel Ragone, previamente a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/10?
- ¿Adquirió alguna característica novedosa el rol de el/la psicólogo/a del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone de la Ciudad de Salta, luego de la implementación de la Ley Nacional 26.657/10?
- ¿Hubo cambios en el rol operativo de el/la psicólogo/a del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone de la Ciudad de Salta, a partir la implementación de la Ley Nacional 26.657/10, en el año 2.018?
- ¿Cómo era operativamente el rol de el/la psicólogo/a del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, previo a la implementación de la Ley Nacional 26.657/10?
- ¿Cómo es operativamente el rol de el/la psicólogo/a del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, luego de la implementación de la Ley Nacional 26.657/10, en el año 2.018?
- ¿Cuál es la opinión de los/las psicólogos/as del Hospital Dr. Miguel Ragone de Salta, en referencia a su propio rol desde la implementación de la Ley Nacional 26.657/10 dentro de esta institución de Salud Mental, en el año 2.018?

Es a partir de la concatenación de respuestas a las preguntas anteriores, es decir a los objetivos específicos, desde donde se construyó la respuesta a la pregunta general de la investigación, que fue la siguiente:

¿Cuál es la incidencia de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 en el rol operativo de los/las psicólogos/as, del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, de la Ciudad de Salta en el año 2.018?

Objetivo General

- Describir el rol operativo de los/as psicólogo/as que trabajan en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone de la Ciudad de Salta, previo y posterior a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10, en el año 2.018.

Objetivos Específicos

- Especificar las características en el rol de psicólogo/a del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone de la Ciudad de Salta, previo y posterior, a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10, en el año 2.018.
- Conocer la opinión de los/as psicólogos/as del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone de la Ciudad de Salta sobre el propio rol a partir de la Ley Nacional 26.657/10.

Justificación

Desde la perspectiva de la Salud Mental como un paradigma que atraviesa transversalmente a las orientaciones clásicas de la Psicología, resultó de gran valor una investigación que aportó a la ampliación de su cuerpo teórico. Esta investigación, abordó desde la Salud Mental, a la incidencia que tuvo en el rol de los psicólogos del Hospital Dr. Miguel Ragone la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/10, conociendo cuál era el rol en la beta operativa de estos profesionales previo a la ley, y cuál luego de la implementación de ella, es decir desde óptica en dos tiempos se buscó

conocer, si a partir de la aparición de esta norma jurídica los cambios en el rol de estos profesionales. La LSM se sustentó sobre una forma novedosa de actuación entre los profesionales, y sus operaciones en relación a las personas hacia las que dirigen su labor cotidiana, proponiendo de esta manera, una reestructuración del paradigma desde donde posicionarse como trabajadores de la salud. Al tratarse de una ley que por su fecha de declaración resultó contemporánea tanto al investigador (quien es ajeno a la institución), como a quienes fueron participantes, con la particularidad de ser ellos quienes estuvieron en la etapa previa, y trabajaban en este hospital al momento del trabajo de campo, es que resultó conveniente la concreción de la investigación; por tener la oportunidad de que sean estos mismos psicólogos quienes dieran cuenta de lo sucedido en torno a su rol profesional, en relación a la LSM en las dos etapas.

La construcción de leyes tiene por condición implícita el alcance a toda la población a la que atañe en su contenido, sin incurrir explícitamente en eventos o casos particulares (salvando los casos excepcionales de jurisprudencia), por lo que se utilizan conceptualizaciones generalizadas a modo de lineamientos que guiarán las acciones a seguir, es sin embargo, necesario conocer cómo se trabaja en la realidad bajo estos marcos legales, sobre todo los novedosos y como en este caso que se vinculan con la profesión del psicólogo/a. En el caso de esta investigación, la oportunidad de indagar sobre el rol de los psicólogos de este hospital en relación a la LSM, permitió conocer cómo repercutió su implementación en lo referente a lo operativo del rol de estos profesionales. Es decir, cuáles fueron las modificaciones en el rol como psicólogos a partir de la implementación de esta ley, por lo que fue de interés profundizar en el traspaso desde lo general de la ley, a un ámbito en concreto que se compone por estos profesionales de la salud. Es importante tener en cuenta que no se registran investigaciones de estas características en el ámbito local, por lo que se sentaron las bases desde la toma de información actualizada y del ámbito local, tomada de los propios actores que intervienen en este contexto, deviniendo así en el beneficio de poseer información que a la fecha se desconocía, siendo esta de gran valor para diversas entidades que más adelante se detallan.

Los resultados fueron de utilidad para la misma institución desde donde surgieron los participantes, para el sistema de Salud Pública provincial y el área de Salud Mental. En relación a los/as psicólogos/as, los resultados de este trabajo podrían abrir nuevas interrogantes sobre el ejercicio de la profesión, siendo la revisión constante una práctica necesaria para el profesional, generando valor a su labor, dado que este ejercicio permite conocer los ejes sobre los que se debe reforzar la labor como profesional. Por otra parte, clarificaría la funcionalidad de colegas insertos en este contexto en particular, en lo referente al trabajo con esta ley nacional. La comunidad universitaria podría servirse de este trabajo, como antecedente para nuevas investigaciones a futuro, como así también, la posibilidad de indagar en esta beta del rol profesional, que pudieran tener los estudiantes de la carrera de Psicología a futuro. Agregaría valor por su aumento, al cuerpo de investigaciones desarrolladas por alumnos de la institución educativa a la que suscribe el investigador. En lo referente a otras carreras afines a la salud, esta investigación da cuenta de la labor de los psicólogos desde esta área particular.

Viabilidad

La investigación fue factible de ser realizada, por distintas razones, se poseía el aval de las autoridades institucionales que autorizaron el ingreso formal al contexto, existía el conocimiento previo con algunos de los participantes de la investigación tras haber transitado parte de la formación de grado del investigador en esta institución hospitalaria, lo que dinamizó el acceso a la información pertinente para la investigación.

La accesibilidad y conveniencia de realizar el trabajo en este medio particular, se dio bajo la noción de periodicidad de asistencia por parte de los participantes a la institución, lo que facilitó el encuentro con varios de ellos, complementándose esto, con la labor que desempeñan en este contexto y vinculase de forma directa con la temática de interés de esta investigación, lo que permitió obtener información y comprender algunas respuestas que están ligadas a ese contexto en particular.

Con un cálculo total final que incluyó transporte, fotocopias, librería, imprevistos y encuadernación, se estableció un costo de \$4.840. Contando de antemano a la investigación con materiales como grabadoras de audio y computadoras, y con costo un nulo de honorarios.

Consecuencias de la Investigación

Durante todo el proceso de trabajo, la investigación se sustentó en la última actualización del código de ética emitido por la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA), correspondiente por su fecha de modificación al 30 de noviembre de 2.013. Dichos principios éticos atravesaron de forma transversal toda la investigación, su arribo y la fase posterior a la conclusión de esta, velando por la evitación de cualquier tipo de perjuicio. La diversidad de aristas que tuvo el trabajo, justifican el conocimiento y aplicación de todo el código de ética nombrado con anterioridad, ya que la participación en este caso de los profesionales de la institución fue de forma voluntaria, el uso de los datos recabados durante el proceso fueron utilizados sólo con fines académico y de pertinencia científica, por lo que resguardó la identidad y datos que permitieran reconocer la identidad de los interlocutores, con el objetivo no solo de evitar perjuicios futuros a los participantes de este trabajo de investigación, sino también, que se propiciaran espacios confiables para la libre expresión de sus respuestas.

Deficiencias en el Conocimiento

A modo corroborativo sobre la existencia de deficiencias en el conocimiento en el tema de esta investigación, se buscaron precedentes primeramente en el ámbito local, y luego dando apertura a la búsqueda en contextos nacionales e internacionales. En el ámbito local, no se registraron investigaciones con las particulares características que propone esta, sin embargo, fue posible encontrar trabajos y publicaciones a nivel nacional con temáticas similares, que pudieron ser tomadas como parámetro en relación al campo de interés con el que se trabajó.

Scheffer, V. A. (2016). *El profesional de la psicología y su rol a desempeñar, leyes de salud mental 26.657/10 y 9.484/10*. (Tesina de Grado). Universidad Siglo 21. Córdoba. Argentina.

Bajo esta temática, se realizó un trabajo de grado en Córdoba, de perspectiva documental crítica que buscó conocer, la importancia que tenían la Ley Nacional 26.657/10, como la Ley Provincial 9.484/10 de Córdoba, ambas de Salud Mental, orientando la temática sobre la incumbencia que tendrían ambas leyes en los psicólogos con especialidades en distintas áreas (psic. Jurídico-forense, Educacional, Clínico, del Trabajo y organizaciones, Social y Sanitaria), como en entidades referenciales al profesional como es el caso del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba y al área de Acreditación de la Universidad Siglo 21. El hilo conductor que orientó la interpelación con los diversos referentes, fueron artículos de ambas leyes y fue de esta manera que se especificaron las áreas de principal interés para las entrevistas.

La conclusión de este trabajo mostró que, a través de las leyes de salud mental, la mayor cantidad de beneficios y avances se dan hacia los usuarios, y como contrapartida la falta de conocimiento en profundidad de las leyes por parte de los profesionales en general, y en este caso particular, el de los psicólogos podría hacer que se incurriera en infracciones según el instrumento legal, así también estos profesionales manifiestan la ausencia de información sobre estas leyes y la incumbencia sobre su labor, existe también falta de proactividad en pos de ahondar en esto por parte de los psicólogos, siendo pocos los interesados por la labor institucional con relación a esta área. En relación a lo concluido por

la investigación en relación a lo dicho por las dos instituciones nombradas, en el caso del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, existe desinformación en tanto la modalidad de actuación legal, al igual que la visión de la ley como abstracta sin claridad para la aplicación concreta. Con respecto al área de Acreditación de la Universidad Siglo 21, se modificó el plan de estudios para adaptarlo a exigencias de la ley, implementando mayor carga horaria para prácticas supervisadas, cargas que refuerzan el trabajo institucional y la psico higiene.

En lo respectivo al rol del psicólogo, esta autora concluye que:

...Poder desempeñarse en las diversas áreas en las que la disciplina es convocada, realizando orientaciones hacia el análisis y encauzamiento de conductas incidentes en cualquier tipo de interrelación humana en las que la evaluación de la personalidad constituya un medio idóneo para procurar una mejor adecuación individual o grupal del sujeto, en tanto apela al desarrollo social del ser humano, apoyado desde procesos de cooperativista en el trabajo interdisciplinario y fundamentalmente apelando a un desarrollo profesional con una clara posición ética a favor del respeto de la singularidad, de la inclusión social y de los derechos humanos, porque la ética sostiene, en sus términos, los mismos valores que la ley. (Scheffer, 2016, p.68)

Rojas M. A., Santimaria L., Fevre M., Santimaria G. (2014). Incidencias de la Ley Nacional de Salud Mental en los dispositivos de guardia desde la perspectiva de los profesionales psicólogos y psiquiatras. *Anuario de investigaciones*. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

El artículo citado se desprende del Anuario de Investigaciones realizado por la UBA en el año 2014, poniendo el foco de interés en el desarrollo de la subvariable 11 de una investigación previa (*Los dispositivos para alojar la urgencia en Salud Mental, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que intervienen en ellos*), la variable de base desde donde se desprendía era *“impresión de los profesionales acerca de las fortalezas y debilidades de los diferentes dispositivos”*. En lo pertinente a lo investigado a la subvariable *Incidencias de la Ley 26.657 en el dispositivo*, se utilizó los protocolos de 50 entrevistas semidirigidas a los profesionales, psiquiatras y psicólogos, orientándose sobre dos preguntas de este protocolo, 1. A partir de la sanción de la ley 26.657: ¿Se han producido modificaciones en el dispositivo de guardia? ¿Cuáles? Y 2. A partir de la sanción de la ley 26.657: ¿Qué ventajas podría destacar y cuáles obstáculos ubica al respecto?

Los resultados arrojaron los siguientes datos, el 79,4% de los profesionales veían incidencia en el trabajo en las guardias, generados a partir de la sanción de la ley. Sin embargo, se destacaron los aspectos positivos mayoritariamente por los psicólogos, y los negativos por parte de los psiquiatras. Con respecto a lo primero se destaca el trabajo interdisciplinario con psiquiatras y asistentes sociales, en lo referente a materia de derechos humanos, las internaciones voluntarias en hospitales generales son contempladas. Lo negativo, se sustenta en la complejidad administrativa, la falta de recursos tanto humanos como materiales en los hospitales, y el desconocimiento de la vigencia de la ley por parte de algunos profesionales.

Urios R., Bahamonde M., Marchioli F., Morón M. (2013). *Rol de los profesionales y los efectores de Salud Mental desde el marco de la nueva Ley de Salud Mental y su Reglamentación*. (Informe presentado en el IV Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología). (Universidad Nacional de La Plata). La Plata. Argentina.

Este trabajo es el fruto de una actividad de extensión desarrollada por alumnos, alumnos ya graduados y docentes de la carrera de Psicología de la Universidad de La Plata. Tomaron como ejes del trabajo dos puntos que competen al rol de los profesionales y la labor con los usuarios desde la Ley Nacional 26.657, el primero, dar cumplimiento al inciso J del art. 7 de dicha ley, “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 segundo, intervenir en la promoción de la salud mental mediante acciones para la toma en conocimiento de lo promulgado en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10. El trabajo fue propuesto al Hospital Alejandro Korn, pero fue llevado a cabo en aulas de la UNLP, incorporando un número estimado de 30 usuarios por encuentro como de estudiantes de carreras afines a la Salud Mental, se aplicó en forma de Taller utilizando una planificación de Grupo Operativo.

El trabajo se dirigió hacia la apropiación conjunta de conceptos que plantea la ley, y el análisis de propuestas que evitarán la discriminación y el apartamiento social de personas con padecimiento mental. Se abordó también la temática referente a roles del Estado, profesionales dentro de la ley y la comunidad al igual que la participación activa de los usuarios. De esto decantaron las siguientes conclusiones sobre el rol del psicólogo bajo la nueva normativa:

- La participación de todos los actores y efectores en los procesos de salud y en la difusión y cumplimiento de la Ley de Salud Mental como posibilitador de la emergencia del sujeto.

- La interdisciplinariedad como condición de posibilidad de caída del Modelo Médico Hegemónico para poder atender al Sujeto en su Integralidad.
- La interinstitucionalidad para evitar la cronificación de los tratamientos y la institucionalización.
- El cuestionamiento de nominaciones como por ejemplo “paciente” o “usuario” de servicios de externación, que generan un etiquetamiento revictimizante, de cristalización de una situación en donde el sujeto queda pasivizado y objetalizado. Durante los talleres surgió la nominación de “usuario - pasante”, superadora de las anteriores, en tanto propone sujetos activos.

MARCO TEÓRICO

El tema de investigación de este trabajo, partió de la noción de vacío en el conocimiento en un área perteneciente a la Psicología, en auge y de interés para la aplicación en el ámbito de los profesionales tanto en formación, como en ejercicio. El tema de esta de investigación es “La incidencia de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 en el rol del psicólogo/a. Un análisis cualitativo en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, en el año 2.018”, partió de conceptos redefinidos en esta normativa y definió otros. Es preciso clarificar conceptos que fueron fundamentales y atravesaron la investigación, con la finalidad de haber sido tomados también como guías del trabajo. Estos conceptos permitieron a su vez, comprender cuál era la visión desde la que se posicionó el investigador, a la hora de afrontar la realidad que investigó.

La integración del Marco Teórico estuvo atravesada por la idea de tomar conceptos utilizados en el ámbito de la Salud Mental con frecuencia, y que muchas veces no son explicitados en su definición como fue el caso de la palabra “complejidad”, así también se pretendió incorporar textos que dieran forma al novedoso paradigma, desde la mirada de la psicología, velando por la integración por sobre la disgregación de áreas de saber.

Capítulo I: Salud Mental

Para esta investigación fue fundamental trabajar con un concepto definido de Salud Mental que permitiera clarificar la posición desde la cual se orientara el trabajo. En este capítulo se plantearon dos definiciones, la primera y quizás la más reconocida a nivel mundial por la entidad que la promulgo, es de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el segundo caso la definición establecida por la LSM 26.657/10. Se incluyó también, dos subcapítulos que buscaron referenciar en cada uno, a dos conceptos que atraviesan a la Salud Mental. El primero, el concepto de complejidad y el segundo, el de Modelo Médico Hegemónico, ambos de uso común en el vocablo, textos, actores y publicaciones relacionadas con la temática de Salud Mental. Fue importante clarificarlos tomándose de textos de los propios creadores (por su perspectiva de uso), por la posibilidad de que surgieran de los participantes, y siendo

utilizados a lo largo de la investigación, buscando evitarse de antemano, concepciones erróneas al lector.

La OMS (2013) definió a la Salud Mental como, “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

La definición arriba planteada, propone como un proceso estanco a la salud de las personas abordándola como un estado, por otra parte, las nociones que verifican este estado de salud mental según la interpretación del investigador son dadas de manera unidireccional en tanto, será la persona sola de quien dependería la posibilidad de afrontar las “tensiones normales” y siendo afrontadas de una modalidad positiva para sí y para la comunidad en la que se encuentra.

Desde la perspectiva paradigmática de este trabajo, esta concepción de salud mental resultó inacabada por tratarse de una visión parcializada de la situación, sin embargo, fue necesario hacer referencia a ella dado que el organismo que remitente se trata de un referente en materia de salud a nivel mundial.

La siguiente definición de salud mental, es la expuso la Ley Nacional Argentina de Salud Mental 26.657/10; esta definición fue elaborada explícitamente en el tercer artículo de su segundo capítulo y expresando lo siguiente:

Art 3º.- En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.
- c) Elección o identidad sexual.
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización. (Ministerio de Salud de la República Argentina, 2010, p.11)

La definición propuesta en la Ley Nacional 26.657/10, es compleja en su composición, teniendo una mayor amplitud en tanto campos de los que contempla en su conceptualización y sobre los que se orienta para determinar nociones de salud. Desde ella, la salud mental es un proceso, esto implica una estructura de diversos componentes, donde no solo se haría referencia a los aspectos psíquicos y biológicos de la persona, que desembocarían en una mirada parcializada por la integración de solo dos componentes.

Para esta definición, una persona que se encuentra saludable mentalmente, es quien además de contar con recursos de distintos órdenes, no solo los dos anteriormente nombrados, sino que a estos se les agregaría el valor que posee la historia particular de esa persona, imbricada a su vez por lo socio-económico y lo cultural del contexto en el que está inserto y debiera estar integrado. Delimitando así las posibilidades de las personas, para poder responder de la forma más favorable ante la posible desestabilización de alguno de estos aspectos en su vida, restituyéndose a un estado saludable. Por lo que resultó pertinente en este caso y a modo explicativo, utilizar el recorte arbitrario de la realidad que implica adoptar el término estado, como situación temporal en tiempo presente. En pos de clarificar lo anteriormente expuesto, el uso del término estado resultó como un recurso utilizado como captura o recorte de un momento limitado, y que a lo largo de este trabajo se lo utilizó, aunque es, sin embargo, necesario referir que desde la noción de salud mental tomada por el investigador fue entendida como un proceso dinámico.

Este segundo concepto de salud mental contempla la valoración social que dictaminaría esta condición, tomándola desde el plano del ejercicio pleno de

derechos humanos, este dato es gran valor en tanto ubica a la persona como sujeto con derechos, y se relaciona directamente con la presunción de capacidad de la persona con la que trabajarán los profesionales, en tanto no solo limita la mirada diagnóstica sobre lo netamente clínico sino también de otros factores que deberían definir posibles estrategias de abordaje a futuro.

Partiendo de la noción de la existencia de capacidades de la persona pudiendo ser quien elige, y adoptando un lugar activo en su tratamiento, como contrapartida de esto exigió a los profesionales esta valoración de la persona e implicando una modificación paradigmática donde la patología ocupaba y se limitaba el foco de atención. Para la elaboración diagnóstica desde el campo de la salud mental se plantea la necesidad de integración conjunta de profesionales con su mirada particular y la del usuario, así también exigiéndose la valoración de distintas áreas de la persona excluyendo la restricción a alguna de las características propuestas en los incisos a, b, c o d del artículo. Si bien estos incisos son claros dentro de la ley, fue necesario conocer cómo era la actuación que tenían los psicólogos/as a la hora de trabajar de esta manera, en tanto no sólo se limitó al área patológica y su diagnóstico, sino a las posibilidades que del usuario para recuperar su estado saludable.

Para la investigación fue necesario desglosar y reconocer esta perspectiva de salud mental como concepto, en tanto atravesó transversalmente al rol del psicólogo/a del Hospital Dr. Miguel Ragone, quienes se encontraban en la tarea de poner en ejercicio la ley nacional. Para la conformación de este capítulo se tomaron dos definiciones, en el primer caso no fue considerada como la principal referencia para el trabajo de investigación por la generalidad desde la que sienta el concepto que busca definir, en tanto fue necesaria su definición, dado que, si es de nuevo retomada luego de hacer referencia a la segunda conceptualización que, sí buscó profundidad y exponiendo la diversidad de aristas, generando un entendimiento que integra y le otorga valor. Se tomó como fundamento principal la propuesta por la LSM, aunque fue necesario realizar el recorrido entre conceptos para entender la elección del paradigma del trabajo.

La modificación paradigmática propuesta por la LSM, implicó cambios en la formulación de estrategias, desde la integración de saberes de múltiples campos, y donde los profesionales de estas áreas tuvieron la responsabilidad de

aunar sus conocimientos, de forma constructiva y sin caer en parcializaciones. Tanto en el concepto de salud mental, como en las acciones que demanda para quienes se dirigen, tomaron al psicólogo como un actor de gran importancia, incluyéndolo, así como referente de cambio. De esta manera el concepto de salud mental, fue tomado como referencia en la investigación, indagando por la aplicación concreta desde el que la afrontaron los psicólogos/as del Hospital Dr. Miguel Ragone de Salta.

La Complejidad

En textos pertinentes al área de Salud Mental, y en otras áreas especializadas de la Salud, suele encontrarse este término, donde la tendencia a la actuación profesional y sus objetivos, están guiados por esta perspectiva teórica.

A lo largo de este trabajo es probable encontrar la palabra “complejidad” y sus diversas alteraciones como un verbo, adjetivo y sustantivo, en distintos momentos y enunciada por los distintos participantes. Por lo que resultó necesario ahondar en esta palabra, y conceptualizarla para entender cuál es el uso dado dentro de la jerga de la Salud, y el uso que tuvo para el trabajo de investigación:

Morin refiere a la complejidad de la siguiente manera:

¿Qué es la complejidad? A primera vista la complejidad es un tejido (complexus: lo que está tejido en conjunto), de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados: presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple. Al mirar con más atención la complejidad es, efectivamente, el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico. Así es que la complejidad se presenta con los rasgos inquietantes de lo enredado, de lo inextricable, del desorden, la ambigüedad, la incertidumbre... de allí la necesidad, para el conocimiento, de poner orden en los fenómenos rechazando el desorden, de descartar lo incierto, es decir, de seleccionar los elementos de orden y de certidumbre, de quitar ambigüedad, clarificar, distinguir, jerarquizar... pero tales operaciones, necesarias para la inteligibilidad, corren el riesgo de

producir ceguera si eliminan a los otros caracteres de lo complejo; y efectivamente, como ya lo he indicado, nos han vuelto ciegos. (Morin, 1995, p. 17)

El francés Edgar Morin, elaboró y trabajó este concepto a lo largo de toda su vida, incluso en la actualidad de la redacción de este trabajo, por lo que la definición de complejidad es factible de ser hallada en diversos momentos y con variaciones conforme el avance de su proceso constructivo teórico. Para esta conceptualización en particular, lo propuesto por Morin fue la posibilidad de afrontar a la realidad como un tejido, este tejido en sí se encuentra integrado por diversos y múltiples componentes que son a su vez plausibles de ser analizados desde uno y a la vez varias miradas; históricamente la forma de lectura de la realidad, los sucesos, eventos se realizó desde la intención reduccionista, intentando comprender al universo desde una mirada solamente simplificadora, lo engañoso de esto es pretender limitar el proceso sobre sí mismo, y no como el paso más de un meta proceso integral de saberes. La profundización y preferencia por un área, con su orden y métodos permite ahondar en el conocimiento como así también facilitar su abordaje, sin embargo, es necesario poder integrarlo en conjunción de manera integral, a otros saberes para poder observar la realidad como es; una complejidad entendiéndola como una composición. Es por eso que la noción del principal instrumento legal referido en esta investigación, trasluce distintos puntos que buscan la integración de saberes, acciones y apunta a una lectura complejizada de las personas y su realidad.

Partiendo de las palabras de Morin, "...un pensamiento mutilante conduce, necesariamente, a acciones mutilantes", (Morin, 1995, p. 34) podría hacer pensar que la sola orientación sobre un profesional de la Salud Mental como fue el psicólogo se orientó hacia un área y devino nuevamente en caer sobre un área limitada, es este autor quien deja ver en el libro citado la utilidad y necesidad del ordenamiento de conceptos y saberes, que facilitan el acceso al conocimiento, tornándose más una cuestión del orden didáctico que práctico, dado que la finalidad en si fue el poder integrar los saberes para la aplicación en la realidad.

Tomando la conceptualización del pensador francés, resultó necesario entonces para la investigación conocer cómo influyó y de qué manera la Ley 26.657/10, en el rol operativo de los/as psicólogos/as, del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, de forma particular para esta área de conocimiento, tomando la perspectiva particular que complejizaron sus acciones dentro de la institución; sin embargo, fue necesario evitar caer, desde la mirada de la profesión, “psicologizar” todos los fenómenos como una única posibilidad de comprender y afrontar la realidad. Siendo necesario entonces que los actores definieran cuál y que corresponde a la incumbencia desde esta profesión dentro del campo de la Salud Mental, pudiendo así desde el conocimiento particular del área integrar a otros saberes que propendieran su propia mirada de la realidad, esto no resultó arbitrario ya que la exigencia del trabajo interdisciplinario está fundamentado en la ley, y por otra parte buscó modificar en este caso particular lo que históricamente se tradujo como modelo medico hegemónico por Menéndez.

“El pensamiento complejo no resuelve, en sí mismo, los problemas, pero constituye una ayuda para la estrategia que puede resolverlos” (Morin, 1995, p. 118). Desde esta perspectiva el uso del pensamiento complejo es una herramienta adaptable para la comprensión, descartándose a sí como la solución a las problemáticas.

Desde el enfoque de la complejidad la realidad es concebida como una, atravesada por una infinidad de lecturas posibles, y su intención es lograr recabar la mayor cantidad de estas para arribar a un entendimiento acabado del suceso, no desestimando posturas, sino que intentando integrarlas. Esta modalidad admite el modelo biologicista con sus avances, y a su vez capta, integra y equipara en noción de conocimiento otras áreas como la psicología, sociología, aspectos culturales, económicos, tomando lo aportado por todos desde sus modelos de conocimiento como una forma de integrarlas a la complejidad de la realidad, proponiendo una lectura de la realidad acorde a la manifestación poli causal que la construyó.

Para la investigación fue importante tener en cuenta lo que los psicólogos/as de la institución refirieron sobre el trabajo con otros profesionales, no solo de igual profesión sí que además con los pertenecientes a otras. A través

de estos relatos fue plausible tomar conocimiento de su puesta en efecto a la hora de ejercer su rol, la vinculación con la labor integral propuesta por la LSM y las posibles discrepancias que surgieron a raíz del cambio paradigmático, es decir, cómo se entretejió la realidad de este contexto y de qué manera fueron llevando a cabo sus acciones las personas que la integran para que funcione de esa manera.

El Modelo Medico Hegemónico

Por MMH entiendo el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. (Menéndez, 1988, p. 1)

En el plano histórico de los abordajes en el ámbito de la salud existió, la tendencia a avalar solo a este modelo. Este modelo que fundamenta sus acciones en el biologismo y sustenta su accionar en la posición científicista empírica, es sobre el cual valida las prácticas y construye el limitado entendimiento de los hechos; esta perspectiva epistemológica adoptó como representantes mayoritariamente a médicos, odontólogos y enfermeros. El supuesto pragmatismo de tipo binario expuesto desde el modelo médico, y palpable en relación a su efecto directo sobre el comportamiento de las personas sobre las que se ejercía, edificó las bases para las formas de abordaje que ofrecían las instituciones, sustentándose en la medicalización como principal herramienta para el tratamiento de personas con padecimiento mental. Tener en cuenta el concepto de MMH, fue importante también para la investigación, ya que la inclusión de abordajes integrales desde la Ley Nacional 26.657/10 generó equidad en el nivel de saberes de los distintos profesionales, y se orientó a construir intervenciones complejas con una búsqueda para alcances más extensos. Sin embargo, se precisó tomar la frase de Menéndez, "...la hegemonía del modelo médico debe ser analizada en relación con las prácticas a las cuales subalterniza, pero sin por ello poder eliminarlas". (Menéndez, 1988, p. 1), esto quiere decir que desde un trabajo integral no intenta derrocar o invalidar un

abordaje que tiene utilidad, sino construir en conjunto con este, es decir, recurrir a la complejidad como una lectura de la realidad.

En el caso particular de la institución en la que se insertó la investigación, en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, el trabajo de médicos y odontólogos no se limitaba solo al abordaje de usuarios de los servicios desde su campo de saber, sino también al desempeño de cargos en distintos niveles jerárquicos. Como contrapartida a lo último redactado, dentro de la ley que atraviesa de forma vertebral esta investigación, quedó dictaminado de manera explícita la equiparación entre profesionales que resulten competentes (art. n°13) para la asunción de cargos jerárquicos dentro de las instituciones (jefes de servicios, áreas, gerencias). Esta particularidad que delimitó también el planteo de un cambio paradigmático, fue necesario que se tomara en cuenta, no ocupando el foco principal de interés del trabajo, aunque si, como otra beta para indagar en el accionar particular de los psicólogos/as, por la posibilidad de asumir nuevos roles dentro de la misma institución.

En distintos lugares del mundo esta modificación se dio paulatinamente, con distintos ámbitos de aplicación, y se trató de una modificación paradigmática que implica variaciones en la perspectiva de todos los profesionales que integran los equipos de salud. “La idea es moverse de un modelo medico enfocado en la reducción de síntomas, hacía uno que pone el foco en la recuperación, apoyando así a las personas a llevar una vida plena en sociedad” ¹(Traducción de Agustín Castellani).

Esta idea buscó ampliar el campo de lectura, y la búsqueda de soluciones a las problemáticas de los usuarios, en conjunción con ellos y adaptadas a su realidad. Incorporando los beneficios de la medicina, al re posicionamiento de las otras profesiones en igual valor y no como subordinación ante ella.

En otros análisis realizados en Brasil, puede darse cuenta de esto bajo las siguientes conclusiones:

¹ “The idea is to move from a medical model focused on symptom reduction to one that focuses on recovery, thus supporting people to live a fulfilling life in society.” (Funk, M. en Třešňák, P.; Taking mental health into the community. 2014).

El campo de la salud exige una forma diferenciada de estar al servicio de los que buscan ayuda. No se puede negar que, al modelo médico actual, los logros técnicos que ha hecho posible. Sin embargo, esto no debe impedir a los profesionales implicados en la asistencia, sea cual sea su lugar de actividad, la insistencia en la construcción de nuevos espacios y nuevos modelos provenientes del diálogo, que pueda revertir la supremacía de la técnica, en detrimento de la intersubjetividad²(Traducción: Agustín Castellani).

Tomando esto se intentó mostrar como el modelo médico hegemónico histórico en el mundo, significó para otros países una solución inacabada y poco favorable en las intervenciones en Salud Mental, no fue pretencioso buscar cambiar la forma de entender la realidad, hacia una forma compleja, encauzando en esta la línea de los abordajes y no intentando entenderla bajo una óptica que excluyente y parcializada en pos de la simplificación. Desde la propuesta en Salud Mental, la desmanicomialización no intentó destruir al hospital, sino permitir que una de sus funciones fuese la de poder ayudar a las personas a que vuelvan a la sociedad y no institucionalizarlas por tiempos indefinidos. De igual manera que su accionar en pos de sostener la idea desmanicomialización, se debe incorporar a la optimización de estrategias, abordajes que eviten el retorno constante de usuarios a las instituciones luego de cada externación.

En casos como el de Cuba, se instalaron políticas de trabajo en Salud, que incluyeron a la Salud Mental transversalmente, y no como una categoría ajena al resto, esta modalidad con varios años en el campo de su sistema público de salud llevo a transformaciones como las que declara la Dra. Borrego en el texto de Corner Morry:

La psiquiatría como especialidad asumió las urgencias y comenzó a desarrollarse en serio. Mientras que antes teníamos un enfoque médico para la salud mental, desde mediados de la década de 1990,

² “The field of health demands a differentiated manner of being at the service of those seeking assistance. It is not suitable to deny the current medical model, or the technical achievements it has made possible. However, this should not impede professionals involved in assistance, whatever their locus of activity, from insisting on building new spaces and new models founded on dialogue, which can reverse the supremacy of technique, in detriment to intersubjectivity”. (Brandão Carvalho, L., Magalhães Bosi, M.L., Freire J.C.; 2008).

comenzamos a buscarla en toda la salud. Adoptamos un enfoque más integrado de prevención, tratamiento y rehabilitación. Esto transformo nuestra estrategia.³ (Traducción: Agustín Castellani).

Esta cita da cuenta de cómo el cambio paradigmático, y su utilidad transversal significó la posibilidad de jerarquizar a otras áreas dentro de las instituciones, los beneficios en los que devino esto, se dieron no solo en el abordaje de la demanda de las personas al sistema de salud, sino también en las estrategias de prevención y tratamiento con las personas.

El modelo Médico Hegemónico, como fue definido por Menéndez es una forma de concebir la realidad desde una óptica particular, donde la utilidad no está negada, pero ante cambios de paradigma requieren que sean integrados a otros cuerpos de saber desde donde aporte y no excluya en su mirada. Para este trabajo de investigación, el concepto fundamental de este capítulo y lo manifestado por los participantes fue tenido en cuenta, en relación con este y como ellos a partir de la LSM, son quienes pueden dar cuenta de las modificaciones.

³ “Psychiatry as a specialty took on more urgency and began to develop in earnest. Whereas before we had a medical approach to mental health, from the mid-1990s, we began looking at the entire health picture. We adopted a more integrated approach of prevention, treatment and rehabilitation. This transformed our strategy”. (Conner, G. 2013).

Capítulo II: Rol del Psicólogo en Salud Mental

Para el abordaje de este particular concepto, se precisó elaborar el concepto de forma novedosa, probablemente por la novedad del área de Salud Mental como paradigma y no como concepto teórico, se dificultó partir de una definición acabada desde una fuente fiable. Se tomaron distintos autores para orientar y definir cuál era la perspectiva de interés que se tomaría de este concepto, y estableciéndose como uno de los conceptos vertebrales en esta de investigación. El desglosamiento del concepto acabado, permitió estructurarlo de una manera tentativa.

Rol

En el primer caso se partió desde una definición general psicológica, extrayéndose este concepto desde el diccionario del psicólogo italiano U. Galimberti. En el segundo momento se presenta el concepto de rol, propuesto por el psicólogo M. Podcamisky. Luego la perspectiva conceptual de rol, tomada desde la psicología social del autor norteamericano David Myers. En cuarto lugar, una de las definiciones de rol citadas por M. González, I. González y K. Vicencio. Ultimo en el orden de presentación se abordaron los conceptos de rol redactados por el psiquiatra suizo-argentino, Enrique Pichon-Rivière quien dedicara principalmente su trabajo al área de la psicología social y la docencia, investigando y conceptualizando las estructuras y formas de funcionamiento de los grupos. Si bien esta investigación no se orientó sobre la temática grupal, las personas se encontraban insertas en grupos humanos donde desarrollaban su actividad laboral, por lo tanto, fue útil el concepto de rol en su beta operativa para la investigación, dado que fue este el de fundamental interés en relación a la problemática de investigación planteada.

Galimberti, define el rol como:

Conjunto de normas y de expectativas que convergen en un individuo por ocupar una determinada posición en un sistema social. Si la posición es el estatus, el rol es el aspecto dinámico del estatus, es decir el comportamiento formal previsible que de ahí se deriva, con el margen de variación expresado por el grado de conformidad al rol, que depende de cuánto se acerque un

individuo, con sus acciones, al modelo abstracto descrito y prescrito por la estructura normativa. En el concepto de rol, por lo tanto, está implícita una discrepancia entre ser y aparecer, entre aquello que uno es en verdad, y las expectativas que los otros dirigen hacia él basándose en las características estructurales del grupo, de la institución, del sistema social, que establecen las funciones basándose en el sistema de relaciones vigentes en el sistema mismo. (Galimberti, 2002, p. 976).

Este concepto incluye una diferenciación con el concepto de estatus, que suele ser vinculado y hasta erróneamente confundido con el de rol. Para el concepto de interés que fue el de rol, se atendió al dinamismo en tanto es el ejercicio de una labor que depende y se espera del profesional, este rol puede ser elaborado de forma abstracta y se regiría por el conocimiento de una práctica, o pudo ser dado de forma explícita por otros, lo que incluye por ejemplo a las instituciones. Es en la puesta en marcha de lo planteado por el rol, donde la persona vía su manifestación puede discrepar o asemejarse a este planteo.

Podcamisky, tomando a O'Donnell en su artículo, expone de la siguiente manera la conformación etimológica de la palabra rol:

...rollo de pergamino que contiene el texto que debe recitar un actor. De ahí entonces la significación de la palabra rol nos remite al texto que debe actuar el actor, al que esta sujetado y que debe poner en escena. Un texto que le precede y condiciona su actuar.

Además, no solo nos lleva a hablar de papel, en el sentido antes descrito, sino a nómina, listado, por lo tanto, no solo especifica la actuación de un personaje sino de varios, lo que nos reemite a la relación que tiene cada actor con personajes que le dan sentido a su actuar. (Podcamisky, 2006, p. 180)

Desde la perspectiva de tipo vincular que hace referencia este autor será no solo es importante el rol del actor, sino también el de las personas que se encuentran en el contexto y demandan una respuesta referida a la expectativa que se tiene en el rol de ese actor, siendo de esta manera una modalidad de

referencia por el propio rol el de la actuación de los otros y viceversa. Por lo que Podcamisky, afirma que:

...mientras la función remite a conductas que necesariamente son esperadas de una determinada posición (que también puede ser ocupada por otros sujetos), el rol es el modo particular, la singularidad con que una persona determinada encarna dicha función, esto es aprendió a ejecutar los roles desde sus experiencias personales. (Podcamisky, 2006, p. 181)

Por lo tanto, para este autor, “El rol es un acto, es una producción personal y está dirigida a los otros. Es una puesta en acto que posibilita la puesta en escena de la particular configuración vincular de cada sujeto”. (Podcamisky, 2006, p. 181)

Parafraseando al psicólogo social David Myers (2005), el rol se encuentra ligado de manera íntima con la cultura, siendo esta quien asigna los roles que deben representarse y que conllevan con frecuencia a ser internalizados en su comportamiento. Este autor concluye con lo anterior luego de presentar ejemplos relacionados al género, las modalidades de interrelación de las personas con distintos estratos sociales, laborales, la conformación de parejas, la vestimenta entre otros. En relación a esta temática, la concepción que propone el autor norteamericano es pertinente en un nivel general, por lo que se tomó de forma referencial lo citado con respecto al rol en el ámbito profesional:

El rol profesional puede ser entendido como un conjunto de conductas que realiza una persona o que se espera que ésta realice en función de la posición que ocupa. A su vez, distinguen entre el “rol percibido” y el “rol ejecutado”, definiéndose el primero como “un patrón de conductas posibles asociadas, o esperadas, por una persona que ocupa una posición determinada y el “rol ejecutado” como un “patrón de conductas realizado por una persona que ocupa una posición determinada. (M. González, I. González y K. Vicencio, 2014, p. 109)

La definición arriba redactada, integro al rol en dos componentes donde el percibido sería equiparable con el concepto de status de acuerdo a lo propuesto por los otros autores citados durante este capítulo, en tanto correspondería a las acciones esperadas por la posición en la que se encuentra

dentro de un organigrama laboral, y en donde el rol ejecutado se correspondería con las conductas efectivas que estos conllevan para poner en la realidad lo estipulado para el rol percibido.

Las citas expuestas aquí, ofrecen la mirada de la posición como las conductas esperadas para ese rol, al que incluso es plausible de ser remplazado por otra persona. Será el rol, la acción como tal que da lugar a la aparición del dinamismo propio de lo particular del individuo y que se relaciona con los otros, y será esto lo pertinente a su consideración como rol. Esta conceptualización del rol fundada en la acción, fue fundamental para la investigación, siendo ella la raíz de interés por la que se guió el trabajo.

Para continuar profundizando en este concepto se tomó a Enrique Pichon-Rivière, quien en trabajo en distintos momentos de su vida profesional lo pertinente al rol, por lo que se tomó lo dicho por este autor haciendo referencia a dos de sus distintos textos.

En el onceavo capítulo de su libro, Vínculo y Teoría de las Tres D, expone lo siguiente “Podemos decir que el aspecto cualitativo representa el rol, y el aspecto cuantitativo representa el status”. (Pichon-Rivière, 1985, p. 115)

Esta aclaración sobre el rol propuesto por Pichon-Rivière, plantea composiciones similares a lo anteriormente recabado de los autores citados, sin embargo, él es quien profundizó la descripción del rol que explicando con mayor claridad la noción conceptual que guió la investigación realizada. Este autor explica el rol adjudicado y el rol operativo de la siguiente manera:

El rol adjudicado es el rol prescripto o rol necesitado en el grupo que debe ser cumplido por aquel que asume ese rol. En la medida en que coinciden los dos roles, el prescripto y el asumido, se produce el encaje, la articulación, como sucede, por ejemplo, en un equipo de fútbol, en el que el jugador, al mismo tiempo que internaliza a los miembros de su equipo, realiza lo mismo con el equipo contrario, configurando lo que George Mead llama "el otro generalizado", con el objeto de llegar a una operatividad máxima (el partido se juega primero en la cancha interna). En la interacción del *self* con el otro generalizado se estructura el mí (rol

operativo diferenciado) que puede ser considerado a través de cuatro momentos de la operación: la estrategia, la táctica, la técnica y la logística.

Quiere decir, que si todo el grupo ha elaborado estos cuatro momentos y los instrumenta en su mundo interno y lo juega en su cancha interna podrá también jugar en la cancha externa (mundo, realidad), por haber estructurado una estrategia operativa sobre la base de dicha planificación previa que orienta la acción.

Al externalizar la estrategia, ésta se convierte en táctica; de acuerdo con el instrumento con el cual opere, estará utilizando una técnica. En el momento en que puede evaluar su potencialidad en comparación con la del adversario (logística), logrará una óptima operatividad. (Pichon-Rivière, 1.981, p. 126).

El concepto de interés para esta investigación fue el de rol operativo, sin embargo, fue necesario conocer también el de rol adjudicado para lograr referir con claridad al primero, en tanto ambos se encuentran vinculados mutuamente. Pichon-Rivière utiliza pedagógicamente el ejemplo del jugador de futbol para representar al rol adjudicado y luego al operativo; realizando un cambio en los personajes de esta situación el jugador sería el psicólogo, que se encuentra inserto en un equipo de trabajo interdisciplinario, a su vez tiene como objetivo una labor prescripta por la institución y la Ley de Salud Mental, el otro generalizado serán las personas hacia las que orienta sus acciones con la diferencia básica de que no se tratan de contrincantes sino de personas con sus diversas demandas, siendo estos los demás profesionales de la salud, los trabajadores de la institución, y los usuarios del sistema de salud, con los objetivos particulares que cada cual requiera. El término self carece de una traducción equivalente en español, aunque lingüísticamente se aproxima al término utilizado como “sí mismo”, es entonces esa forma particular (del psicólogo en este caso), de hacer su labor lo que definirá el rol operativo que tiene, siendo la LSM la que dictaminó los lineamientos del rol prescripto a los profesionales. Fue para el trabajo de investigación su objetivo describir, cómo es el rol operativo de los psicólogos del Hospital Dr. Miguel Ragone, en el año 2.018.

Tomando las dos referencias bibliográficas expuestas, se desembocó en el interés por indagar sobre el dinamismo aplicado en la realidad de la profesión de los/as psicólogos/as, orientándose hacia la modalidad de acción particular de cada uno de ellos dentro del hospital nombrado con su rol operativo, dando respuesta al rol adjudicado por la institución y las personas, con la suma del atravesamiento de la LSM. Es el ejercicio concreto de su trabajo como profesional y la implicancia que pudiera tener en él, previo a la LSM como luego de la implementación de esta lo que definió la faceta del rol que interesó a la investigación, indagando por la implicancia que tuvo esta ley en el rol operativo de los participantes.

Psicólogo en Salud Mental

El profesional de la psicología, en este caso en particular, y su orientación en el ejercicio de la labor se tomó de dos leyes de fundamental incumbencia para el psicólogo en su trabajo cotidiano, una de carácter nacional y la otra de regulación provincial; en el primer caso se trata de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/10, que indica lo siguiente:

Cap. V, art. 8: Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010, p. 17)

Cap. V, art. 11: La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. 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, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales,

hogares y familias sustitutas. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010, p.18)

Cap. VI, art. 13: Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010, p. 20)

Cap. VII, art. 15: La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010, p. 21)

Cap. VII, art. 16, inciso a: Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (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 realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010, p.22)

Cap. VII, art. 20: La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar: a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de

dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra. (Ministerio de Salud de la Nación, 2010, p. 25)

En el segundo caso, se tomaron dos artículos de la Ley Provincial 6.063/82 “De la profesión del psicólogo” en Salta. Si bien esta ley en relación a la anterior, posee una brecha de veintisiete años, en esta, que es previa en su declaración se verificaron funciones pretendidas a la tarea del psicólogo en la periodicidad de sus funciones, similares a las que propuso luego la Ley Nacional 26.657/10 donde hay una menor especificidad de la tarea particular del profesional. Los artículos correspondientes al Capítulo I de esta ley dicen lo siguiente:

Cap. I art 2: A los efectos de esta Ley, se considera ejercicio de la profesión de Psicólogo la aplicación o indicación de técnicas específicamente psicológicas en:

a) La investigación de la conducta humana, en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la personalidad, y a la recuperación, conservación y prevención de la salud mental de las personas.

b) El desempeño de cargos, funciones, comisiones o empleos por designación de autoridades públicas, incluso nombramientos judiciales.

c) La emisión, evacuación, expedición, presentación de consultas, estudios, consejos, informes, dictámenes, peritajes, etc.

d) La enseñanza, el asesoramiento. (Ministerio de Bien Social, 1982, p. 2)

Cap. I art 3º - El Psicólogo podrá ejercer su actividad en forma individual y/o integrando equipos interdisciplinarios, en instituciones o privadamente.

En ambos casos podrá hacerlo a requerimiento de especialistas de otras disciplinas o de personas que, por propia voluntad, soliciten su asistencia profesional.

Este ejercicio profesional se desarrollará en los ámbitos individual, grupal, institucional o comunitario. (Ministerio de Bien Social, 1982, p.2)

En ambas leyes existen puntos en común sobre la orientación al rol del psicólogo en el ámbito de Salud Mental, estos son el trabajo interdisciplinario tanto en instituciones públicas como privadas, la aplicación de técnicas específicas a la psicología para investigación, diagnóstico, tratamiento que en el caso particular de la ley de salud mental apuntó al trabajo con consulta ambulatoria para los usuarios, la elaboración de informes, pericias. El desempeño de cargos públicos fue contemplado por ambas leyes en sus declaraciones, en tanto la ley de salud mental da su referencia a cargos específicos en instituciones de su área, y la ley provincial sobre el ejercicio profesional del psicólogo, planteó esta propuesta a nivel generalizado.

Partiendo del concepto de rol como conjunto de normas y expectativas que convergen en un individuo que ocupa una determinada posición en un sistema social, tomándose como lo dinámico del status al rol, y haciendo uso el desglosamiento de artículos específicos de la Ley Nacional 26.657/10 y de la Ley Provincial de Salta 6.063/82, pudo decirse que el Rol del Psicólogo en Salud Mental está basado en aquel que trabaja interdisciplinariamente con otros profesionales de la salud con una perspectiva integral de la persona, en tanto incorpora al diagnóstico de la persona la mirada particular desde su área particular de formación, la psicología; siendo capaz de investigar, evaluar, diagnosticar, tratar la personalidad orientándose a la recuperación, conservación y prevención en la salud mental de las personas, así también en lo referente a las acciones concretas por lo que deberá registrar la evolución del usuario (en caso de tratarse de su área particular de conocimiento), como las intervenciones del equipo en la historia clínica. La interdisciplinariedad exige la complejización del abordaje, en tanto el diagnóstico se elabora integralmente, conformándose a partir de la pericia particular de los profesionales en su campo científico específico de trabajo. El psicólogo que trabaja en instituciones de salud mental, cuenta con la facultad, en conjunto al equipo de trabajo y su diagnóstico integral, de internar de forma involuntaria a una persona, siendo este definido en casos particulares ya especificados por la Ley Nacional 26.657/10, en tanto su firma o

la del médico psiquiatra será menester para este acto, acoplándose además a de la de otro profesional del equipo. El psicólogo al igual que los otros profesionales de la salud en tanto cuente con la idoneidad para el ejercicio puede ocupar cargos de conducción y gestión de los servicios de la institución, y siendo este el caso deberá trabajar en coordinación con las Autoridades de Aplicación de la Ley Nacional 26.657/10, conjuntamente con áreas de educación, desarrollo social, trabajo, implementando acciones para la inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Los/as psicólogos/as participan de los grupos de interdisciplinarios que deben trabajar en conjunto con los usuarios en su abordaje, la inclusión de familiares. Esta modalidad exigiría al profesional de interés para la futura investigación, planificar nuevas estrategias y reposicionarse en su rol.

METODOLOGÍA

Definición de Conceptos

Categoría previa: Ley de Salud Mental 26.657/10

La ley que definirá los conceptos que se trabajaron durante la investigación entró en vigencia en el año 2010, esta ley planteó lineamientos generales a seguir por parte de los profesionales y las modificaciones con respecto a la atención en el tratamiento de los usuarios con padecimiento mental. En relación a los psicólogos/as, se encuentran incluidos de manera general en los artículos específicos al deber profesional y bajo la generalidad de la redacción de estos, sin embargo, dentro de estos artículos se entrevén conceptos que competen a la temática de interés de esta investigación.

- Dimensión:

- Salud Mental: Proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (Ley Nacional de Salud Mental 26.657/10, 2010, p. 11).
- Interdisciplinariedad: Parafraseando a Martínez Alcorta, se entiende esta dimensión como la intersección entre disciplinas, y no la yuxtaposición de estas. Partiendo de un nivel de dialogo, discusión y apertura profesional que permita por vía de la integración aunar conclusiones. (Martínez Alcorta, 2014)
- Intersectorialidad: La Organización Panamericana de la Salud la toma la siguiente definición, “intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida”. El trabajo con otros organismos ajenos a la institución hospitalaria se encuentra contemplado en la LSM, apunta sobre el trabajo la posibilidad de trabajo conjunto con estas, este punto se orienta sobre la actuación de los profesionales con otras instituciones,

lo que la distingue de la actuación sobre la interdisciplinariedad.
(Organización Panamericana de la Salud, 2017, p. 1)

- Participación: “Derecho de todas las personas a tomar parte en las decisiones que les conciernen, se expresa en las estrategias de promoción de la salud, en el ámbito internacional, nacional y local”. (Corella W., Quintero P., Barria J., Solis A., 2015, p. 15)
El usuario desde la LSM es participe activo en su abordaje, al igual que su grupo familiar, por lo que la participación del psicólogo/a en relación a la incorporación de estos actores, podría redefinir su rol.

Categoría previa: Rol del psicólogo en Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone.

Parafraseando a Pichon-Rivière, el rol operativo será: En la interacción del self con el otro generalizado que se estructura dentro del individuo, se establece una operación de cuatro momentos (estrategia, táctica, técnica y logística) desde donde se planifica la acción. En la acción como respuesta se verá la operatividad efectiva. (Pichon-Rivière, 1981).

Tomando la Ley Provincial 6063/83 de Salta “De la profesión del psicólogo”, se definirá al psicólogo como: Profesional competente para realizar investigaciones de la conducta humana, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la personalidad. Orientado hacia la recuperación, conservación y prevención de la salud mental de las personas. Puede ejercer su actividad en forma individual y/o integrando equipos interdisciplinarios, en instituciones o privadamente. Este ejercicio profesional se desarrollará en los ámbitos individual, grupal, institucional o comunitario.

- Dimensión:

- Operatividad individual: Refiere a las acciones realizadas por cada uno de los profesionales participantes, que atañan a lo pertinente como psicólogos/as.

- Operatividad institucional: Refiere a las acciones realizadas por los/as psicólogos/as definidas por el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone.

Nivel y tipo de investigación

La elección de la temática propuesta para esta investigación surge de la experiencia en la institución, el contacto con ella y con sus participantes bajo el formato de una práctica pre profesional de la carrera de grado, esto implicó la existencia ya de una inmersión inicial en el campo para la investigación.

Partiendo de lo propuesto por los autores Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P. (2006), la investigación es de tipo cualitativa, e indagó en la realidad de los participantes que se encuentran inmersos en este contexto específico que preexistía al investigador. Partiendo de la información que ellos dieron sobre la temática de interés es que se utilizó un modelo lógico inductivo. En cuanto al método utilizado, fue el de estudio de caso, en tanto su proceso es descriptivo y se orientó a la profundidad en la información, priorizando la interacción con los participantes, buscando comprender un fenómeno, como es en este caso la incidencia que tuvo la implementación de la LSM en su rol operativo como psicólogos/as de la institución. Esta investigación no tuvo como finalidad generar representatividad estadística, es decir, la posibilidad de universalizar sus conclusiones, sin embargo, se orientó en comprender la complejidad de la realidad particular de los participantes.

Contexto

El contexto físico donde se realizó la investigación, se dio lugar en las instalaciones del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, ubicado en la calle Av. Richieri S/N, en el barrio de Villa Las Rosas, de la capital salteña. Esta institución atravesada por diferentes momentos históricos, posee una historia con aproximadamente 70 años a la fecha de la realización de este trabajo de investigación.

Al momento de inmersión en el campo, esta contaba con una población de trabajadores entre personal administrativo, profesionales y técnicos, de 280 personas, ocupando estos puestos en su mayoría personal profesional de

enfermería (76), y encargados de limpieza de la institución (78), personal administrativo, el equipo de psiquiatras de la institución (18), mientras que el de psicólogos/as se agrupa en 20, aunque esta población no se encontraba totalmente en activa en el hospital, conociéndose la situación de algunos de profesionales con licencias sin goce de sueldo, afectados a otras instituciones o con designaciones temporales, lo que reduciría esta primer dato a 13 personas. A su vez el hospital Dr. Miguel Ragone, cuenta con servicio de odontología, y laboratorio para la realización de análisis bioquímicos, ambos servicios se encuentran cubiertos por profesionales de dichas áreas.

En cuanto a la capacidad de abordaje que poseía la institución, era de 118 camas para usuarios crónicos, 24 para agudos, 6 camas en las guardias y dos en sala de observación. Cuenta con servicio de consultorio externos.

Las personas que participaron de la investigación, fueron ocho psicólogos de dicha institución, con labores en diferentes servicios y áreas del hospital. La participación de estos sujetos fue de forma voluntaria, bajo resguardo de su identidad y acompañado de la firma de un consentimiento informado que avaló su participación en el estudio.

Este contexto fue propicio para llevar a cabo la investigación, por cuestiones como, el aval institucional para que fuese llevada a cabo el futuro trabajo de campo, y por tratarse de una institución de referencia en el trabajo de salud mental dentro de la provincia de Salta, y también contando con una población de psicólogos mayor a la de otras instituciones hospitalarias de la Ciudad de Salta y que fueron los participantes de interés para la investigación.

Período

Con respecto este ítem, el tiempo de recolección de información coincidió con el estipulado en el diseño previo a la investigación de 4 (cuatro) meses. Las características estructurales de esta investigación lo definían como un tiempo estimado, el avance en la recopilación de información con sus variaciones, principalmente las de coordinación con los participantes y sus actividades cotidianas, no modificaron este cronograma inicial. El retorno constante al hospital, permitió incorporar datos que aportaron a la información, asentándose en las anotaciones de campo y la observación del contexto.

Participantes

Al momento de la realización de la investigación, el Hospital Dr. Miguel Ragone contaba con una población de 13 (trece) psicólogos/as de planta en actividad, distribuidos en los distintos servicios de la institución. Sin embargo, fueron de interés para la investigación, por las cualidades redactadas en los criterios de inclusión y exclusión, los que contaran con el inicio de su trayectoria laboral dentro de la institución previo a la implementación de la LSM en el año 2.010, lo que partiendo de esta referencia decantó en un grupo final de 10 (diez) psicólogos/as, para terminar, trabajando con 8 (ocho) como participantes de la investigación. Para Neiman, G. y Quaranta G., la muestra es intencionada en función de los intereses temáticos y conceptuales, y los casos se pueden seleccionar según diversos criterios (Vasilachis et al., 2006). En esta investigación en particular al haber sido plausible el conocimiento del registro del total de la población, se buscó acceder al total de ella, con una respuesta afirmativa por parte de los 8 (ocho) participantes finales, en tanto, el requisito de participación voluntaria contempló la decisión de aquellos que dieron la negativa a esto. Para el trabajo con el diseño de estudio de caso y por la falta de información que se tenía de la temática previo a la investigación, resultó necesario recabar la mayor cantidad de información posible de los participantes para poder definir con mayor precisión y lograr una comprensión de la forma más acabada de ellos en su contexto. Los resultados se fundamentaron en las preguntas iniciales de investigación, sin embargo, fue necesario incorporar información como la historia institucional que permitió profundizar la comprensión de los resultados.

- **Criterios de inclusión:**

- Profesionales psicólogos/as que trabajaran en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone con inicio en su labor dentro de la institución, previo a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (diciembre de 2010).
- Participación voluntaria, con firma de consentimiento informado.

- **Criterios de exclusión:**

- Profesionales psicólogos/as con ingreso laboral en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone posterior a diciembre de 2010.
- Psicólogos/as que no den su consentimiento informado para participar en la investigación.

Diseño

Para esta investigación se consideró pertinente el uso del diseño de Estudio de Caso. En el capítulo referente a Estudio de Caso, Neiman, G. y Quaranta G., los que tomaron la cita de Doobey sobre este tipo de diseño:

El caso o los casos de un estudio pueden estar constituidos por un hecho, un grupo, una relación, una institución, una organización, un proceso social, o una situación o escenario específico, construido a partir de un determinado, y siempre subjetivo y parcial, recorte empírico y conceptual de la realidad social, que conforma un tema y/o problema de investigación. Los estudios de casos tienden a focalizar, dadas sus características, en un número limitado de hechos y situaciones para poder abordarlos con la profundidad requerida para su comprensión holística y contextual. (Vasilachis et al., 2006, p. 218).

Sirviéndose de esta referencia y ubicándola en lo que atañó a la investigación que se realizó, el foco estuvo puesto en el hecho de la incidencia que tuvo la implementación de Ley Nacional 26.657/10, en el rol operativo de los psicólogos del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone. La implementación de esta ley estableció una bisagra en lo que respecta a su rol, por lo que fue tomado como un hecho particular y concreto desde donde se partió para trabajar en la investigación. Tomando a modo de parafraseo a los autores ya nombrados, con esta perspectiva, se buscó dar valor al conocimiento del caso para este contexto en particular, evitando establecer generalizaciones que pudieran ser transpoladas a otros contextos (Vasilachis et al., 2006). Es decir, que el interés se dio por el caso en sí mismo bajo un recorte temático, profundizando el conocimiento global de este.

Procedimiento de Recolección de Información

La recolección de la información se lleva adelante a partir de un plan que se organiza como respuesta a las preguntas de investigación. La variedad de las fuentes de información utilizadas se orienta a captar y describir la complejidad de los fenómenos en estudio y su contexto con la mayor riqueza posible, respetando la mirada de los actores sociales involucrados. (Vasilachis et al., 2006, p.220)

Para la recolección de información en la investigación se partió de las preguntas de investigación, y la profundización como orientaron para administrar la información más refinada y que fueron dando respuestas a las preguntas generales. Fue fundamental para la investigación el papel que desempeñó el investigador como instrumento de recolección y usuario de la información recabada, adoptando una posición de apertura a la escucha y evitando el sesgo por una perspectiva fija, preconcepciones o prejuicios que pudieran alterar el resultado final de la investigación. Resultó en beneficio para la investigación la posibilidad de que fuese llevada a cabo dentro de la institución de interés, ya que desde este lugar surgieron nuevas interrogantes, que dieron mayor comprensión a la particularidad de estos participantes insertos en el dinamismo cotidiano de su labor, en este contexto, al igual que la captación de registros referentes a manifestaciones, eventos y respuestas surgidas de aquí.

Tanto las técnicas, como los instrumentos utilizados, posibilitaron la obtención de información, profundizando en el conocimiento del caso planteado. Se utilizó un retorno constante a la información recopilada, como método de revisión y establecimiento de nuevas interrogantes, permitiendo revelar las vertientes que complejas de la temática de interés.

Las técnicas utilizadas fueron, la *observación participante* desde el primer momento tomada de lo expuesto por Jorgensen “se sabe poco de la situación o contexto” (Hernández Sampieri, et al., 2006). La observación participante será fundamental, siendo esta apropiada según lo expuesto por Hernández Sampieri, la propicia para describir comunidades, contextos o ambientes, asimismo las actividades que desarrollan en éstos, las personas que participan en tales actividades y los significados de las mismas (2006). Es decir, en el caso

particular de esta investigación fueron, los ambientes físicos donde se desenvolvían los psicólogos/as del Hospital Dr. Miguel Ragone habitualmente, incluso el espacio de encuentro con otros profesionales, la distribución institucional, sitios donde se desarrollan funciones centrales, y el arreglo espacial. Con respecto a las personas, los ambientes sociales y humanos, la formación de grupos, con sus formas de interacción o vinculación, las manifestaciones no solo verbales que refieren, sino también gestuales y tonalidades en las que son expuestas. Las actividades o acciones de los participantes. En base a esto se pudo ubicar dentro de la estructura edilicia donde se encuentran los profesionales habitualmente, y cuál es el modo de trabajo en estos sitios, los grupos generados.

El uso de una *bitácora de análisis* permitió ir registrando información de distintos orígenes, y tamizándola conforme se iba recabando en el paso por la institución. Se incorporó información tanto del contexto como del espacio donde los participantes se desenvolvían profesionalmente, como también sus dichos, manifestados durante las entrevistas, también se incorporó por este medio, la información referida por la revisión de documentos institucionales que permitieron ir construyendo el entendimiento final del caso. Este registro permitió ir recopilando e ir analizando lo que surgiera de la observación, refinando su uso conforme se avanzó en el campo. Sin embargo, fue necesario también conocer como contrapartida a esto, que dijeron los participantes sobre preguntas fundadas en esta información.

La *revisión de documentos* de la institución como fue el caso de historias clínicas, lineamientos institucionales para profesionales como carta de servicios y planes de abordaje de usuarios crónicos. Esta revisión permitió conocer no solo en la fase inicial de la inmersión, sino luego de esta también, de qué manera se puso en acción el rol operativo de profesionales históricamente, y cómo fue a la fecha de investigación su desarrollo, a partir de la implementación de la LSM. Por otra parte, resultó de interés conocer estos documentos, en tanto fueron elaborados sin la presencia de un tercero como el investigador, que pudiera haber alterar el comportamiento de los participantes.

Las *entrevistas*, se utilizó esta técnica, interactuando ya de forma directa con los participantes; los encuentros estuvieron guiados por distintos ejes que le

dieron un corte de tipo semiestructurado. Consiguiendo así de primera voz su noción sobre lo propuesto en la temática de investigación con respecto al rol, estas entrevistas se acordaron previamente con los psicólogos/as en la institución, y se concretaron solo con aquellos que manifestaron su deseo explícito de participación por vía de un consentimiento informado. Se tomaron, así como la principal fuente de información para el trabajo realizado. Partiendo de lo relatado por los participantes y su posterior revisión, se abrieron y ampliaron los ejes que resultaron de interés, planteándose nuevos encuentros enmarcados en esta técnica. A través de un previo acuerdo con los participantes para el desarrollo de estas, es que se utilizó la *entrevista semiestructurada*, abordándose las temáticas de interés de este trabajo. Esta modalidad se utilizó de acuerdo con Hernández Sampieri (2006), basándose en una guía de asuntos o preguntas en la que el entrevistador tenía la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados. En la utilización de este instrumento fue fundamental la generación de confianza con los participantes, considerándola un “segundo momento” dentro del trabajo en el contexto, en tanto se buscó recabar con sinceridad lo particular a sus acciones en lo puesto en su rol operativo. Por otra parte, se apeló a la confianza expuesta por ellos para conocer en profundidad cual es la opinión que tienen, con respecto a esta ley y su rol dentro del marco institucional. Las entrevistas, en su mayoría se registraron en grabaciones de audio, propiciando el dinamismo en estas, y permitiendo revisar los dichos, luego de los encuentros.

Se tomaron los siguientes puntos como fundantes al primer encuentro:

- Años de trabajo en la institución.
- Servicio en el que trabaja dentro de la institución.
- Rol profesional en ese lugar.
- Cómo lo lleva a cabo (al rol).
- Incidió su rol la implementación de la Ley Nacional 26.657/10.
- Cuáles eran las características de su rol profesional, antes de esta Ley, y cuáles son en la actualidad.
- Trabajo interdisciplinario.
- Trabajo intersectorial.

- Participación de usuarios.
- Operatividad como psicólogo/a, en relación a la institución como su respuesta a las demandas planteadas por ella y los usuarios de los servicios de Salud Mental.

La guía de ejes anterior se fundamentó en la problemática de investigación propuesta por este trabajo, contemplando de igual manera, la flexibilidad para su ampliación y refinamiento en los temas y puntos de interés que surgieron luego del ingreso en el campo y el avance en la relación de confianza con los participantes.

Coreografía de análisis

Conforme se fue obteniendo la información del contexto y luego de los participantes, esta se fue analizando, la incorporación de notas en el cuaderno tomadas de la observación de áreas profesionales como de espacios comunes tanto al personal como a usuarios, y el contacto diario con ellos, permitió armar nuevas interrogantes que delimitaron nuevos puntos a trabajar durante entrevistas, siendo de mayor especificidad y profundidad.

Partiendo de la información obtenida, se fueron clarificando los puntos comunes a nivel general y de principal interés para este trabajo, como las acotaciones particulares implicadas con lo indagado. La conformación de tablas para los análisis correspondientes de las entrevistas, completando con respuestas que refirieran a lo expuesto en dimensiones y categorías. Al tratarse de un estudio enfocado en el caso de los psicólogos del Hospital Dr. Miguel Ragone, se optó por el análisis particular de los dichos de los participantes, y con exposición aunada de lo referido a las dimensiones establecidas.

Estas se basaron en dos categorías y sus respectivas dimensiones:

- Ley de Salud Mental 26.657/10:
 - Salud Mental
 - Interdisciplinariedad
 - Intersectorialidad
 - Participación

- Rol del psicólogo en Hospital de Salud Mental Dr. Miguel

Ragone:

- Operatividad Individual
- Operatividad Institucional

Para el análisis clarificado de esta información se elaboraron cuadros compuestos por los referentes, sus dichos, la dimensión referida y el número de encuentro. La información recabada de entrevistas, anotaciones y observaciones se anexó al trabajo de investigación.

La codificación suscitada para el dinamismo y protección de datos corresponde a la siguiente estructura:

- Participantes asociados a un número, y ordenados de acuerdo a la entrevista realizada por una letra: 1/A (Participante 1, primer encuentro)
- El uso de cuaderno de notas se configuró con las siglas de este y la fecha de la anotación en este: CN/ 28/06 (cuaderno de notas, fecha de redacción)

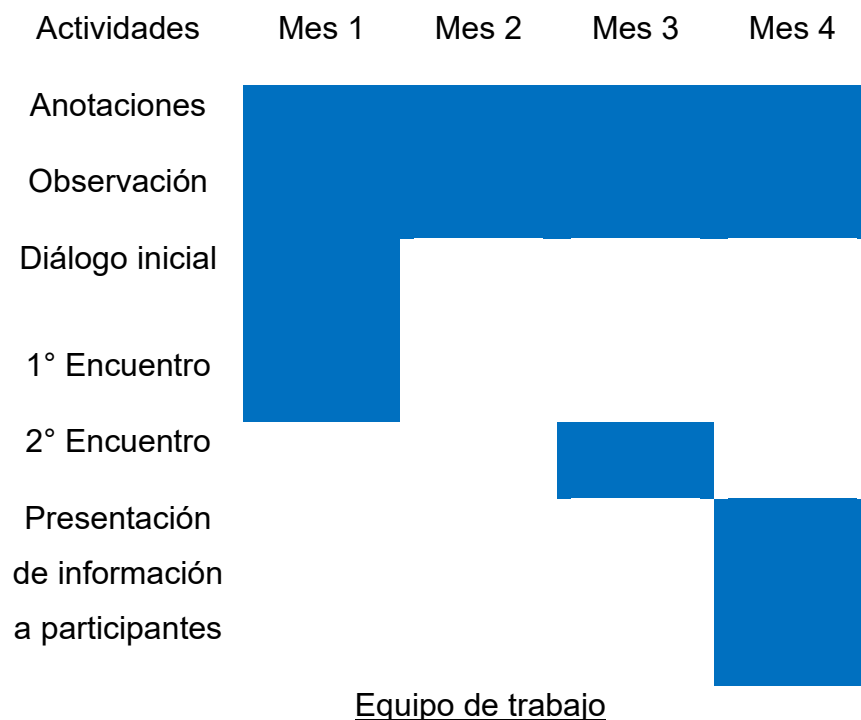
Validación

En lo respecta a la dependencia dentro de la investigación el uso de dispositivos de grabado del audio de para entrevistas, permitió captar la mayoría de lo dicho por los participantes de forma explícita evitándose las interferencias de sustratos pertenecientes al investigador, esto a su vez orientó a la validación interna dado que el registro de este tipo es factible de ser tomado por otro investigador en caso de ser necesario. En el caso de las entrevistas que no se registraron por esta vía, fueron registradas por vía de anotaciones.

Como fuente complementaria de información se trabajó con un cuaderno de notas, en el que se registraron tanto cuestiones surgidas de los participantes, algunas fuera de espacios de entrevistas como lo pertinente al contexto. Así también la documentación de la institución de diversos indoles, configuró parte del contenido de información que permitió comprender el caso.

Cronograma de trabajo

- Desde el inicio en el primer mes hasta al cuarto, el análisis de información se fue profundizando de acuerdo a lo recabado en los encuentros y la situación de conveniencia poder ahondar en la información. La observación y anotación como otros instrumentos para comprender al contexto, fueron incorporando interrogantes y respondiendo a otras que surgieron, no contempladas desde el inicio como la historia de la institución.
- El conocimiento de algunos de los participantes facilitó el ingreso y contacto con otros, al igual que el acceso a espacios comunes y de relación informal. Dinamizando la realización de los primeros encuentros con ellos.
- El tránsito por diferentes sectores del hospital permitió conocer a profesionales de otras áreas como administración y estadística, quienes facilitaron información precisa de la institución en torno a áreas de abordaje, prácticas con otras instituciones y herramientas con las que cuenta el hospital. A partir de la profundización en esto, se abrieron nuevas preguntas, situadas en los segundos encuentros con los participantes.
- La exposición sobre lo recabado aquí y la corroboración de información y opiniones se dio en torno a la participación de desayunos comunes, en sala de descanso y consulta por situaciones observadas tanto por el investigador como por los participantes.



El equipo de estudio estuvo integrado por tres personas:

- Agustín Castellani: Investigador, encargado del ingreso en el campo, interacción con los participantes, toma de entrevistas, observador, la recolección de los datos y análisis de ellos, descripción del contexto en la que se desarrollaría la investigación.
- Lic. Acuña, H. Fernando: Encargado de la dirección del trabajo de investigación, revisión y sugerencia de temáticas a abordar en profundidad durante el trabajo de campo.
- Lic. Ulivarri, Paula K.: Encargada de la codirección del trabajo, y coordinación metodológica de la información, para su aplicación en el diseño utilizado por la investigación.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se orientó hacia la comprensión y entendimiento de los participantes en su contexto desde una lectura compleja. Apelando a una clarificación didáctica para la exposición del análisis de los resultados del trabajo que se realizó, es que se utilizará el siguiente listado de categorías con el respectivo desarrollo de las dimensiones contempladas. Las categorías a desarrolladas son tres; la primera, incorporada al cuerpo de este trabajo, surgió necesariamente durante la revisión de la información recabada conforme fue avanzando la investigación, adquiriendo mayor presencia y permitiendo incorporar un marco de mayor complejidad a la lectura final, un marco de tipo histórico del hospital, tomando así a sus representantes de cabecera a lo largo de su vida institucional, y documentos que orientaron y orientan la modalidad de trabajo. La segunda categoría a la cual se refiere, es la de Rol del Psicólogo, categoría que se encuentra conformada por dos dimensiones, operatividad individual y operatividad institucional, propias a los profesionales participantes de la investigación; a partir de lo referido es que se desarrollará el análisis de la categoría, tomando como bases el aporte de información de todo tipo realizado por los participantes. La tercera categoría de este apartado, es la referente a la Ley de Salud Mental 26.657/10, ley en la que se insertan a lo largo de sus distintos capítulos y artículos los puntos que devinieron en dimensiones para esta investigación, en tanto atañan a la labor de los psicólogos y psicólogas, y declarados en algunos casos de manera específica y de manera general, las dimensiones de esta categoría son salud mental, interdisciplina, participación e intersectorialidad.

El dialogo y conexión entre las categorías de análisis, y su estructura fundada en la información de diversas fuentes, como entrevistas, observación participante, anotaciones, e incorporación de textos referidos a estas temáticas, permitirá una lectura final, que decantará en la comprensión de los resultados de este para este contexto y los participantes que lo integran. La intencionalidad de este desarrollo, es posibilitar una lectura transversal del caso planteado, abogando por el acercamiento a un entendimiento holístico, sustentándose en los matices en que se fundó este trabajo.

De Neuropsiquiátrico a Hospital de Salud Mental: Historia del Hospital Dr. Miguel Ragone

La intencionalidad en el título anterior, refiere a las claras a la modificación de la nómina de la institución de interés para este trabajo, es sin embargo necesario analizar, que en estas palabras serían el principio que propendería a un cambio futuro, en torno a la orientación de la modalidad de trabajo en el hospital.

En el primer caso, el término “neuropsiquiátrico” refiere parcialmente a las personas que trabajan en este contexto, permitiendo definir un perfil y el abordaje sobre el que se orienta, este nombre suscitaría solo a prácticas médicas y psiquiátricas en particular. En relación a Salud Mental, no pretende en su conceptualización ubicarse como contraposición al término anterior, y tomando con mayor abordaje no solo a los profesionales, en tanto avala en su generalidad la labor de distintas áreas, sino también una lectura donde la patología no es la única lectura posible para las personas que demandan los servicios.

La posibilidad de conocer el nacimiento, la vida institucional del hospital en su contextualización y la repercusión de diferentes decisiones en políticas de salud, permitirá comprender también la contemporaneidad de diversos sucesos relacionados con este trabajo de investigación. Un gran volumen de los datos referidos surge de artículos, revistas de interés en el área, facilitadas al autor de este trabajo fundamentalmente por estudiantes y docentes de Risam, quienes tienen en poder estos textos y amablemente los compartieron, de igual manera datos con recabados de distintos diálogos con profesionales de la institución.

Los textos referidos corresponden a Guillermo Figueroa Outes (1993), el Informe Final de Rotación por el Servicio de Terapia Ocupacional y Servicio de Emergencias en el Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Ragone” (2014), y Trabajo Final de rotación de 3° año en servicio de emergencias y agudos de Risam (2012), todos citados en las referencias bibliográficas al final de este trabajo, como así también datos rescatados de encuentros con docentes de esta residencia que se corresponden con información cercana en temporalidad a la contemporaneidad de la investigación. En relación a la construcción del texto, se tomaron dichas referencias e incorporaron utilizando la modalidad de parafraseo, con la intención de propiciar un hilamiento coherente en su lectura.

La planificación de la creación del “Hospital Neuroquirúrgico del Norte”, nace en 1946 bajo la gestión del Ministro de Salud Ramón Carrillo, designándose como director en el año 1949 al Dr. Miguel Ragone, quien se aboca a la tarea de equipar la institución, su organización y puesta en funcionamiento, fundándose oficialmente el día 8 de Julio de 1950. En los primeros años de la institución se orientó hacia el trabajo como policlínico, contando con diversos médicos cirujanos y un solo médico psiquiatra, quien era a su vez vicedirector de la institución, el Dr. Néstor Chávez. Luego de esta reorganización se nombra como director a otro psiquiatra. (Figuerola Outes, 1993)

En 1955, por determinación del organismo nacional, vira la organización hacia una perspectiva institucional monovalente, abocándose a la atención psiquiátrica. La reorganización, implicó diversos cambios, entre esos la designación de un nuevo director quien era psiquiatra y se encontraba acompañado en la gestión por médicos clínicos, y cirujanos que seguían directivas sobre el abordaje de las patologías quienes recurrían a la asistencia de los servicios del hospital. (Figuerola Outes, 1993)

En inicios los de la década de 1960, se incorpora otro psiquiatra a la planta de profesionales, el Dr. Rolando Colina, optimizándose la atención del hospital, por otra parte, se comienzan a incorporar nuevos fármacos para tratar las diversas patologías de los usuarios de los servicios. Se incorporan los primeros psicólogos y asistentes sociales al personal del hospital, disponiendo el hospital de 110 camas de internación para adultos de ambos sexos (Ibarra y Montaña, 2012, p. 5). En el año 1963 el hospital es intervenido por directiva del Dr. Arturo Oñativia, Ministro de Salud de la Provincia, designando a un psiquiatra oriundo de Capital Federal como director, hasta el año 1965, en el que asume este cargo el Dr. Guillermo Figuerola Outes (Figuerola Outes, 1993). La población hacia la que se orienta la atención del hospital en dichos años, se configuraba en su mayoría por personas oriundas de la capital salteña, y en una porción menor personas de otros departamentos, y provincias como países limítrofes. Entre los diagnósticos de patologías que refiere el Dr. Outes, principalmente es esquizofrenia, epilepsia, alcoholismo y oligofrenia (Figuerola Outes, 1993). Por otra parte, en el avance de la década se incorpora mayor cantidad de recursos humanos y materiales para la institución. La propuesta directiva para el abordaje

de las personas es esta época, es la modalidad asistencial propiciada en la atención de consultorios externos, velando por el diagnóstico y su tratamiento en un estadio precoz, encontrando justificación en que su implementación evitaría internaciones innecesarias, sumando a esto el desarraigo familiar y la significativa ocupación de camas. En relación a mejoras nombradas, se crean los servicios de Estadísticas, Odontología, Psicología, Terapia Ocupacional, Hospital de Día, Neurología, Sección Infanto-Juvenil (Figueroa Outes, 1993).

Durante el inicio de la década del 70, sumado a los servicios del hospital, se incorpora una entidad con participación voluntaria y figura a nivel nacional, CruSaMen, que colabora en la asistencia para rehabilitación y resocialización con las personas internadas en la institución (Del Cerro et al., 2000, p. 32), contando con un trabajo en la institución de veinticinco años en el hospital. (CruSaMen Salta, 2013, p. 1)

En Salta, en concordancia con lo previsto por las legislaciones nacionales y provinciales (1999), en el año 2003 se resuelve el cambio de nombre de hospital psiquiátrico por la denominación del Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Ragone” de la Provincia de Salta, teniendo la misión generar acciones en la Promoción, Recuperación y Rehabilitación de la Salud Mental.

En diciembre de este año por Decreto N° 283/03 el Hospital “Dr. Miguel Ragone” modifica la estructura orgánica y funcional, pasando a construirse en “matricial de gestión dinámica, tendiente al logro de resultados, aumento de la calidad en las prestaciones y hacer eficiente la inversión en materia de Salud”. Esta medida no se reduce, desde entonces hospital de Salud Mental, sino que se inserta en el marco de la Descentralización de Salud Pública en el país. Cambio que consistió con el traspaso de las facultades y competencias a todas las provincias, minimizando el rol del Nivel Central. Se observa un triple fenómeno: transferencia de los últimos establecimientos hospitalarios, de la Nación a las provincias, casos de traspaso de las provincias a los municipios y el inicio de cierta descentralización microeconómica, promovida desde el Gobierno central hacia el nivel de los hospitales, bajo la figura de Hospitales Públicos de Autogestión. (Ibarra y Montaña, 2012, p. 6)

A partir del 1 de junio del 2003, durante la gestión del Dr. Quiroga, el Hospital se fue poniendo en relevancia un enfoque más abarcativo e integral de la salud mental, pasa a denominarse Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone. La elección de su denominación se realizó en homenaje a su primer director y luego gobernador provincial en 1973. (Lorenzini et al., 2014)

En el año 2006, el Lic. Hugo Ferrer, se convierte en el primer psicólogo en asumir el cargo de gerente general de la institución; luego de dos años de gestión asume este cargo otro psicólogo, a principio del año 2009 el Lic. Oscar Montiveros, con más de dos años de gestión hasta que asumiera nuevamente un médico, el Dr. José Quiroga, quien se desempeñó en esta función desde el año 2012 hasta el año 2017, y desde dicho año a la actualidad es designado en este cargo otro licenciado en Psicología, el Lic. Fernando Acuña.

El siguiente cuadro, fue tomado del trabajo de un equipo de alumnos de la residencia interdisciplinaria en Salud Mental, dicho cuadro fue actualizado y complementado con otros datos, ya que contenía información hasta el año 2015. Esta información presenta a los referentes que, a lo largo de la historia del hospital, ocuparon la posición de la gerencia general:

Años	Gerentes en la institución	Datos adjuntos
• 1949		Fundación del "Instituto Neuroquirúrgico de Salta"
• 1950 – 1955	Dr. Miguel Ragone	
• 1955 – 1962	Dr. Francisco Emanuelli	Interventor
• 1962 – 1965	Dr. Carlos Echeverria	Interventor
• 1965 – 1986	Dr. Guillermo Figueroa Outes	Modificación a "Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Christofredo Jakob" (1967)

- 1986 – 1987 Dr. Jorge Martin Spollansky
- 1987 – 1989 Dr. Carlos Cerdyro
- 1989 – 1991 Dr. Ángel V. Reales Moya
- 1991 – 1993 Dr. Adrián Álvarez Bueno
- 1993 – 1996 Dr. Edmundo Del Cerro
- 1996 – 1999 Dr. Oscar Larrinaga
- 1999 Dr. Ernesto Vasco
- 2000 – 2004 Dr. José Quiroga Modificación a
“Hospital de Salud
Mental Dr. Miguel
Ragone” (2003)
- 2004 – 2006 Dr. José María Moltrasio
- 2006 – 2009 Lic. Hugo Ferrer Primer Psicólogo en
ocupar la posición de
gerente general del
hospital
- 2009 – 2011 Lic. Oscar Montiveros
- 2012 – 2017 Dr. José Quiroga
- 2017 – a la fecha Lic. Fernando Acuña

La historia del hospital, referida en diversos textos y los complementarios recortes de frases recolectadas de distintas entrevistas, permiten perfilar la línea jerárquica de la institución a lo largo de los años. La llegada de profesionales psicólogos a la institución deviene luego de aproximadamente veinte años de su inauguración, al igual que la de profesionales como trabajadores sociales. De acuerdo a lo comentado por algunos profesionales a lo largo de las entrevistas, charlas informales y notas personales, la relación con los médicos, históricamente fue y en algunos casos, aún en la actualidad, se sostiene desde un lugar de hegemonía, situación que no solo tiene como referentes principales

a los médicos sino también a profesionales de otras áreas como sostenes de este modelo.

“Los enfermeros en vez de plantear lo que piensan de primera al grupo, le dicen primero al médico, sino cuando se dice algo esperan a que hable el médico para recién actuar.” (CN 02/07)

La anterior referencia tomada del cuaderno de notas, orientaría hacia la validación diagnóstica y actuación pertinente sobre la patología desde un criterio supuesto superlativo de la medicina. De igual manera esto se ve reflejado en la interpretación de algunos profesionales, al mencionar durante las entrevistas, la reducción de horas guardia a doce horas, y la contrapartida de veinticuatro horas que pueden llevar a cabo médicos, en tanto Psicología y áreas como Trabajo Social, cuentan con esta ocupación de manera diurna.

“... los profesionales con los que hablé dicen que durante la noche llegan más personas, y que la guardia psicológica es sólo hasta las 20:00.” (CN 29/06)

Luego de aproximadamente sesenta años de su inauguración, es designado el primer psicólogo como máxima autoridad del hospital, si bien esta posibilidad no había estado vedada, históricamente el cargo de la gerencia había sido asumido por psiquiatras u otros médicos; este cambio se dio previo a la implementación de la LSM 26.657/10, en cuanto a lo manifestado por los psicólogos en relación a los otros profesionales de la salud, surgió como un punto en común la tensión con los médicos:

“Bueno esta posibilidad también surge con el cambio de la ley, porque antes... jamás había un psicólogo como jefe de sala, ahora esta Mariti, otra en consultorios, mi caso... es como un espacio ganado ¿no? desde el área” (E2/A)

Este recorte de una entrevista, es otro de los ejemplos que se fueron dando a lo largo de los encuentros con los psicólogos/as, siendo quienes cubren distintos puestos en el organigrama de la institución, y también de profesionales que refieren a sus colegas en esta situación. Con relación a este punto en particular, es decir, la posibilidad de ocupar posiciones de distinta jerarquía en la institución, no se manifestó desacuerdo como si otros puntos de interés para la

investigación. Como contrapartida a esto, surge la diferenciación entre profesionales médicos de mayor antigüedad quienes bajo la perspectiva de los psicólogos/as en algunos casos se presentan reticentes a trabajar en un plano equitativo, o encontrándose subordinados en el organigrama institucional por otros profesionales de otras ramas, en referencia a esto si hubo alusión fuera del espacio de entrevistas, comentando situaciones detalladas. En referencia a este tema durante el encuentro enmarcado por entrevistas, surgen frases como la siguiente:

“A mí me avala la antigüedad, porque estoy hace más tiempo que los psiquiatras, pero me imagino que si sería una psicóloga que entró no sé, hace seis años me habrían matado”. (E8/A)

En esta frase, la antigüedad profesional, es planteada como primera referencia por sobre la idoneidad, siendo esto segundo lo que capacitaría a una profesional para el ejercicio de la posición en la fue designada; el nombramiento de la profesión de psicóloga y la contrapartida del aval de los médicos psiquiatras de este servicio, se ve atenuado por lo referido en torno a la antigüedad. Es decir, la validación para el ejercicio de esta posición por parte de la profesional oriundo de una rama distinta a la habitual de quienes suelen encontrarse en posiciones jerárquicas, se encontraría ligada, en el caso referido, a los años de servicio en la institución, por sobre la capacidad para aplicar a dicho puesto, así también quienes avalarían esto son médicos, trasluciendo que dicho aval se sostiene en torno al modelo hegemónico histórico, eludiendo lo planteado por el artículo 13 de la LSM 26.657. El ejemplo analizado, expresado con un uso metafórico sobre una situación diferente bajo otras condiciones; presenta situaciones que en algunos momentos del trabajo de campo se vieron con mayor claridad, tomando como principales protagonistas no solo a psicólogos sino también a enfermeros, trabajadores sociales y talleristas.

Sin embargo, refieren sobre profesionales más jóvenes y sobre todo a aquellos profesionales egresados de la residencia en Salud Mental, no se siendo tan habitual esta dificultad, refiriendo a la horizontalidad profesional inmanente a la formación conjunta entre las distintas profesiones dentro de esta residencia en particular.

“Se generó una ruptura, fue un avance el dar lugar a la Salud Mental, todos tenemos mayor incidencia, yo me formé en la Risam, por lo que ya tenía otra mirada. Si costo, y cuesta a veces, con profesionales más grandes sobre todo... con los que tienen mucho más de diez años aquí, pero se va modificando, entraron profesionales más jóvenes por lo que también cambia la forma de trabajo en las salas.” (E3/A)

Con aproximadamente setenta años a la fecha de investigación de este trabajo, la historia del hospital es influenciada por distintas fuentes, que fueron los que dinamizaron cambios y produjeron lecturas novedosas de sucesos intrainstitucionales normalizados en su momento.

Partiendo de la modificación en su campo de atención en los primeros años, a su orientación especializada por un área en particular, sustentada en los avances de esta propia área en relación a tratamientos, y atención de las patologías, es que se trabajó siempre desde el modelo médico como referente para el funcionamiento cotidiano del hospital. La llegada de profesionales de otras áreas, incluyendo a psicólogos, no modificó este paradigma, adhiriéndolos a lo determinado por la cultura institucional, y subrogando a las demás profesiones, a la asistencia en la labor médica. Esta interpretación atravesada por el llamado modelo médico hegemónico de Eduardo Menéndez, permite leer retrospectivamente la modalidad de funcionamiento de la institución hospitalaria, fundamentada en el conocimiento empírico propuesto por las ciencias naturales con sustrato biológico, en este caso, en donde la raíz de patologías y condiciones variadas, responden solo al fundamento biológico y de tratamiento posible, solo en este orden; como divergente a las propuestas de las ciencias sociales. Es, sin embargo, necesario tomarlo como un abordaje existente, y asociado a la porción histórica más extensa de la institución. Lo propuesto por Menéndez, presenta al modelo como el de mayor extensión, y vigente aún en algunos casos, sin embargo no como el único, evitando propiciar valoraciones negativas para este, sino presentándolo como la posibilidad de generar un recorte que permita realizar una lectura, y como contrapartida se presenta a cualquier perspectiva teórica que bregara por ocupar un lugar de exclusividad a la hora de dar respuestas, se conduciría hacia esta posición hegemónica, en tanto, la interacción de disciplinas es lo que conduce a complejizar las respuestas.

Desde inicios de la década de 1990, si bien existen, en menor cantidad de referencias previas a esta década, es a partir de la proclamación de diferentes acuerdos y convenios, proclamados por organismos de influencia mundial en torno a las políticas en salud y su evaluación internacional como derecho inherente al ser humano, y lo propio ligado a la salud mental es que se buscan respuestas con mayor alcance y profundidad, siendo las ópticas teóricas unitarias inacabadas para dar soluciones acordes a las problemáticas sociales en general. El viraje interpretativo de lo alusivo a la condición de Salud, se interpone a la valoración histórica en donde la patología es protagonista único. La sumatoria de reinterpretaciones, influyeron en años posteriores en diversos aspectos, partiendo de detalles de valor como fue la modificación de nóminas institucionales, siendo un ejemplo, la correspondiente a la del año 2003, en la Ciudad de Salta, el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone.

El encuentro entre dos modelos con fundamentaciones distintas, se produce dificultando la integración institucional. La composición de la multiplicidad de profesionales, y sus modos particulares de trabajo asociado al modelo médico algunos momentos genera dificultades por su falta de coincidencia con las perspectivas más recientes planteadas. En el caso puntual de la institución referida para esta investigación, se acoplan cambios como el cambio generacional de profesionales, algunos próximos a jubilarse, y la llegada de nuevos profesionales jóvenes, en la que unos y otros promulgan distintos modelos de trabajo. En el caso de profesionales no médicos de mayor antigüedad en la institución, se trasluce la incompatibilidad con prácticas asociadas a profesionales psicólogos más jóvenes. En el caso de profesionales jóvenes, algunos de ellos con formación de posgrado en el área de Salud Mental, asumen de forma manifiesta el trabajo interdisciplinario en un ámbito equitativo, siendo respaldado legalmente y legitimando acciones asociadas a la perspectiva de derechos humanos en la participación de usuarios y el trabajo conjunto.

Lo referido a cada modelo, tanto el médico hegemónico, ligado directamente a la historia institucional, y la renovación complejizada asociada a la Salud Mental, se instala como contraposición. Con un lineamiento fundamental sostenido en la equidad profesional y al respeto por los derechos de las personas como principales referencias, conviven cotidianamente y de acuerdo a lo

recabado durante la investigación, esta modificación se asume con mayor celeridad en los últimos años, siendo todos los actores de la institución y sus acciones los encargados, los que definirán el tiempo que llevará la modificación estructural de la cultura institucional.

De estado a procesos: Evolución del concepto de Salud Mental en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone

“Antes también se hablaba de la salud mental, pero centrada en la función médica, en la hegemonía médica como decimos.” (E1/A)

Esta investigación, tomó como referencia y trabajó entre sus dimensiones la significación suscitada por la LSM, en relación al concepto de mismo nombre que titula a esta. Conociendo, e incorporando a la revisión teórica la definición formulada por un organismo de relevancia mundial como lo es la OMS, quien refiere a la salud mental como un estado, es que se optó por el uso para este trabajo, el promulgado por la normativa legal nacional, considerándola por su construcción, de mayor complejidad y plausible de ser conocida por los participantes, dando así sustrato para que se la tomara dentro de los puntos de interés a profundizados.

La incorporación de esta dimensión al cuerpo de investigación con el abordaje de eventos, y situaciones que implican a los participantes en su contexto institucional, que reflejan lo expresado en el artículo 3 del Capítulo II de la LSM 26.657/10 (1) en el que se conceptualiza a la Salud Mental desde una ampliación focal, acentuándose en una mirada integral en relación a usos previos del término; sumado a esto la incorporación de medidas nacionales que impulsan esta lógica, y los lineamientos institucionales que los condicen. La conceptualización, se encuentra emparentada con otros puntos inscriptos a lo largo de la LSM que velan por la salud mental de los usuarios asistentes a los diferentes dispositivos ofrecidos, estos puntos de relación surgieron durante los encuentros y entrevistas con los distintos participantes a lo largo de la investigación.

Para su desarrollo toma recortes de lo expuesto por la LSM, como de textos asociados a esta, y documentaciones institucionales también emparentados a este concepto, sin embargo, el aporte a esta dimensión está dado por la referencia en las expresiones de los participantes en relación a la aplicación concreta de los lineamientos teóricos en su ámbito laboral.

El concepto fundamental aquí, como ya se dijo, tomado de la LSM, se encuentra expresado con claridad en su redacción y accesibilidad, para su

entendimiento, siendo de igual manera necesario conocer la interpretación para los participantes, y la perspectiva contextual en torno al mismo término previo a la llegada de la LSM. Para conocer lo sucedido sobre esta dimensión antes de la declaración de la LSM, es que se tomaron los dichos de los participantes, trasluciendo en el análisis los puntos disímiles que fueran significativos para ellos entre estos tiempos.

Lo expresado por los participantes con respecto a Salud Mental, previo a la LSM, se orienta por un criterio individualista sostenido en un modelo médico, con una interpretación fundada exclusivamente en la biología y orientada hacia la patología, en donde la unicidad de criterio diluía la posibilidad de generar estrategias interdisciplinarias. La referencia de los participantes prefigura lo que fue la alternancia entre las lógicas de esta dimensión, el entendiendo en primer momento a la determinación diagnóstica y su accionar futuro, como facultad exclusiva de la figura del médico psiquiatra, como lo citado en la frase que encabeza este apartado. Asociando la labor del cuerpo encabezado por lo médico, a la de la prescripción de medicamentos, y ubicando en un lugar orbital a las demás profesiones y usuarios en relación a este, dicha cuestión se explicita en profundidad en otros apartados, sin embargo, se encuentran vinculados directamente a este.

Los siguientes extractos son solo algunos, de los que se pueden recabar de las distintas entrevistas a los participantes, que dan cuenta de esta situación:

“...los psicólogos por tradición siempre estuvimos trabajando con la salud mental, inclusive si uno piensa en psiquiatría, la psiquiatría trabaja la patología en cambio el psicólogo trabaja Salud Mental...” (E1/B)

“Y bueno, si hay una dinámica que antes era mucho más hegemónica de trabajo, empiezan a integrarse algunos colegas más... un poco quizás tenga que ver con los chicos jóvenes ¿no? que llegan un poquito más empapados la lo de la Ley de Salud Mental...” (E2/A)

“...ahora se deben ver casos ya de años, en crónicos, es hacerlo día por día, menos medicalización, hoy por hoy discutimos mucho más en equipo si decidimos dar un alta, o como se va a trabajar con el paciente, y todos los

profesionales opinan desde su lugar, el ver cuánto tiempo o se intenta.” (E3/A)

“...corre el eje te diría hasta autoritario con el que ha venido funcionando el hospital, porque las decisiones y las responsabilidades siempre recaían en una sola persona en ese sentido, entonces uno dependía un poco del arbitrio de esa persona para tomar decisiones de cualquier índole sobre un paciente, medicación, permisos, si un pariente podía entrar a visitarlos o no, cuanto tiempo iba a estar internado, si pasaba a otro servicio, todo eso pasaba por una sola persona ¿no? la figura del médico, un poco fue el monopolio del saber y del poder acá, un poco pasó por la figura del médico.” (E6/B)

“Se modificaron las historias clínicas, todos registran, firman, ponen su referencia al caso, antes solo el psiquiatra era el que podía escribir en la historia clínica, eso cambio.” (E8/A)

Con respecto a la incorporación de estas medidas nacionales nombradas, puede citarse el Plan nacional de Salud Mental 2013/2018, que declara lo siguiente:

“Que, en consecuencia, dicho Plan Nacional debe disponer un proceso de transformación que implique el pasaje de lo patógeno a lo salutogénico, que incorpore a los servicios de salud y la comunidad toda a fines de la inclusión social.” (2)

Esta frase se funda en la extensión conceptual novedosa de Salud Mental, contemplando además de lo pertinente al cuadro del padecimiento mental, la incorporación de aspectos sanos que perfile integralmente la situación actual del usuario. Este viraje en la lectura del cuadro general, marca uno de los puntos fundamentales en lo que respecta a la conceptualización actual en Salud Mental, y posee a su vez la intencionalidad de promocionar abordajes novedosos y complejizados para trabajar con las diversas patologías, como es la conformación de grupos de trabajo entre usuarios y profesionales desarrollados más adelante, y también incorporando a otros profesionales, además de los adeptos al discurso médico psiquiátrico. En relación a los profesionales en cuanto a su formación para su accionar, el plan incorpora lineamientos que

integren los avances en las diversas áreas y sus discursos, refiriéndolo de la siguiente manera:

“Que el Plan Nacional de Salud Mental precisa instituir un nuevo paradigma en la formación profesional, que contemple en sus contenidos los principios, los objetivos y los lineamientos del mismo. Y a un tiempo nutrirse para su realización de las investigaciones más avanzadas del campo científico y del quehacer profesional de la salud mental.” (2)

En concordancia con las normativas nacionales, los documentos institucionales como las cartas de servicios del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, fue modificándose, promulgando en la correspondiente al año 2018, en su ítem sobre los fines como organismo, realizar la detección, prevención y tratamiento de enfermedades mentales (3), mientras que, si se toma la misma carta de servicios de años anteriores, se presenta en este mismo ítem la detección precoz de problemas en salud mental (4). La prevención y detección precoz, permitiría generar estrategias con anterioridad al tratamiento propiamente de la patología, es decir generar espacios de diferente orden de acuerdo al origen de la demanda, evitando referir solo a la manifestación explícita del padecimiento mental, que se orientaría de este modo por la lectura clásica del modelo médico en relación a esta área.

Las declaraciones de los participantes en relación a esta dimensión, se encausan en una misma orientación, refiriéndose desde distintos vértices. La LSM es tomada como agente regulador que propende a un aval, que habilita y exige este tipo de reformulaciones metodológicas dentro los tratamientos y abordajes:

“...se logró gracias a la llegada de la ley, de cambiar el pensamiento del manicomio, del enfermo mental que está encerrado y aislado, a tratar de re vincularlo con sus referentes, con la comunidad también, con los pacientes se empezó a salir mucho de paseo, a museos, a parques, a lugares como para re vincularlos, y de ver el tratamiento de otra manera, de ver esto de lograr que el paciente llegue a una mayor autonomía dentro de sus posibilidades y limitaciones, dentro de la comunidad donde está.” (E5/A)

En el caso de acciones dirigidas con los usuarios de la institución, surgió en un encuentro de entrevista, la conformación de distintos grupos, integrados voluntariamente en salas como la de mujeres, este espacio formado para la participación grupal de usuarias y coordinado por alumnos de la residencia de Salud Mental, dispuesto sin una orientación terapéutica clínica, sino impulsando pautas y acciones que facilitaran en el futuro la externación de quienes lo integraban. Continuando con la línea de trabajo de lo anteriormente referido, también fue creado el grupo mixto de murga “Valientes” en el que participan voluntariamente usuarios de todos los servicios, siendo coordinado por un musicoterapeuta y dos psicólogas.

“Los residentes armaron el grupo “compartiendo entre amigas” ... no es terapia grupal porque sería exponer la intimidad con otros y no es lo que se busca porque hay espacios para eso ya, por vía del mate y el ir respetando los turnos, hablando, se van trabajando pautas que más adelante ayudan a la hora de externar, el poder trabajar esas normas que a veces es más difícil con las pacientes.” (E3/A)

En base a la relación de los profesionales con esta dimensión y la vinculación que posee a su vez con otros artículos dentro de la ley, se mencionó la reformulación de las posibilidades de intervención y valoración diagnóstica:

“... a partir de la ley si se empezó a trabajar más esto... a involucrarnos un poco más con lo que es la relación del paciente con el medio donde está inserto digamos... que realmente acá nos desentendíamos en realidad de eso o lo dejábamos para el servicio social nada más, y hoy me parece que se trabaja más en equipo con esto, con buscar los referentes, entrevistarlos, cuál es su situación, brindarles un apoyo.” (E5/A)

“...también a sacarnos esta idea de que todo aquel que tenga síntomas psicóticos tiene que estar internado, simplemente saber que el tratamiento de emergencia, si lo requiere, es un par de días, si se agravó el cuadro, va a ir unos días a la sala de agudos y tiene que regresar a su hogar y a su medio lo antes posible, porque si no empezamos a ver la cronificación y el deterioro.” (E5/A)

Surge también de lo relatado por los participantes quienes conociendo y evocando al cuerpo de la ley, manifiestan el incumplimiento de aspectos referentes a esta dimensión:

“...desde la cuestión legal hay pacientes que están hace seis meses internados, cuando en realidad no hay ningún criterio hace tres meses o cuatro meses ¿no? En el caso del juzgado de garantía, ejecución y sentencia, ósea como dice la ley el equipo no puede decidir que el paciente esté en condiciones de estar internado, requiere de la autorización del juez, de otra manera se trabaja con las asesorías, con los juzgados de familia, no sé, en asesorías todos sabemos que tenemos plena posibilidad de decidir el momento en el que el paciente necesita externarse, ya comunicamos e informamos, también informamos las pautas que se dan, las referencias familiares o con quien está, y todo esto, si hicimos un tratamiento ambulatorio aquí o en otro lugar.” (E2/A).

La sumatoria tanto de lineamientos legales, como declaraciones inscriptas en el plan nacional y los fragmentos de las distintas entrevistas, confluyen en una misma dirección, y se relacionan entre sí, presentando el panorama situacional del contexto cotidiano de los participantes, diferenciándose a la condición histórica de esta dimensión, previo a la LSM. A la fecha de la investigación, y de acuerdo a estas fuentes citadas anteriormente, la Salud Mental se encuentra reconocida e impulsada por los actores institucionales, tanto para los psicólogos quienes son los participantes de la investigación, y a su vez refieren a otros profesionales manifestándose como un avance en este punto.

La clarificación de los ítems que conforman la integralidad diagnóstica a trabajar por los equipos, y la equidad entre profesiones surge como valor de interés y núcleo de las respuestas; como contrapartida a la labor institucional en concordancia con lo legal, se refiere a dificultades que surgen en algunos casos, ejemplándolo vía las decisiones tomadas por los equipos interdisciplinarios, y frenadas por agentes de otros organismos estatales del orden judicial.

La incorporación de los distintos actores tanto en la fase diagnóstica como en la elaboración de estrategias de tratamiento en algunos casos innovadoras, o alternativas complementarias, en las que no resulta excluyente el uso de

medicación ni establecida como única alternativa, se encuentran respaldadas en la LSM. La normativa nacional citada, presenta en sus artículos, lineamientos para el trabajo en Salud Mental, algunos a modo de indicación y otros de carácter determinativo para la labor entre profesionales, que tendrá incidencia en el abordaje con los usuarios.

Tanto en la indicación como en la explicitación en lo legal, los participantes relatan aunadamente, una modificación entre lo previo a la llegada a la LSM, y lo posterior a esta, manifestándose en sus inicios mayor reticencia que a la fecha de trabajo, a un cambio en la perspectiva desde el modelo hegemónico de mayor historicidad, que la orientada hacia la concepción promulgada por la ley. La merma en el rechazo por esta lectura histórica, y el incremento en el dinamismo y aceptación por esta modalidad laboral, que incorpora equitativamente a los profesionales y sus profesiones al trabajo conjunto, se ve influenciado por la llegada de profesionales jóvenes, ligados a una perspectiva en Salud Mental, e influyen a su vez con esta modalidad de trabajo a los grupos en los que se desenvuelven cotidianamente. Por lo que el transcurso entre la declaración de la LSM, las indicaciones institucionales y el trabajo conjunto entre profesionales, se fue modificando hasta el momento de la investigación, generando proximidad desde sus abordajes con lo definido como salud mental, por la ley, tratándose de una concepción de proceso continuo en su composición integral, por sobre el de un recorte estanco limitado a la ausencia de patología.

La merma referida, fue modificándose con el tiempo, aunque en algunos casos, se precipitan acciones que son vistos por los participantes como alusivos al modelo médico, también refiriéndolos a este desde lo extra institucional, a la hora de responder a pedidos de otros organismos principalmente judiciales y de salud. Siendo también estos mismos participantes quienes declaran la modificación sucesiva cada vez más frecuente, de forma positiva en relación a esto.

Salud Mental

Interdisciplina

“... 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.” (1)

El abordaje de este concepto fue fundamental en el trabajo de investigación, en tanto toma un punto de particular interés para los profesionales, expuesto en la LSM 26.657/10 (Cap. V), y se relaciona con el otro punto fundante en este trabajo, interrogar por el rol de los/as psicólogos/as del hospital luego de la incorporación de esta normativa nacional. Las construcciones conceptuales individuales que fueron manifestando los participantes durante las entrevistas, la cotidianeidad fuera de este marco recabadas en notas del autor, la incorporación de material bibliográfico, como así también la incorporación de datos históricos contextuales, fueron el sustrato para el desarrollo en la investigación de esta dimensión. Durante las entrevistas este tópico se cuestionó tanto por el concepto, como la operatividad profesional en relación a esto, cuestiones ligadas directamente al trabajo cotidiano en las distintas salas y servicios. Las respuestas sobre la interrogante por este concepto, se orientarían hacía una común valoración positiva, como posibilidad de intervención unívoca configurada por el diálogo entre profesiones de manera compleja, adjuntando a esta característica diversos puntos favorables. Ante la consulta por la aplicación concreta de dicho concepto, las respuestas que se presentaron en su mayoría, refirieron a una experiencia positiva, nombrándose algunas vicisitudes radicadas en, la antigüedad profesional por parte de algunos en la institución y su modalidad histórica de trabajo, la carencia de tiempo para la discusión de los casos y el volumen de usuarios a los que deben responder, la formación de posgrado como la residencia interdisciplinaria o la ausencia de esta, y lo volitivo

como aspecto fundamental que propenderían acciones de este tipo. Solo uno de los participantes manifestó considerar la interdisciplina como un acto contraproducente, apelando a la práctica concreta en guardias, exigiría la presencia de todo el equipo interdisciplinario, interpretando esto bajo su óptica como una situación desfavorable para una intervención. En el siguiente párrafo se ejemplifica lo anteriormente descrito, tomando las referencias de dos participantes en durante sus entrevistas cuando se abordó esta temática:

“... la interdisciplina... corre el eje te diría hasta autoritario con el que ha venido funcionando el hospital, porque las decisiones y las responsabilidades siempre recaían en una sola persona en ese sentido, entonces uno dependía un poco del arbitrio de esa persona para tomar decisiones de cualquier índole sobre un paciente, medicación, permisos, si un pariente podía entrar a visitarlos o no, cuanto tiempo iba a estar internado, si pasaba a otro servicio, todo eso pasaba por una sola persona ¿no? la figura del médico, un poco fue el monopolio del saber y del poder acá, un poco pasó por la figura del médico. A mí me parece que en ese sentido ayuda la interdisciplina porque en la nueva configuración... todos tienen la facultad de tomar decisiones, y de hecho todos deben tomar decisiones conjuntas, pero supongamos que hay una emergencia, no puede estar el equipo, el asistente social, el enfermero, el psicólogo, cualquiera puede decidir en ese momento cosa que no ocurría con el esquema anterior, yo creo que en ese sentido es muy positivo, es muy positivo...” (E6/B)

“hay como distintas formas de entender la interdisciplina como método de trabajo, como condiciones de posibilidad, pero bueno me parece que en principio es como que una cuestión hasta actitudinal de trabajo, enfoque, que permite... abrir posibilidades de trabajo que no sean individualistas, que no sean... desde una perspectiva única, y que también son acordes a las respuestas actuales de lo que se presenta en el campo de la Salud Mental. Entonces me parece que es como una respuesta de trabajo, también de metodologías de trabajo, que permiten digamos, ampliar las perspectivas unilaterales, las cuestiones... reduccionistas también, me parecen que también son, digamos, perspectivas donde justamente se

considera el punto de partida, que es un campo complejo y que no responde solamente a un tipo de disciplina, por otro lado me parece que es un campo que... o una estrategia, metodología de trabajo que si o si implica tensiones porque me parece que justamente se ponen en juego diálogos, y debates también, que implica el encuentro y el desencuentro entre paradigmas y epistemologías diferentes entonces, me parece también que eso es lo que permite que algo no se resuelva de una sola manera, me parece que son como hasta pensamientos creativos los que se intentan generar a través de esta estrategia, de metodología de trabajo..." (E4/B)

Los siguientes recortes presentan las dos perspectivas de estos participantes en lo que respecta a la aplicación en espacios de trabajo cotidiano, de este concepto de interés, es decir el ejercicio de la interdisciplina por los profesionales, y su orientación hacia los usuarios:

"...la ley plantea un abordaje interdisciplinario, cosa que a mí me parece una aberración en la guardia porque se somete al paciente a una especie de tribunal kafkiano te diría, es completamente contraproducente para cualquier situación subjetiva de emergencia digamos, pero eso depende de cómo se organicen las guardias porque son todos distintos digamos, yo lo veo al paciente solo, porque digamos, por ejemplo, la ley no contempla las cuestiones transferenciales en ese sentido digamos, son catastróficas, no pueden ir tres o cuatro personas a hacerle preguntas dispares a un sujeto que está en estado de colapso interior digamos, no tiene mucho sentido, y la ley lo plantea así, dice que el abordaje tiene que ser interdisciplinario." (E6/A)

"No, yo creo que no es una cuestión de juntar personas, me parece que... en una entrevista pueden haber varios y no ser un enfoque interdisciplinario o no producirse la interdisciplinariedad, me parece que desde el vamos no siempre se produce, porque eso hay que saberlo, que hayan muchas disciplinas puede ser un esquema perfectamente multidisciplinario; y me parece que puede haber una sola persona, y aun así haber interdisciplina si en su intervención, o en su manera de trabajar está incluyendo la posibilidad de trabajar con otros, es lo que me parece

más importante, puede haber una sola persona entrevistando, pero después saber cómo incluir a las otras disciplinas, y después hacer una reunión donde se pueda debatir sobre un aspecto en particular, entonces me parece que el punto, por eso te decía que también parte mucho de lo actitudinal y a partir de ahí, de generar acciones, pero creo que no hay un solo modelo de trabajo, y que se va a armar bueno, en la práctica.” (E4/B)

En relación a la conceptualización individual que se sugeriría, ambos participantes lo manifiestan como favorable. El análisis de lo segundo es lo que produciría disonancia entre lo dicho por ambos referentes, al tomar como referencia lo propuesto en definición de conceptos de esta investigación, el primer ejemplo es el que genera esta disonancia en tanto se plantea la acción, como un conjunto de profesionales evaluadores que de forma unísona se cita en torno a una persona. Por otra parte, la referencia del segundo participante, donde la presencia de solo uno de los profesionales podría suscitar ya una accionar interdisciplinario. Es decir, la presencia de todo un grupo de personas, como la sola asistencia de una, no garantizan interdisciplinariedad, sin embargo en el ejemplo planteado por el primer participante, la presencia sine qua non de todo el equipo se orientaría hacia un posicionamiento multidisciplinar, en el que cada profesional interrogaría limitando sus acciones solo a lo pertinente en su campo de especialidad; lo propuesto por el segundo participante en torno a la posibilidad de catalizar acciones interdisciplinarias por vía de una persona, como alguien que puede retransmitir e incorporar los otros discursos, permite vislumbrar la posibilidad de apertura al diálogo entre los discursos, emparentándose en mayor medida con la definición del concepto para esta dimensión. Esta diferenciación deviene de la contraposición por la operatividad del concepto.

Los ejemplos permiten realizar diferentes lecturas, en las que autores como Stolkiner dirá que se presentan como “amantes de la pureza doctrinaria” (2), en referencia a la concreción formal de equipos, pero por comodidad o no, adoptan de igual manera una modalidad multidisciplinaria, en la que cada profesional trabaja desde su área específica imposibilitados a elaborar estrategias complejas. Por otra parte, Silvina Bru, dice lo siguiente en torno a esta dificultad:

“En la mayoría de los casos, no está ligada a una inoperancia o ética profesional, sino a dos cuestiones claves: a un desconocimiento del cómo proceder en lo que constituye la interdisciplina. Por más de un siglo el tratamiento de la salud mental giro en torno a la psiquiatría, y las diversas profesiones demandadas en este campo trabajaban acompañando la mirada biomédica. Por ende, muchos de los profesionales que ejercen su trabajo hoy, aprendieron a hacerlo desde esta perspectiva. En este sentido, se hace necesaria reinventarse, renovarse en un contexto que sugiere otro modo de abordaje. Podríamos comenzar reflexionando que otras formas de abordar la salud mental tenemos, en este caso la interdisciplina, y repensar como esta debería configurarse. Aun sabiendo que no es posible demandar un cambio inmediato, pero si ser parte de su construcción.” (3)

Esta lectura es plausible en tanto participantes comentan lo siguiente:

“...este movimiento, por lo menos en el hospital viene muy, muy lento y constante, pero desde el ochenta y seis, si bien en algunos momentos el psiquiatra se separa y dice *no, yo soy psiquiatra, no tengo que hablar con nadie*, pero de alguna manera se da digamos.” (E1A)

Para la comprensión de estas declaraciones es necesario profundizar en los espacios comunes en el que los profesionales de la institución pueden generar vía la interacción espacios para la aplicación conceptual.

El lugar de observador participante en las diferentes revistas de sala institucionales, en el que los profesionales dialogan y se construyen intervenciones, involucran a enfermería, trabajo social, la incorporación de talleristas en algunos casos, se realiza una vez por semana (ejemplo: CN 18/09), cada profesional tiene su espacio para exponer lo que se fue trabajando y donde consideraría reformular estrategias de abordaje. Este espacio entre profesionales, es establecido con anterioridad, con la expectativa de contar con la mayor cantidad de asistentes posibles, se encuentra coordinado por el jefe de sala y el listado de pacientes es enunciado por otro profesional, permitiendo la intercalar entre cada usuario las intervenciones, o sucesos excepcionales en los que se incurrieron. Dependiendo de las salas y la cantidad de usuarios, se parte

de una base de por lo menos dos horas de trabajo, dicha situación se condice con lo expuesto en torno a la interdisciplina por una participante durante una entrevista:

“Actualmente pienso que la tendencia es esa, pero no sé si se logra porque ¿sabes cuál es el punto para mí?, que hay que tener tiempo para hablar, el espacio para hablar es fundamental, y a veces en las instituciones hay pocos profesionales y poco tiempo, hay que hacer consultorio, no coinciden los horarios, entonces el equipo no habla y si no habla para mí fracasa, el equipo.” (E1/B)

Esta declaración se ve reflejada, en la celeridad para la exposición de los datos de interés de situación del usuario tratado, el abandono previo a la conclusión del espacio donde se desarrolla la revista de sala por superposición horaria con actividades como consultorio o trabajo en sala tanto para médicos, como psicólogos, enfermeros y asistentes sociales. Existen también espacios que surgen donde surge el dialogo interdisciplinario espontáneamente, con profesionales tanto de las propias salas como de otras, el principal recinto donde surge estas interacciones es conocido por el personal como “el cuchitril”, una sala de descanso a la que suelen asistir principalmente psicólogos y médicos del hospital, en el que cuentan con elementos para desayunar como mate, café y té, y en el que muchos dejan objetos personales. Durante la asistencia del investigador a la institución este espacio se convirtió en un lugar propicio para concretar entrevistas y dialogar en otras situaciones con los diferentes profesionales del hospital. Este ambiente se configura como un lugar de descanso, en donde no se presenta como la revista de sala, y sin embargo, algunos profesionales exponen y consultan entre colegas por acciones plausibles a desarrollar con los usuarios.

Ante el surgimiento de eventos que implican urgencia como descompensación en el tratamiento por parte de los usuarios, o patologías pertinentes a otras áreas con las que el hospital no trabaja, se deben reformular estrategias fuera de estos espacios comunes con todos los equipos de la sala, implicando trabajos de mayor celeridad por parte del equipo de abordaje o la toma de decisiones, según sea el caso por parte de uno de los integrantes. La inclusión de aspectos de este tipo, se encuentra en las historias clínicas (además

de las evoluciones propias al tratamiento), que cuentan con espacios comunes para la redacción de los distintos profesionales, como así también la capitulación específica por profesión, y coordinación interinstitucional en relación a pedidos de interconsulta.

“...a veces se logra un trabajo interdisciplinario, y a veces simplemente coexisten profesiones que hacen algo, que es la multidisciplina; en general la apuesta es a que haya alguna articulación, y que digamos que... no solo tiene que ver con la articulación con otros profesionales, sino que obviamente el caso no se agota en una disciplina, entonces ahí entra en juego bueno, “hasta aquí puedo llegar yo...” y darle un poco la posta a otro para que... empiece a aportar desde otros lugares ¿no? otro saber, otra herramienta, tanto desde lo metodológico como desde lo académico, como desde lo personal...” (E4/A)

Los psicólogos de la institución declaran en relación a esta metodología de trabajo como factible, y que en la actualidad se sostiene con mayor frecuencia, en el caso de profesionales egresados de la residencia de Salud Mental, expresan estar más acostumbrados a esta modalidad de trabajo que la planta médica en tanto la formación de posgrado de residencia implica la labor mancomunada de forma constante con profesionales de otras áreas de la salud. De igual manera algunos expresan un cambio en la modalidad de trabajo, orientado hacia lo interdisciplinario inmanente al cambio generacional de profesionales en general en la institución, y la aparición de la LSM 26.657 como instrumento legal que legitima estas prácticas.

“Se generó una ruptura, fue un avance el dar lugar a la Salud Mental, todos tenemos mayor incidencia, yo me formé en la Risam, por lo que ya tenía otra mirada. Si costo, y cuesta a veces, con profesionales más grandes sobre todo... con los que tienen mucho más de diez años aquí, pero se va modificando, entraron profesionales más jóvenes por lo que también cambia la forma de trabajo en las salas.” (E3/A)

“Y bueno, si hay una dinámica que antes era mucho más hegemónica de trabajo, empiezan a integrarse algunos colegas más... un poco quizás tenga que ver con los chicos jóvenes ¿no? que llegan un poquito más

empapados la lo de la Ley de Salud Mental, y quizás una dinámica de trabajo más en equipo.” (E2/A)

De acuerdo a las salas y la disposición entre profesionales, se generan intervenciones que propenden a la interdisciplinariedad, en algunos casos, como lo descrito en espacios informales como el de la sala de descanso se genera espontáneamente. En cuanto a la temporalidad inicial de esta metodología varía entre los participantes y sus experiencias, sin embargo, se manifiestan como acciones que suceden cada vez con mayor frecuencia y aceptación general, en coherencia con la declaración y lo explicitado por la LSM 26.657/10.

“La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente.” (2)

Intersectorialidad

En la conformación de dimensiones para el trabajo de investigación, el concepto desarrollado, emergió por tratarse de una institución que cuenta con atención monovalente a la fecha, especializada en la atención de problemáticas del campo de la Salud Mental. La necesidad de incorporar metodologías de trabajo orientadas, tanto a descentralización de los abordajes de los usuarios, como la implementación de estrategias novedosas en los tratamientos integrales, se fundan en parte a lo propuesto por la LSM. La condición institucional de especialización en cuanto a las problemáticas que trata, propicia el contacto con otras instituciones que presten los servicios con los que el hospital Dr. Miguel Ragone no cuenta.

Para abordar esta dimensión en la diversificación de sus aristas, se recurrió a la interrogación por la temática, durante las entrevistas con los participantes, la consulta de documentos y datos que maneja la institución, y anotaciones del investigador, encontrándose relacionados entre sí por tratarse de un mismo contexto, y de participantes inmersos en el mismo. Artículos como el siguiente, impulsan en su especificidad a un trabajo que convoque además de a las instituciones hospitalarias, la labor con otro tipo de organismos:

LSM cap. V art. 9º.- El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

LSM cap. V art. 11: La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. 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, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

Los enunciados de parte de los participantes difieren de acuerdo a las distintas salas y servicios, y en relación a las otras instituciones, sin embargo, en cuanto al contenido de estos dichos, la dirección que asumen, se orienta mayormente hacía una dirección similar. Con respecto a quién realiza el contacto variará de acuerdo a los requerimientos y necesidades particulares de los usuarios, tanto lo que se solicita, como referencias - contrarreferencia, y también a la ausencia de esta en algunos casos. Las principales instituciones nombradas con las que se tiene mayor frecuencia en el contacto, son otros hospitales de la capital salteña, que prestan diferentes tipos de servicios con los que la institución de referencia no cuenta; estas instituciones son las siguientes: Hospital San Bernardo, Hospital Señor del Milagro y Hospital Dr. Arturo Oñativia. En el trabajo con organismos que propicien la externación de usuarios, es nombrado el trabajo conjunto con centros de salud, comisarias, municipalidad mayormente con personas oriundas de distintos municipios de la provincia, por otra parte, el trabajo con entidades como el INTA, o Marqay como centros en los que los usuarios participan en diversas actividades.

“Nosotros el equipo, o la trabajadora social nos comunicamos con colegas de los otros hospitales, por lo general la trabajadora social llama ¿no?, porque ya ubica a los servicios sociales de los otros hospitales, las instituciones, pero desde el equipo, nosotros desde acá.” (E2/A)

“Y a veces cuando no hay familia puede estar alguna instancia de la comunidad interviniendo con mucha suerte, a veces como en este momento las derivaciones de otras instituciones se hacen con mecanismos de referencia y contrarreferencia que se está implementando... con una hoja de derivación o de referencia, cuando viene de otro hospital que da cuenta de los motivos o la solicitud por la cual quieren que sea evaluado. Las derivaciones siempre tienen que ser como pedido de evaluación, porque el equipo que va a estar acá va a decidir si el paciente tiene que quedarse o no, y si es que hay cama y todas las demás condicionantes ¿no?, agotar las

posibilidades de manejo ambulatorio, y evaluar obviamente riesgos para el paciente o para terceros.” (E2/A).

“Sí se trabaja en principio con otras instituciones, interhospitalariamente con centros de salud en principio, y... también con hospitales del interior ¿no?, de esta manera articulamos... cotidianamente... bueno ahora yo ya no estoy de guardia en agudos, pero, se articula bueno previo trabajo, planteado en el equipo... se tejen los trabajos posibles con el hospital de referencia o la municipalidad...” (E2/A)

“...se trabaja con todas las instituciones, tanto a nivel capital como en el interior, entonces es muy amplio el aspecto de sectores digamos, porque dentro de lo que es la misma área de salud se trabaja con todas las otras instituciones y todos los grados de complejidad, porque claro, se reciben derivaciones y se normatizo un poco el sistema de referencia y contrarreferencia, entonces bueno se reciben derivaciones de todas las instituciones ... en los hospitales del interior se está tratando de coordinar muchísimo con todos los dispositivos que existen, tratar de favorecer que el paciente no se re interne, para eso hay que armar una red...” (E4/B)

“Con centro Marqay compartimos algunos talleres, nuestros y de ellos... se trabaja con los servicios del Hospital del Milagro con algunos pacientes... se trabaja con los centros de salud también, porque los pacientes tienen que aprender a manejar y a resolver cuestiones de salud... Se ha trabajado con áreas de la municipalidad por talleres, se ha trabajado bajo esta modalidad también terapia ocupacional quizás habría que, a mí modo de ver, de fortalecer más un trabajo en red ¿sí? ... Con otras instituciones, de otras áreas, con otros referentes también de la comunidad de cada paciente, que se yo, comisarias, como en el caso de pacientes que viven en el interior y por ahí hay que comunicarse ... y tener un control, que su comunidad también lo acompañe.” (E5/A)

“Algunas referencias y derivaciones... todas medicas tienen sello de otros médicos de otros hospitales, por ejemplo, gastroenterología, cirugía,

traumatología, endocrinología, nutricionista (menos que los otros).” (CN 06/07)

A lo largo del trabajo de observación periódica del contexto del Hospital Dr. Miguel Ragone, y lo referido por los participantes, la presencia de personas escoltadas por algún agente de seguridad pública, tanto en los espacios de consultorios externos como en las salas, suscitó a cuestionar por esta particularidad por el trabajo intersectorial con el área judicial.

“...nuestro trabajo ahí interinstitucional, lo tenemos con las instancias del poder judicial ¿no?, muchísima gente del patronato, que se yo se hacen acá juntas...” (E2/A)

“...acá está el servicio de medicina legal, que diariamente está realizando las juntas en equipo, psiquiatras, psicólogos... a pacientes que derivan de gendarmería, porque tienen alguna causa del juzgado federal... se hacen algún otro tipo de pericias con gente que viene del servicio médico del poder judicial ¿no?” (E2/A)

“Mucha gente, sigue siendo frecuente la internación como respuesta de la justicia, es violatorio de los derechos de los pacientes. En la guardia se ve más, de quejarnos porque dormían con grilletes, como trasladando el sistema carcelario al hospital.” (E3/B)

“...es muy frecuente que algunos casos ingresen por ahí a la internación por... digamos oficiada a través del poder judicial, con alguna causa ya legal, hay otros casos donde no...” (E4/B)

“Sí, bastante, el hospital es un hospital de referencia en la provincia entonces llega gente del servicio penal, también mandan desde el poder judicial, por causas federales también viene gente...” (E8/B)

En relación al trabajo con otras instituciones, las demandas varían de acuerdo a la índole particular del requerimiento para el que fue contactada, tomando casos que van desde cirugías, a pacientes con problemáticas de consumo y padecimiento mental; el trabajo es mancomunado en proyectos que favorezcan la desinstitucionalización y externación de los usuarios.

“Lo que se hace sobre todo la desintoxicación, tratar de articular con otras instituciones como la Secretaria de Salud Mental, como el hospital Milagro viejo, donde hay un equipo de desintoxicación, está la sala de desintoxicación, para que pueda entrar en algún dispositivo ¿no? pero bueno, en este momento es complicadísimo el ingresar.” (E2/A)

“Sí, sí, trabajamos en red. Si nosotros necesitamos hacer una derivación, por ejemplo, al Hospital San Bernardo, o al Hospital del Milagro, por el tema de las adicciones, por el tema de la parte clínica, porque nosotros acá la verdad que tenemos muy limitado el tema de la atención clínica... Y en cuanto a los talleres, también trabajamos con otros sectores por ejemplo el centro de día, nosotros trabajamos... pedimos asesoramiento a la municipalidad o al INTA para trabajar con el tema de la huerta, del vivero, ellos nos proveen incluso de semillas de almácigos... Generalmente no cuando el paciente esta externado. Cuando el paciente está internado acá en la guardia si se dificulta un poquito, porque es difícil que los otros hospitales quieran recibir un paciente psiquiátrico, ellos preguntan o se cercioran de que realmente el paciente esté compensado o a veces nos pasó en oportunidades que querían que vaya con el enfermero para que esté ahí atendiendo al paciente.” (E7/B)

“Con el Hospital San Bernardo, con Cultura, con Municipalidad que dicta algunos talleres para que las pacientes puedan ir, con centros de salud ya cuando se externan, centros integradores comunitarios de la municipalidad o CIC, con la Iglesia.” (E8/A)

“Sí hospitales, poder judicial, educación, municipalidad, iglesias, etcétera... En general no, aunque a veces sí con cosas como que, el poder judicial tiene por ejemplo sus cuestiones burocráticas y tardan en devolver algún papel que se mandó desde aquí, quizás ellos dicen lo mismo de nosotros ¿no? ... en el San Bernardo, y te piden además del resumen de historia clínica, un certificado que dice “apto” firmado por el psicólogo y el psiquiatra, cosa que les encanta a los médicos, y es como “express”, la internaron a la mañana y a las veinticuatro horas estaba con el alta acá, quizás tienen miedo que se descompensen ahí, si es cierto que los enfermeros, médicos, y el personal está acostumbrado al trabajo con este tipo de pacientes y necesitas cierta cancha, pero también es la falta de conocimiento creo...” (E8/B)

En base a estos contactos, y las experiencias relatadas por los participantes, es que decantan las diferentes dificultades a la hora de trabajar intersectorialmente, principalmente con otras instituciones hospitalarias, como también la ausencia de instituciones y capacitación capaz de trabajar con los usuarios en Salud Mental. Estas problemáticas, tomadas de los recortes de entrevistas con psicólogos y psicólogas del hospital, están orientadas sobre distintas temáticas, como son la falta de instituciones que puedan alojar cierto tipo de demandas, la ausencia de camas para usuarios con padecimiento mental en otras instituciones hospitalarias, la inexperiencia y el prejuicio de profesionales en el trabajo de esta población de usuarios, la falta de capacitación profesional para responder a este tipo de demandas en los diversos dispositivos, y en algunos casos declaraciones que referirían a faltas o incumplimiento de algunos artículos de la LSM.

“Hay instituciones para rehabilitación que no reciben patologías duales podríamos decir ¿no?... no hay sitio, que quiera hacer un tratamiento de recuperación pero que no tenga trastorno psiquiátrico, entonces esta carencia de recursos, de dispositivos, son como limitaciones.” (E2/A)

“...con otras cosas no, por ejemplo, no hay camas para patologías mentales en los otros hospitales ...estas patologías casi siempre derivan acá... u otras opciones no solo consultorio externo; otra cosa es que no hay psiquiatría en primer nivel, se centraliza todo, en vez de poder trabajar con la persona en su comunidad...” (E3/A)

“sí... desde el desconocimiento de cómo se trabaja con... qué sería lo más acorde para un paciente, hasta por ahí algunas acciones por omisión digamos que no se realizan, que ya implican otro tipo de situaciones donde hay también una desidia digamos... Y si también hay otros lugares donde, se desconoce, nosotros acá también desconocemos ciertos lugares, porque en el interior es bastante difícil recabar información... Más los prejuicios, me parece que también eso lo tratamos de trabajar siempre, de los profesionales de la salud en general, con respecto a pacientes psiquiátricos, muchas veces se considera como que porque tenga patología psiquiátrica por ahí se desmerece todas las otras atenciones que... de salud integral por ahí que requiere, bueno también hay mucho prejuicio... sumado al cuadro de

comorbilidad, muchas veces tenemos pacientes con cuadros de comorbilidad entonces en determinadas instituciones nos rechazan porque digamos, tienen que tener una sola patología.” (E4/B)

“Hay mucha desconsideración, y también hay por ahí una falta de compromiso no solo de los profesionales de las otras áreas de la Salud, sino de las autoridades de la Salud... en implementar esta ley, respetarla y brindar los recursos necesarios, para que pueda llevarse a cabo efectivamente.” (E5/A)

“Nosotros acá, en este hospital, asistimos a una población que tiene características muy particulares, únicas, si vos trabajas en otros hospitales como no hay sectores como debiera, de salud mental específicos con internación, desconocen el manejo de muchas patologías en salud mental, y ni que hablar de lo que es primer nivel, digamos.” (E5/A)

“...la mecánica es de derivaciones entre los hospitales, el Hospital San Bernardo, deriva el Hospital Ragone deriva para allá, el Milagro deriva para acá, de acá se deriva para allá, pero un trabajo interinstitucional digamos no, que yo recuerde no, no hubo digamos.” (E6/A)

“...no hay un trabajo conjunto, no hay un trabajo conjunto, lo que hay es un sistema de derivaciones interhospitalarias que funciona muy mal, y genera muchos inconvenientes hacia muchos lugares.” (E6/B)

El trabajo con otros sectores que conformarían un abordaje integral, es decir, una ampliación del espectro que no solo se encontraría limitado a la atención hospitalaria, sin embargo, el trabajo con otros hospitales es fundamental por tratarse de un hospital con atención monovalente, en algunos casos dichos hospitales cuentan con servicios de mayor especificidad y pudiendo intervenir en lo solicitado por el hospital Dr. Miguel Ragone. Durante el trabajo en el contexto, fue mencionado en charlas informales, por participantes y otros profesionales, la intención de crear una ficha común a todos los hospitales de la provincia y centros de atención de primer nivel, que funcione como ficha de referencia y contrarreferencia, intentando así complementar el sistema de Salta Salud en la solicitud por intervenciones puntuales.

Intentar propiciar con mayor frecuencia, la incorporación del área comunitaria, como también de otros organismos como municipio o fundaciones específicos, centros integradores comunitarios, se emparenta con la propuesta de externación y trabajo descentralizado en el tratamiento de los usuarios, las estrategias varían de acuerdo a los requerimientos particulares, y es a partir de esto que se configura la demanda interinstitucional. El acoplamiento de diversas instituciones, y la accesibilidad de las personas a distintas instituciones que velen por la concreción del derecho a la salud, lindan con lo propuesto por Alicia Stolkiner, reflejado en el espíritu de la LSM:

“... el éxito del campo de la salud mental sería su desaparición como campo específico, para fundirse en prácticas y sistemas integrales que contemplen simultáneamente las dimensiones biológicas, subjetivas y colectivas de los procesos de salud – enfermedad – cuidado.” (1)

Participación

Desde la óptica de derechos humanos que atraviesa a la normativa fundamental de esta investigación, se contempla en sus diversos capítulos y artículos la inclusión de lo que de acuerdo a las definiciones conceptuales sería participación, específicamente participación de los usuarios en los diferentes tratamientos. Como parte de los equipos interdisciplinarios, y con actividades específicas a la profesión de psicólogo, la tarea de los participantes en torno a esto y como se lleva a cabo, vía los testimonios, revelan las diversas modalidades de acción tanto con usuarios como con sus familiares o quienes pudieran acompañar a este.

La redacción de puntualizaciones que eviten interpretaciones ambiguas en torno a esta temática, se encuentra en los siguientes artículos:

LSM cap. IV art 7: El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia.

d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.

j) 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.

k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.

l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.

LSM cap. V art 10: Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

LSM cap. VII art. 16: Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

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. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

LSM cap. VII art. 17: En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el Órgano de Revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

Durante la incorporación de información vía entrevistas, y observación surgieron respuestas que permiten dar cuenta de cómo es la metodología de trabajo, en torno a la puesta en práctica de estos puntos de la LSM citados con anteriormente en relación a la profesión de los participantes, en sus diferentes

áreas dentro del hospital tanto en el trabajo concreto con el usuario, como con los familiares o allegados.

A través de lo relatado por los participantes, surge por el uso de sinónimos, la comprensión de lo propuesto en la LSM en torno a la dimensión de la participación, incorporando así en su praxis estas condiciones, principalmente lo referente al uso y aplicación de consentimiento informado con usuarios.

“...me parece que la condición necesaria para un tratamiento es el consentimiento y la participación del paciente o del usuario, el querer.” (E1/B)

“... yo te hablaba en un momento del cambio ¿no?, esta cuestión del trabajo en equipo, del equipo interdisciplinario, una dinámica de trabajo más en equipo y no tan hegemónica podríamos decir ¿no? médica... ha empezado por poder dar la posibilidad de participar, e incluir más a la familia y a la subjetividad, a los pacientes ¿no? Brindar otro espacio de escucha, y pudiendo trabajar con eso ¿sí?” (E2/B)

“...lo primero que hace a la participación es el consentimiento, que constata al paciente sobre el tratamiento que se le va a impartir, en guardia es así, acá no.” (E3/B)

“...Sí, por ahí es una cuestión que yo más tomo en los tratamientos con los pacientes, además por una cuestión de que la ley exige de alguna manera, parece que genera como una... posibilidad terapéutica más favorable ¿no? el hecho de que el paciente participe un poco más. Si me parece que también depende de múltiples otros factores, como ser las características de la patología y las características singulares del paciente... trato de promover siempre el tema de la participación, en el sentido de que preguntan, preguntan muchas veces, muchas cosas en relación al tratamiento.” (E4/B)

“...todos hemos ganado en derechos, me parece a mí. Hoy en día un paciente tiene que firmar el consentimiento informado digamos ¿no?, eso no ocurría antes, ósea si tu sola consideración clínica implicaba que paciente tenía que internarse era suficiente, se internaba, hoy en día eso

es más complicado, creo que el mismo paciente ha ganado más en derechos digamos..." (E6/A)

"no antes no, no era así el tema este de la ficha de consentimiento asistido... si bien con la nueva ley de salud mental esto ya se lo venía tratando, pero en lo que se refiere a papeles todavía no había, y yo diría que hace unos cinco años que estamos con la ficha que tiene que llenar el paciente ¿no? o la persona responsable." (E7/B)

En el caso de usuarios, las labores se orientan hacia el consentimiento tanto en su ingreso a los servicios del hospital, como la comprensión de las particularidades de la patología, y lo que conlleva a la adherencia a su tratamiento. La cita de espacios y actividades que conformaron, y en algunos casos como la batucada, que a la fecha del trabajo de investigación se sostenían, se realizan con la perspectiva de participación de los usuarios.

"... en la medida en que el paciente pueda empezar a comprometerse ¿no?, a ser responsable de su tratamiento. Esto... primero bueno en el caso del consultorio cumpliendo con los turnos que se otorgan, con la modalidad que plantea el sistema... en cuanto a internaciones también, pudiendo circular y poder comprometerse con otro tipo de estrategias terapéuticas que se le proponen ¿no?" (E2/B)

"Sí. Nosotros siempre ponemos en conocimiento al paciente del tratamiento que va a recibir, en que consiste. Cuando nosotros hacemos el ingreso, siempre pedimos que vaya algún... alguna persona responsable o algún referente y lo ponemos al tanto de cómo funciona..., en qué consiste, cuáles son los tratamientos a realizar..." (E7/B)

"Siempre se les explica por el tratamiento... de todos modos, la decisión es del equipo tratante. Se les explica cómo va a ser el tratamiento, el tema de la medicación... lo más difícil es la adherencia al tratamiento, si va a haber algún cambio en la medicación, por ejemplo, porque pasa esto, que comienzan a estar mejor y abandonan a veces. // Se habla también de las externaciones, incluso las salidas, eso sí hubo que cambiarlo un poco, los enfermeros eran más de esto como premio o castigo "no lo deje salir porque se estuvo portando mal", y no tiene que ver con eso, sino que el

paciente pueda salir y eso no le signifique un problema o un retroceso.”
(E8/B)

“Encontré a Belén y fui al cuchitril, donde estaban reunidos, fuimos a convocar usuarios para la jornada de batucada y dibujo; fuimos con usuarios de distintas salas (16), al patio que está atrás de la sala de mujeres y sacamos los instrumentos. Las actividades comienzan con una ronda en la que se trabaja relajación (están recaudando chaquetas, ambos, guardapolvos para hacer uniformes para la batucada, la idea es que cada uno lo intervenga). Practican con los distintos instrumentos (tambores, redoblantes, siku), hay integrantes nuevos por lo que les explican la metodología, se ensaya el número, nuevas melodías cambian los instrumentos (todos aprenden)” (CN 25/07)

Como otro componente que integra a esta dimensión, es la temática de la participación por asociación de familiares, siendo ellos quienes tienen una relación directa con los usuarios que asisten a los diferentes servicios del hospital, y son estos también quienes son incorporados en los artículos citados de la LSM, como actores de gran valor en los tratamientos. La posibilidad de incorporar a la familia si bien es declarada por la normativa nacional, es de igual manera aceptada favorablemente en la praxis por los participantes; esto promueve distintas operaciones, que varían de acuerdo a la situación particular del usuario, con respecto a si se trata de personas con un primer ingreso, o una descompensación, abandonos en la medicación, comportamientos propios al cuadro patológico. Estas operaciones se guían principalmente por la consulta en torno a la patología, abarcando así la educación en la temática en casos nuevos, espacios de interacción con otros familiares de usuarios, las visitas domiciliarias. Este tipo de actividades en algunos casos surgen de manera espontánea, principalmente en ámbitos de guardia y agudos, donde la consulta de familiares es directa y de acuerdo a lo relatado por los participantes, en estos casos se cuenta con una mayor presencia de la familia, en otros casos la captación.

“...es importante toda la información, información que el pariente da del paciente y también de alguna manera ciertos principios que los parientes tienen que aprender para poder sobrellevar la enfermedad del pariente ¿no? ... mínimamente sería hablando con el paciente, explicando cómo

es la enfermedad, cómo tiene que ser el trato... tratar de dar tips como para que la familia sepa cómo manejarse con el paciente y por otro lado también para que a ellos les sirva, porque como cuidadores siempre es un gran desgaste un paciente con enfermedad mental... los parientes podemos decir que se enojan con el paciente, no saben qué hacer y en vez de colaborar, juegan en contra del tratamiento.” (E1/B)

“...la apertura también de trabajos en grupos. Para la comunidad también... hubo un tiempo acá el grupo para los padres de pacientes esquizofrénicos o pacientes mentales, que funcionaba muy bien, pero fue una iniciativa única que alguna vez una colega lo hizo, pero bueno sería generar más espacios de este tipo para la comunidad.” (E2/A)

“...se trabaja digamos en un trabajo de apoyo, contención, esclarecimiento, psicoeducación. Primero me parece que el trabajo con la familia también es hasta de diagnóstico más global que de un paciente, intentando ver qué sucede no solo con el paciente, sino ampliando su contexto más cercano; entonces también hay como un trabajo de diagnóstico respecto del paciente y su contexto, no solo de la familia me parece y bueno a partir de ese diagnóstico trabajar con intervenciones que uno supone que van a ser beneficiosas para... ambos digamos me parece que ahí ya hay que trabajar como un caso, un caso es más amplio que una persona, entonces me parece que ahí el trabajo es el esclarecimiento de que conoce acerca de lo que le está pasando. Va desde de lo preventivo hasta lo asistencial digamos, intervenciones terapéuticas, un trabajo bastante amplio.” (E4/B)

“...la reunión de familiares, amigos, referentes de los pacientes, para brindarles un apoyo o un asesoramiento y solicitarles también el apoyo digamos para el tratamiento... tenemos... cada cuatro meses hacemos el festejo de los cumpleaños de todos los pacientes, donde todos colaboran y participan como para brindar un momento de distracción y para que se diviertan digamos, y ellos vivan esta situación como especial porque algunos en su vida nunca recibieron un regalo así... y bueno básicamente eso, ese trabajo. También se hacen asambleas semanales con los

pacientes donde ellos manifiestan sus inquietudes en relación al servicio, como se sienten, no en lo personal porque eso lo trabajan con cada equipo, sino al servicio en sí, al funcionamiento, a los talleres, a la relación con los compañeros, en generar propuestas de cambio, se los escucha y se los va guiando también de como continuar.” (E5/A)

“...el trabajo con la familia es un laburo que tiene mucho que ver con la docencia, te diría, no es un laburo de... a ver de... estrictamente desde la psicología, tiene mucho que ver con desbaratar mitos en relación a las enfermedades psiquiátricas, al manejo de las enfermedades a laburar sobre la tolerancia también del familiar digamos.” (E6/A)

“...uno de los intentos era dejar organizar un espacio, con un día y una hora determinada para... para orientar en términos generales digamos, porque el familiar convive con una persona con una patología y yo creo que es muy útil poder orientarla, así como en determinadas cuestiones que tienen que ver con la patología, con la evolución de las enfermedades, con lo que se tiene que esperar, con los tratamientos farmacológicos, cualquier sugerencia es muy útil. // yo veo como que ayuda mucho a un familiar, después el trabajo con familiares está presente en todos los dispositivos en agudos, en la guardia, en las salas, en emergencia. La idea era poder armar este espacio independiente de la contingencia, donde haya un par de horas para que la gente exponga sus problemas.” (E6/B)

“...uno tiene que ser un generador de cambio, también ayudar a que entiendan la patología de esa persona y puedan ayudarla, eso depende también del momento ¿no? suele llegar confundida la gente porque no entienden que le pasa a ese familiar, entonces es darle espacio para que pregunten y puedan desde su lugar ayudar a que el paciente mejore. Se tienen que generar esas alianzas también, para que uno pueda trabajar incorporando a la familia al tratamiento.” (E8/B)

“Habla con la ¿madre? De un paciente que va por consultorio externo cuando estaba por ingresar a entrevistarla...” (CN 26/06)

Autores como Martín Agrest (2011), realizaron un recorrido histórico en relación a esta dimensión, tomando diversas fuentes que le permitieron conocer la elección y utilización actual de esta palabra, como así también los pasos que se realizaron en otros países, y la condición por la que atravesaba, al momento de su publicación (año 2011), la implementación de este espacio en Argentina. Este autor es concluyente a la hora de manifestar, que las personas usuarias del sistema de salud argentino, se encontraban como usuarios, frente a la búsqueda de un lugar de reconocimiento de derechos, por sobre modificaciones en relación a la planificación de estrategias, evaluación de servicios y sus profesionales.

En el ámbito local, la participación, tomando lo expuesto por los participantes del Hospital Dr. Miguel Ragone, está compuesta por diversos puntos, y atravesada por la LSM, tomando, desde la declaración consentida de quienes serán tratados, a la pertinencia profesional de explicitar estos tratamientos. A prima facie, la composición de actores fundamentales estaría dada por la vinculación que se daría por el contacto entre el equipo interdisciplinario con el cual trabajará, o un representante de este, y el usuario que ingresa a los servicios, sin embargo, ante la multiplicidad de condiciones que pudieran presentarse, como la imposibilidad momentánea de comprensión y consentimiento de los usuarios, se incorpora a la familia del usuario. La familia, es parte de acuerdo a lo relatado por los participantes, de gran valor a la hora de conformar un diagnóstico de mayor complejidad que permita realizar una lectura situacional y contextual por la que atraviesa la persona que llega al hospital. La intencionalidad de incorporarla a los tratamientos, se asocia tanto a la propensión de una externación futura en casos en los que existiera internación, como a la posibilidad desde el equipo del hospital, de dar respuesta frente a las interrogantes que pudieran surgir en torno a la patología, por parte de los usuarios y sus allegados. A partir de estas dos últimas condiciones, es que se generaron espacios fundamentalmente orientados para la consulta y el dialogo, tanto de usuarios entre sí y con los equipos, como para la familia y los profesionales. El apoyo y sostenimiento de vínculos, como es el caso de familia y amigos, acompaña a la labor de los profesionales, generando mayor adherencia al tratamiento, la comprensión por parte de estas personas por

comportamientos, y situaciones de diversa índole que atañe a la patología del usuario con quien tienen relación.

De acuerdo a lo expuesto por los profesionales entrevistados, la posibilidad de inclusión de usuarios en sus tratamientos, partiendo del consentimiento, a los espacios de consulta y exposición con los profesionales, y el aliento a familiares a la incorporación en los tratamientos, es implementado con mayor periodicidad luego de la sanción de la LSM, y es adoptado mayormente con una proximidad de entre cinco y ocho años, a la fecha de toma de entrevistas, y fomentado por el recambio de profesionales por jubilaciones e incorporaciones de nuevos. Es entonces que el rol operativo, fundamental aquí de los psicólogos, es el de posibilitar la inclusión de los usuarios en sus tratamientos, cubriendo diversos puntos, como son las dudas propias de estos y sus familiares, y la dinamización efectiva en los tratamientos, así también el otorgamiento de derechos que parte desde cuestiones básicas como son el consentimiento en los tratamientos, generando una reubicación categórica de quienes ahora son partícipes, de sus tratamientos desde un lugar activo, por sobre la receptibilidad pasiva histórica.

Rol de psicólogo en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone

“El medico primero no estaba para tomar datos, tampoco llenaba la historia clínica, la función era muy acotada. Bueno de alguna manera complementando con el psicólogo hay mayores datos ¿no? es más integral la atención.” (E1/A)

El trabajo para esta dimensión, se orientó hacia el aspecto de la labor de los profesionales, tomando como referencia principal lo definido por Pichón Rivière en relación a rol, puntualmente al rol operativo, y trasladando esta concepción hacia el caso específico de los psicólogos del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone de la Ciudad de Salta, y en particular a aquellos participantes de esta investigación.

Al momento de realizar el análisis de los resultados, se ubicó lo propuesto por la institución hospitalaria, vinculado también a lo explicitado por la Ley de Salud Mental 26.657/10 (LSM), y lo asumido por los participantes que derivó en su operatividad. Las acciones que se encuentran sustentadas mutuamente, entre la institución con sus lineamientos generales, y los profesionales, se reflejan en la cotidianidad del trabajo con las personas que asisten demandando atención en la institución. Siendo los representantes de esta por vía de su labor individual, y también con actuaciones conjuntas, con otros colegas y profesionales periódicamente. A partir de la toma de entrevistas, la observación de acontecimientos cotidianos, la revisión de documentos institucionales, y la redacción de un cuaderno de anotaciones, se tamizó la información que contempla esta dimensión. Como en otras dimensiones ya abordadas, es pertinente conocer la porción histórica del proceso en lo referido por esta categoría, surgiendo entonces citas que ubican sucesos significativos en la institución previo a la implementación de la LSM, y lo posterior a su declaración, como también lo contemporáneo al momento de la realización del trabajo de campo.

En pos de dinamizar la comprensión de lo correspondiente a los componentes de esta dimensión, se situó lo propio al rol operativo de los participantes, y la vinculación que tendrán la institución con sus determinaciones,

que actuaron sobre el accionar de estos profesionales, tanto en lo previo como luego de la LSM, deviniendo en el desarrollo de la labor particular de estos por la efectución de su rol. Nuevamente apelando a la lectura transversal, y por vía de la conformación aunada entre ambos grupos, se llegará al entendimiento de la dimensión desde un foco de complejidad.

Rol operativo individual

“Entretener al paciente.” (E1/A)

“No, siempre fue el mismo. Antes era el médico el que daba el alta pero siempre el psicólogo pudo hacerlo también, la ley avala eso ahora, la horizontalidad entre los profesionales para dar un alta como te decía, es más equitativo el trabajo. (E8/A)

La puesta en concreto del alcance profesional del psicólogo en la institución nombrada, Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, estuvo atravesada por el modelo médico de gran historicidad, desarrollado con anterioridad. Incorporando a las labores de los profesionales, en algunos casos, participantes de este trabajo de investigación, valoraciones descalificadoras sobre la idoneidad y alcance efectivo en cuanto capacidad de desarrollo de la profesión. Situaciones de esta índole, que, bajo otra óptica, también habrían incurrido en contra de las especificaciones de la ley provincial, promulgada en el año 1.982, sobre el ejercicio profesional de los psicólogos. Fue también referida la relación por el sustrato general de estos lineamientos, basados en la conducción o gestión principal de la institución, en donde el cargo de mayor jerarquía había sido encarnado siempre por médicos, correspondiéndoles a ellos en algunos periodos profesionales de mayor apertura e incentivo hacia modalidades equitativas de trabajo, y en otros abocados hacia un posicionamiento centrado en el modelo biológico.

La cita orientada hacia el entretenimiento del paciente, se desprende de lo expuesto por un participante, siendo esta frase la referida por un director general en cuanto a su labor con el usuario, y la valoración por aplicación de pruebas gráficas, asociadas a la labor del psicólogo. La atribución sobre el rol del psicólogo por parte del máximo referente institucional, y la interpretación por la operatividad profesional no es interpretada de igual manera por ambas

personas. En el caso de la segunda cita, lo expuesto se vincula hacia lo establecido por parámetros implícitos al modelo médico hegemónico, en donde la atribución exclusiva como era la capacidad de definir la situación de externación de usuarios, estaba definida por la pericia de una profesión particular, aunque no hubieren sido explicitadas por las normativas establecidas, sino atribuidas de manera arbitraria.

Ambas citas, están referidas por los participantes, en años previos a la declaración de la normativa nacional, y se presentan como perfiles de la modalidad institucional. Si bien con la llegada de la LSM, estas determinaciones se encuentran clarificadas y reguladas de manera explícita para las actuaciones de los profesionales, y la replanificación institucional, se buscó en este apartado conocer cómo impactó en lo concreto de la labor de los participantes, y conocer las diferencias sobre esto, entre los dos momentos.

“Siempre el trabajo del psicólogo dentro de este hospital fue el de psicodiagnóstico y psicoterapia, siempre.” (E1/A)

La manifestación de actividades asociadas a la profesión de manera constante en el tiempo, como el trabajo de psicoterapia y diagnóstico en este campo, es también para los participantes, una apropiación por la pertinencia al campo profesional en el que se desarrollan y para el que se formaron desde la carrera de grado. Sin embargo, es para estas situaciones como las citadas, en donde a pesar de contar con herramientas que avalen y justifiquen sus acciones, en muchos momentos se viera inhibida por la limitación en el alcance participativo de ello. Estas situaciones ejemplificadas y desarrolladas en mayor profundidad más adelante, surgen como puntos en común entre los participantes y permiten ubicar algunas coordenadas históricas dentro de la organización, y la correspondencia con ella.

Tomando como referencia que la atención psicoterapéutica, es un punto común a todos los participantes entrevistados y que conforma en gran parte la tarea diaria, en ambos momentos, es que esta podría analizarse bajo el marco teórico de respaldo de esta investigación en lo referido al rol, hilvanando así los componentes de acción que se manifiestan íntegramente. La elaboración estratégica que permita llevar un fin terapéutico como es la psicoterapia, el uso

de la táctica que se desprenderá del procedimiento que permitirá lograr esa mejora en el padecimiento mental, la técnica que se desarrollara por las herramientas que considere el profesional para lograr este resultado favorable como puede ser la incorporación a grupos de trabajo en conjunto como ejemplo, el espacio de batucada, y finalmente la logística, como el desarrollo de nexos y concatenaciones de acciones que irán proyectando la mejora en las condiciones de vida, no solo en lo abocado a la patología de un usuario.

Al tamizar por la operatividad la labor de psicólogos sus manifestaciones como participantes de la investigación, se fueron integrando y complementando los diversos componentes que confluyen en la conceptualización de base correspondiente a esta dimensión. En algunos casos, estos componentes se presentan invariables a lo largo del tiempo, como ya se nombró, estableciéndolos como estructurales a la profesión de los participantes, en tanto otros son novedosos por haber existido como posibilidad históricamente, sin embargo, validados o dinamizados a partir de la LSM, y adoptando mayor aceptación conforme se sucedieron los subsiguientes años a su declaración.

En la siguiente serie de citas, se toman los enunciados vinculados a la labor cotidiana y más frecuente del psicólogo en el hospital, siendo los componentes estratégicos, tácticos, técnicos y logísticos los que integran al rol operativo de mayor habito a lo largo de la historia en este contexto, y se emparentan con los lineamientos establecidos por la carta de servicios institucional, ubicados como actuaciones previas a la LSM y aún vigentes, principalmente referidas al diagnóstico y atención terapéutica. Estas labores, situadas en las distintas salas y orientadas a la diversidad de usuarios con sus particularidades, demandan una respuesta; destacan los diagnósticos, la psicoterapia, el trabajo interdisciplinario (con sus variaciones a lo largo del tiempo), la asistencia a familiares a la hora de responder de interrogantes, el trabajo con usuarios con la utilización de herramientas que le permitan efectivizar de la mejor manera este trabajo conjunto de un modo participativo, la toma de decisiones en relación a situaciones de particular gravedad, en el servicio de guardia o por descompensaciones, fundamentados en la evaluación diagnóstica del caso. En el caso de algunas de estas, con mayor desarrollo a partir de la LSM.

“Y es una evaluación por lo general de una sola vez, y de acuerdo a los antecedentes que están en la historia clínica, evaluaciones anteriores, hechas por médicos tratantes o psicólogos se da un aval o se acompaña lo que antes se dice ¿no? y si es una primera vez y caben dudas se solicita una evaluación o un psicodiagnóstico más exhaustivo para poder llegar a una aproximación de diagnóstico, de estructura y todo eso... si estuviera descompensado, desde psiquiatría, y bueno se puede derivar desde ahí, pero por lo general es una única entrevista.” (E2/A)

“...en consultorios externos esta... digamos abierto a las consultas y la demanda que haya pacientes ambulatorios, y bueno a partir de ahí... bueno algunas quedan solamente en consultas, en algunos casos hay alguna demanda que tiene que ver más con cuestiones un tanto burocráticas como son certificados... que puede quedar solo en eso o también ser una puerta para otro tipo de intervención ¿no?” (E4/A)

“El psicólogo realmente va a hacer psicoterapia, apoyo, seguimiento, etcétera, trabajo con los familiares también.” (E5/A)

“...el rol va a encontrar un modo de definición propio de acuerdo a la mirada que tenga ese terapeuta en particular, porque si vos intervenís desde el psicoanálisis, tu rol es uno, si vos intervenís desde otros lugares... en líneas generales, esto que te decía yo, todos los discursos adhieren a... a una... a un diseño terapéutico de la normalidad, vamos a buscar la normalidad, un punto como de equilibrio, que sería eso que sería eso, por ejemplo tratar de que un paciente si se trata de un paciente psicótico, bueno ya no tenga síntomas psicóticos... en líneas generales, después cada uno especificará, si profundizara más ese objetivo, ese rol. Ahora si vos venís del lado del psicoanálisis no, no te interesa que no tenga fenómenos elementales, no es ese el objetivo ¿no? por ahí es un poco más difícil definirlo (...) pero si vos necesitas que te lo diga de algún modo, te diría que la posición del analista, es buscar creativamente incluso, de algún modo los medios, en este caso la palabra, que permitan acotar lo que está ocurriendo en ese momento, el goce, léase el sufrimiento del sujeto, el desborde de ese sujeto digamos ¿no?” (E6/B)

Los recortes citados anteriormente, perfilan la labor de principal referencia de la profesión de los psicólogos en el hospital. Al tratarse de una institución en la que confluyen múltiples disciplinas que bregan por la interdisciplinariedad, es que, en conexión con lo anterior, surgió la interrogante por la particularidad de la profesión, como diferencial con respecto a las otras. Permitiendo así dilucidar y diferenciar dentro del abordaje complejizado, lo inherente a la profesión de psicólogo figurando el límite con otras áreas, y validando así el aporte a lo grupal desde la perspectiva singular de los titulados en psicología.

“Me parece que esta... el posicionamiento, la definición del lugar del psicólogo, obviamente más allá de la orientación que cada uno tendrá ¿no? en su formación, pero... el dispositivo de la palabra ¿no?, el poder escuchar ¿no?, al paciente... con un lugar ahí, y poder trabajar con eso, desde allí, donde justamente desde muchos lugares donde no se escucha ¿no?, de sujeto que sufre, que padece o qué dice cuando dice algo, si es lo que realmente quiere cuando está diciendo o no... poder de ahí llegar a buenos diagnósticos ¿no?, la estructura, la situación para poder intervenir.” (E2/B)

“Si yo te digo valoración clínica, también la puede hacer el psiquiatra... es la escucha y el tratamiento desde la palabra, tomando los dichos del paciente y no medicando los dichos del paciente que es lo que se pretende muchas veces. También las valoraciones pueden ser distintas. Más allá de la orientación y el espacio para que se pueda abrir, desplegar ese síntoma, trabajar con la angustia del paciente. Alojar el síntoma y hacer algo con eso. Hablar con el paciente que pueda salir de la crisis, ingresar y demandar un tratamiento y pueden mantenerlo en muchos casos, y eso es específico y que si se juega nuestra profesión.” (E3/B)

“... bueno me parece que el psicólogo tiene sobre todo mucho aporte en cuanto a que la... su instrumento de trabajo me parece que siempre tiene que ver con la palabra, y eso es algo que creo que media bastante con que el tratamiento pasa por distintos lugares, y uno de esos que tiene bastante preponderancia creo que es la palabra. Y a partir de qué entendemos por darle la palabra al paciente, me parece que los aportes que puede hacer el psicólogo son muchos en base a su formación ¿no?

A esto que tanto se habla de la escucha, me parece que ahí es donde puede afinar sus herramientas de trabajo como ser la entrevista, en aportar efectivamente ahí, elementos de diagnóstico o de intervención específicos, y sobre todo bueno dando lugar a esta herramienta de trabajo que es tan esencial digamos para el psicólogo ¿no? y que no es hacer a alguien hablar, sino que eso tenga una consecuencia que eso exceden a la entrevista y a las preguntas, me parece que es un lugar privilegiado para el psicólogo en el sentido de que posee los elementos digamos como para poder realizar una entrevista, que esa entrevista tenga un tipo de dirección, qué es lo que se escucha en una entrevista, qué conviene y qué no conviene... me parece que ahí, en esta herramienta de lo clínico, de la entrevista clínica hay como una riqueza sustancial digamos. Después también en el hecho de que la clínica individual, y la social en realidad están unidas, entonces como te digo no se trata de personas, por eso me parece que los abordajes exceden a lo individual, entonces ahí también me parece que pensar la clínica como algo cerrado a un consultorio es algo ilógico, me parece que la clínica es individual y social porque lo subjetivo es social, me parece que ese es un concepto que también posibilita pensar en todas las estrategias de intervención de alguien.” (E4/B)

“Creo que aporta una mirada más integradora, la opinión de los otros, la mirada medica es organicista y la limita mucho a eso. (...) creo que el psicólogo aporta esa mirada más amplia, de lo social, lo familiar, uno desde el rol de docente también puede hacerlo.” (E8/A)

Como condición particular destacada por los participantes, por la distinción con otras profesiones, concluyen en el uso de la palabra como herramienta básica de trabajo, ubicándola tanto en el lugar de escucha, como en su uso activo siendo un elemento inexorable al trabajo cotidiano. La atribución cualitativa de esta herramienta, y sus usos, vinculada a la carrera de grado y las posibles formaciones subsiguientes a esta, otorgan el conocimiento para su uso con diversas finalidades. Esta perspectiva permite ubicarla en cuanto a su utilidad, presentándose como el primer tamiz que definen criterios diagnósticos, que luego permitirán la labor la terapéutica; la posibilidad de poder interpelar las

interrogantes tanto de usuarios como familiares, y permitir una lectura propia y diferenciada frente a otras disciplinas. Estas utilizaciones se emparentan directamente con los lineamientos institucionales como son los explicitados en la carta de servicios correspondiente al año 2.018, en relación a las expectativas laborales para los psicólogos del Hospital Dr. Miguel Ragone.

De manera comparativa, en cuanto a la finalidad de los abordajes propios al contexto hospitalario, surgió de parte de los participantes, la figura del médico psiquiatra como el equivalente de mayor proximidad, en tanto el trabajo orientando específicamente hacia lo clínico, es un punto común, aunque se establece la diferencia en la valoración diagnóstica, y la pericia a utilizar para el abordaje psicoterapéutico concreto. Se destacó como divergente en primer lugar el uso de la palabra, como medio para lo ya nombrado, dándole protagonismo a la posibilidad de acción por esta vía, frente a la utilización como recurso primario de medicación, alegando en algunos casos el uso de este elemento, como inhibidor de la producción propia de la patología, y que, vista desde la perspectiva de los psicólogos, sugiere un elemento con el cual hacer frente desde sí al padecimiento mental.

En cuanto a la implementación de la LSM como normativa vigente, se interrogó por las implicancias que tuvo en su práctica laboral periódica, si esta produjo modificaciones en su rol, y cuáles habrían sido. Repitiéndose nuevamente la incorporación de profesionales formados en Salud Mental, añadiéndosele aquí el denominador común tanto a estos psicólogos como a otros profesionales el de la formación y trabajo conjunto, durante su paso por la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental de la provincia, lo que conllevó a modalidades a su labor, de mayor vinculación con lo propuesto por la LSM. Se toma a estos egresados como los referentes en cuanto al impulso de cambios en los procesos emparentados con Salud Mental, contando con la ley, que da respaldo e integra de manera troncal a su formación de posgrado, lo que se presenta como principal diferencia con colegas que también transitaban en años previos esta residencia. Sumado a lo anterior, la consecuente renovación profesional por jubilaciones, y la incorporación de nuevos profesionales con una perspectiva renovada, se manifiesta como un proceso de disonancia entre la cultura institucional de extensa data, y los lineamientos más actuales.

“Hay chicos jóvenes que trabajan distinto, por ejemplo, hay psicólogos que están en internación y ellos hacen un trabajo más de salida al campo, a la comunidad, de acompañar al paciente, cosas así que por mi formación no lo haría ¿no?, yo no estoy tan de acuerdo con eso, me parece que hay otros profesionales que lo pueden hacer como un acompañante terapéutico, pero me parece que la función del psicólogo... ¿llevarlo al banco?... me parece que nuestro trabajo es más acotado ¿no?” (E1/A)

La lectura histórica, y lo revelado por los participantes, presentó características de interés en cuanto a las modificaciones en el rol operativo como psicólogos, partiendo del incremento significativo, en cuanto a la ocupación de puestos de jerarquía como jefaturas de salas y los distintos servicios, y también en posiciones de mayor alcance a nivel organizacional, es decir gerencias específicas y general de la institución. Tomándose para identificar este tipo de variaciones, tanto los dichos en periodos de entrevistas, como fuera de esta la aparición inicial de mayor cantidad de cuestionamientos, y críticas por estos nuevos roles, atribuyéndoselo a profesionales médicos. La posibilidad de ocupar las posiciones nombradas, erige el desarrollo de roles ubicados organizacionalmente, aunque de operatividad novedosa para los participantes.

“En la sala tengo que organizar mis actividades sobre todo en las mañanas para supervisar y coordinar lo que es la presencia y asistencia de profesionales en cobertura y atención en consultorios... (...) como se van a ir remplazando en el caso de los médicos, no así en el caso de los psicólogos, porque se remplazan los médicos más fácilmente ... en el caso de los psicólogos que, por una cuestión de atención del profesional, la transferencia.” (E2/A)

“...esa fue mi pregunta y mi duda, porque acostumbrada siempre a hacer asistencia del paciente internado (...) me planteó algunos objetivos, ver como jugar, y hacer su aporte desde lo profesional, desde las cuestiones clínicas también ahí, en la cuestión de institución, el manejo de recursos humanos, con el que se trabaja todo el tiempo (..) ...seguir formándome, aprendiendo y descubriendo con todos mis compañeros lo que tenga que ver con el manejo de recursos humanos, administrativos, parte

informática, con colegas, con profesionales de otras áreas, con la parte gerencial.” (E2/A)

“...en la ocupación de los cargos, ahora hay profesionales no médicos en cargos como jefes de sala, incluso el gerente general del hospital...” (E3/A)

“no hace mucho tiempo (...) Después de ese primer director que generó muchos cambios, vino un segundo director que también fue psicólogo, entonces esto se sostuvo, y le dio como otra humanización al trato. (...) fueron cambiando las normativas de tratamiento, y se fue exigiendo que las entrevistas sean en equipo, que haya participación de todos, y bueno la gente se fue implicando en eso, también llegaron a haber profesionales nuevos con otra mentalidad, y fueron jubilándose los que estaban ya de hace muchos años digamos, entonces hubo más apertura al cambio.” (E5/A)

Los recortes anteriores presentan de manera más explícita, la incorporación de roles novedosos a la profesión de psicólogos, siendo importante referirlo como “novedoso” para diferenciarlo diferencial de lo “nuevo”, en tanto se trata de una pericia para la que el profesional se encuentra avalado legalmente, previo a la LSM, en cuanto posibilidades de ejercicio especificadas en la ley provincial de ejercicio profesional de los psicólogos correspondiente al año 1.982. Siendo una atribución operativa novedosa, sin embargo, es a partir de la declaración de la LSM, que incremento la ocupación de psicólogos en posiciones de mayor jerarquía institucional.

Este punto relacionado a la necesidad de modificar componentes estructurales de lo operativo, es donde la mayor cantidad de referencias surge en cuanto a las modificaciones pertinentes al rol profesional de psicólogo desde la implementación de la LSM. Las modificaciones en su rol, repercuten y se retroalimentan por lo correspondiente al rol institucional, es decir, lo esperado a la ejecución de funciones para la posición específica y será el psicólogo quien imprime una cuota particular, referida en las entrevistas como la mirada diferencial a otras profesiones; a su vez se vinculan con las acciones para

quienes se conforma la institución, es decir la demanda de personas a los diferentes servicios del hospital.

La composición de estrategia, táctica, técnica y logística, para el rol operativo con la mirada particular de la profesión de psicólogo, tienen una renovación a partir de la posibilidad de cumplir con otras tareas, antes no contempladas. Remiten también a una interpretación fundada en la equidad profesional, y la noción de derechos de las personas con padecimientos mentales desarrollada en la LSM, y en lineamientos nacionales emparentados con esta, ubicando una diferencia de valor para la perspectiva y orientación del trabajo sobre otros momentos históricos. Esta lectura estructural del rol, si bien es expuesta en primer lugar como referencia a la cabecera tanto de servicios como de la institución, es plausible de ser abordada en las distintas salas y servicios, a partir de los abordajes interdisciplinarios, la participación de usuarios, el trabajo intersectorial, y la conceptualización de Salud Mental como objetivo final; dando como resultado una modificación en conjunto del rol tanto al trabajo con otros profesionales como con las personas ajenas a la institución.

Operatividad Institucional

De acuerdo con la propuesta conceptual de E. Pichón – Rivière, desarrollado en las referencias teóricas de esta investigación; para el desarrollo del rol operativo, siendo aquí el de los psicólogos participantes, este debe estar acompañado por los roles adjudicados desde la institución, si bien Pichón – Rivière refiere al termino rol adjudicado, aquí se incorporó como operatividad como institucional para enfocándose en las acciones que se realizan desde la institución y avalan el rol de los participantes.

En el caso al que refiere este trabajo, es decir la institución hospitalaria a la que corresponden los profesionales, es que haciendo uso de la ejemplificación metafórica que utiliza el autor de la teoría de los roles citado, podría interpretarse de la siguiente manera; el hospital como equivalente del club al que pertenece, siendo los psicólogos y psicólogas, como los otros profesionales y trabajadores los integrantes de un gran equipo. No es sólo la institución con sus lineamientos, sino también las personas que trabajan en este contexto, y aquellos que demandan atención, y quienes atribuyen las características del rol adjudicado para cada uno de sus actores, que se orientaran hacia el cumplimiento de los diversos objetivos institucionales establecidos. Sumado a lo anterior, el factor disruptivo que implicó la promulgación de la Ley de Salud Mental 26.657/10 (LSM) en esta institución hospitalaria, y que con su composición alude a la implementación de modalidades de trabajo, en algunos casos novedosas, que modificaron y modifican los roles atribuidos a lo largo de la historia, y consecuentemente impactaron en los roles operativos de los profesionales, lo que equivaldría a decir, una modificación en el reglamento, si se continúa con el ejemplo citado.

Desde una lectura orientada hacia la propuesta del hospital, lo institucional adjudicado para los roles correspondería a la estructura organizacional que representan, sin embargo, la observación de las prácticas, y la indagación sobre las declaraciones de los participantes, en su ámbito cotidiano refleja con mayor fidelidad la definición concreta que tiene este rol para los psicólogos. Siendo de interés para la investigación conocer la interpretación que los participantes dan sobre la atribución de roles, y la operatividad institucional de parte de esta, y esperada para su trabajo, no solo por parte de la institución sino de los demás

trabajadores de esta. Haciendo foco en aquellos quienes son participantes, que estuvieron desde antes de la declaración de la LSM.

Lo previo a la LSM

En el proceso del trabajo de campo, surgieron interrogantes que luego dieron noción sobre, lo previo a la LSM en el hospital Dr. Miguel Ragone, relacionadas a la operatividad institucional de los profesionales, derivadas de lo que fueran luego, diversos puntos por la LSM. Se expresaron respuestas indicadoras de acciones realizadas previo a esta normativa, aunque en algunos casos oscilantes en el tiempo, por ejemplo, la apertura al trabajo interdisciplinario en salas y servicios. Las particularidades asociadas con los conceptos, luego normatizados en la LSM, se presentaron por los participantes como fluctuantes en su continuidad, debido a las modalidades de trabajo institucionales en distintos momentos. Estas modalidades y sus variaciones se asocian por los participantes, en primer lugar, la perspectiva de gestión de los representantes tanto de jefaturas como de gerencias, especificándolo en algunos casos con el llamado modelo médico hegemónico. Estas determinaciones legales, reguladas a partir del instrumento que es la LSM, incidieron e inciden en las prácticas profesionales y generando cambios a nivel de estructura organizacional. La relación directa evocada fue entre la normativa, y el modelo médico hegemónico, en tanto esta ley orienta en parte, a la posibilidad de desempeñar roles novedosos para profesionales no médicos, como así también el alcance actual que se manifiesta desde lineamientos institucionales, otorgando en algunos casos facultades restringidas a una sola profesión en el pasado.

“El tiempo de atención era bastante tradicional, donde lo más importante era el médico, el hospital era un lugar de médicos y enfermeras más que nada. Entonces lo que fuera psicología, fisioterapia, nutrición, eran los que ayudaban al médico, entonces no tenía la categoría que tal vez tiene ahora ¿no?” (E1/A)

“En el primer momento de trabajo, ya te digo éramos paramédicos.” (E1/A)

“...esta posibilidad también surge con el cambio de la ley, porque antes... jamás había un psicólogo como jefe de sala.” (E2/A)

Lo tomado de declaraciones de participantes en torno a la ejecución y ubicación, para su rol profesional previo a la LSM, como se marca en otros apartados, era el de un lugar de subrogación ante la figura del médico, en el que la dirección de sus intervenciones se incluía como un agregado complementario ante la labor principal encarnada por este profesional. La normalización de este tipo de establecimientos metodológicos, otorgaban al rol adjudicado, una cualidad diferencial entre profesiones bajo la inequidad arbitraria, en donde la pericia particular de los participantes, y demás actores se ligaba a las decisiones de un grupo de referentes aunados por la lectura desde un modelo específico.

La figura del médico, como único profesional capacitado para la toma de decisiones en la coordinación de grupos humanos de los distintos sectores, y los lineamientos bajo los que se trabajaría con los llamados (aún a la fecha) pacientes, se reflejaba de distintas maneras en lo que fueran las bases fundacionales de la institución, siendo sostenida y avalada por la línea directiva de esta entidad, y que también fue médica en la mayor parte de su historia. Desde la perspectiva del discurso cientificista, se ubicaba a estos actores como profesionales en un rol primordial, otorgando a los demás participantes, posiciones subsidiarias a esta figura. Es entonces, el reacomodamiento de las cualificaciones, principalmente jerárquicas producido, en este caso por la LSM, lo que vino a propiciar discusiones y reclamos por estos profesionales, y en algunos casos rechazo declarado de forma explícita a la normativa nacional. A través de este nuevo orden, la posibilidad de desarrollo y aplicación de otros roles para profesionales, no solo quienes son participantes de este trabajo, modificando así lo establecido a lo largo de la historia, para el desarrollo de profesión dentro de este hospital.

La transición

La relación dual entre momentos previos a la LSM, y luego de la instauración de esta, se encuentran vinculados de acuerdo a los participantes, de manera más clara con el ya nombrado llamado modelo médico, validado en este caso institucionalmente.

Durante las entrevistas surgieron cuestionamientos asociados a lo transitivo, devenido de la llegada de la LSM, volcándose en primer lugar hacia el

atravesamiento y validación institucional de los profesionales de esta, erigiendo por parte de los participantes situaciones pasadas en la que el reconocimiento igualitario por la profesión era negado, con algunas situaciones explicitadas fuera de registros de grabación. La incorporación de prácticas ya conocidas por parte de algunos profesionales, basados en su formación de residencia, y la incidencia de lo establecido por la ley para el trabajo con personas, fue incluido en segundo término.

Los siguientes recortes de encuentros con participantes, se orientan sobre estas etapas:

“No tenía mucho soporte profesional ¿no? sobre todo reconocimiento de la otra parte.” (E1/A)

“Se generó una ruptura, fue un avance el dar lugar a la Salud Mental, todos tenemos mayor incidencia, yo me formé en la Risam, por lo que ya tenía otra mirada. Si costo, y cuesta a veces, con profesionales más grandes sobre todo... con los que tienen mucho más de diez años aquí, pero se va modificando, entraron profesionales más jóvenes por lo que también cambia la forma de trabajo en las salas.” (E3/A)

“...no hace mucho tiempo que esta institución ha podido romper un poco con lo que ha sido una cuestión hegemónica médica, entonces hace poco tuvimos un psicólogo de gerente de este hospital (...) hay una cuestión hegemónica que se rompe, la ley también avanza en eso más allá de las dificultades que yo vea, de lo grupal y todo eso, también es una forma de romper con esa hegemonía porque antes las decisiones eran del médico digamos ¿no?, era medio dictatorial te diría ¿no? la cosa, si él consideraba esto, así era, el resto no tenía mucha...” (E6/A)

“A mí me avala la antigüedad, porque estoy hace más tiempo que los psiquiatras, pero me imagino que si sería una psicóloga que entró no sé, hace seis años me habrían matado.” (E8/A)

Incidencia en la estructura institucional y crítica a la aplicación normativa

Al tratarse de una normativa de orden nacional, y por la cualidad poblacional de profesionales de esta institución, vale decir un hospital monovalente orientado en el abordaje de problemáticas en Salud Mental, contando como dato diferencial con una de las mayores cantidades de psicólogos y médicos psiquiatras, en relación a otros hospitales de la Ciudad de Salta. De este modo, la llegada de la LSM produjo una de las situaciones de mayor trascendencia en la estructura organizacional.

Los lineamientos de trabajo hospitalario, adhieren a los artículos componentes, establecidos por la LSM, sin embargo, a la fecha de investigación se expresaron cuestionamientos críticos a la normativa nacional, relacionados con la labor de psicólogo, entendidos como exigencias de tipo directivas, fundadas en este instrumento legal, en algunos de los apartados siguientes son citados:

“...yo pienso que sobre todo por exigencia de la gerencia, bueno, y en eso bueno cierta cuestión comunitaria ¿no? (...) Hay cosas que yo no estoy de acuerdo, un psicólogo con pacientes crónicos muy deteriorados no tiene mucho sentido, pero bueno para la gerencia si y bueno.” (1E/A)

“...se está trabajando por equipos, yo trabajo con el Dr. ..., nos asignan pacientes, y bueno tenemos que hacer la cobertura desde mi lugar, él tiene que hacer la suya, se trabaja con las familias y en función de la externación lo más rápida posible, no es un trabajo tan distinto en ese sentido; todos los servicios tienen un poco este objetivo ¿no? que es tan difícil de lograr, que es la externación de un paciente (...) no es lo mismo en ese sentido el abordaje que en sala de varones digamos, pacientes crónicos que hace muchos años están internados acá, que están muy deteriorados, muchos están más en condiciones de... gerontológicas más que psiquiátricas digamos. (...) depende el... el dispositivo en el que uno esté, si yo estoy en la guardia, yo tengo que pensar mi rol de una manera... la ley plantea un abordaje interdisciplinario, cosa que a mí me parece una aberración en la guardia porque se somete al paciente a una especie de tribunal kafkiano te diría, es completamente contraproducente

para cualquier situación subjetiva de emergencia digamos, pero eso depende de cómo se organicen las guardias porque son todos distintos digamos, yo lo veo al paciente solo, porque digamos, por ejemplo, la ley no contempla las cuestiones transferenciales en ese sentido digamos, son catastróficas, no pueden ir tres o cuatro personas a hacerle preguntas dispares a un sujeto que está en estado de colapso interior digamos, no tiene mucho sentido, y la ley lo plantea así, dice que el abordaje tiene que ser interdisciplinario. (...) Técnicamente el rol no tiene por qué variar, la posición del terapeuta es la posición del terapeuta frente a un niño... no es que uno va a hacer diferente, yo creo que varía en cuestiones mucho más de... de... forma que de fondo digamos.” (E6/A)

En el caso de los ítems referidos surgen, las problemáticas o críticas a la LSM, se ubican en diversos criterios y se entrecruzan con lo propio a la institución como a lo definido por la ley nombrada, en algunos casos asociados a ítems declarados por esta o a documentos posteriores. La diversidad de reclamos se refiere en algunos casos a situaciones particulares de interés para los participantes, que van desde las acciones gestionadas por psicólogos de incorporación más reciente a la plantilla profesional hospitalaria, las codificaciones o nominas tanto para los puestos organizacionales como para los relacionales, a la labor interdisciplinaria como exigencia.

Por otra parte, el trabajo institucional y la demanda de acciones a nivel extrahospitalario, asociadas a gestiones de Salud Pública, referentes a la disponibilidad de recursos principalmente económicos, como es la posibilidad de gestionar casas de medio camino, o el trabajo en campo visibilizado en mayor medida a partir de las visitas domiciliarias de los equipos interdisciplinarios, como así también la reducción horaria de horas guardia para psicólogos de la institución. En otros casos particulares, en las necesidades de distintas salas, se manifiesta la ausencia de asistencia a condiciones particulares de los usuarios, como es la edad avanzada en algunos casos, y que van más allá de lo asociado a lo propio de un padecimiento mental.

Según los lineamientos explicitados tanto en la LSM como en la carta institucional del hospital, el trabajo interdisciplinario es una labor a realizarse, mientras que, para algunos participantes, como en situaciones puntuales

tomadas anteriormente, no sería propicio, en otros mayoritariamente observados si, sin embargo, en los casos de reticencia, es la modalidad de acción de acuerdo a lo relatado, lo que sería diferente a lo estipulada por la definición de conceptos estipulada para esta investigación y que refleja lo interpretado por otros participantes, en términos de interdisciplinariedad. La aplicación conceptual se dio mayormente, en el caso de la participación en las revistas de sala, coordinadas por profesionales de distintas ramas, y con exposiciones de casos concretos basados en la interpelación conjunta de las disciplinas, donde la intervención referida a los usuarios viraba conforme surgieran campos de labor específicos a una y se fueran intercalando con los de otros.

Modificaciones institucionales a partir de la LSM

Con la llegada de LSM, se produjeron eventos concretos en el plano institucional como el incremento de psicólogos a cargo de jefaturas de salas, el principio equitativo entre profesiones, la facultad interdisciplinaria en la toma de decisiones en tratamientos de usuarios que van desde la corroboración conjunta de criterios que verifiquen la justificación de internaciones a la posibilidad de incidir en la programación de externaciones. Las atribuciones al rol operativo fueron incorporando nuevos requerimientos, encontrándose avalada institucionalmente de modo formal como por la planta de trabajadores, en la atribución de roles adjudicados. Las nuevas cualificaciones ejecutivas consecuentes a decisiones de integraciones grupales, coordinación de equipos por salas, gestión de recursos humanos en áreas como consultorios u otros servicios, la incorporación de datos estadísticos que proporcionen datos sobre usuarios y la labor hospitalaria realizada, todos orientados a la optimización en el trabajo con la diversidad de usuarios que acuden a la institución. Este tipo de eventos, fueron expresados como parte de un proceso que continua en algunos casos.

“...asumir la responsabilidad con el paciente y con los otros profesionales, porque uno tiene que ser participe y responsable con esto, a la hora de firmar puede haber a veces diferencias, porque ahora no es sólo tarea de los psiquiatras como antes, se dialoga más y también por esto que hablamos primero, de cuidar al paciente con las decisiones que uno toma supongo...”
(E8/B)

En relación a lo profesional la coordinación de equipos, las variaciones de acuerdo a la demanda y disciplinas se presentan como fundamento para la toma de decisiones certeras. La interacción con otras instituciones de distintos niveles u ordenes, y la necesidad de conocimiento de los casos, por parte de los profesionales de los equipos, derivados de exigencias de la LSM, complejizan las interpretaciones y las acciones a seguir. Como agregado a esta beta, el impulso por la digitalización y sus nuevos complementos de manera informatizada en historias clínicas, dan celeridad al conocimiento de las intervenciones en los tratamientos de los usuarios, en las distintas instituciones.

El aporte diferencial de la profesión de psicólogos a los puestos, se asienta en la escucha y el uso de la palabra como principal elemento, referido de distintos modos por todos los participantes, aduciendo a la multiplicidad de intervenciones posibles a partir de esta, alojando desde una modalidad particular lo manifestado por personas con padecimiento mental, tanto de manera clínica como en la inclusión para el ámbito participativo en sus tratamientos, también la posibilidad de mediatizar por vía de esta en el contacto con familiares, el trabajo dentro de equipos y la comunicación a organismos extrahospitalarios como es el caso de demandas comunicadas desde lo judicial. El uso posicional tanto activo como pasivo de la palabra, toma valor de herramienta fundamental por sobre el de acotarlo a un medio comunicativo.

La implementación de labores conjuntas en la que psicólogos participan e impulsan, es descripta por los participantes como de mayor frecuencia en los últimos años, talleres de lecturas coordinados por psicólogos, la organización conjunta para la recuperación entre profesionales y usuarios de una sala de usos múltiples con fines recreativos para estos últimos, la participación activa de talleres entre psicólogos y usuarios, la ampliación de medidas que tiendan a la externación e integración de la comunidad a las conceptualizaciones de Salud Mental.

“...consultorio externo tiene que ver con esto, tiene que ver con algunas cuestiones así administrativas ¿no? a nivel informático, que ahora está todo en el sistema Salta Salud que tiene todas las estadísticas y atención, también se trabaja todos los días con las aptitudes psicofísicas, que la toman tanto

psicólogos como psiquiatras, funciona la parte de medicina legal, la junta.”
(E2/A)

“...donde se trabaja dinámicas más en equipo, poder interactuar con el profesional de otras áreas, de poder implementar estos espacios para hablar, debatir sobre determinados casos, decisiones que vamos a tomar, los informes que hacemos, la necesidad de que todos estemos de acuerdo, la firma con convenio de los tres, que también implica que si hay una audiencia o algo, los tres van a estar sabiendo o conociendo el caso, si alguien consulta o pregunta, familiar, la institución o poder judicial, los tres conocemos de la problemática a fondo y no solo de la propia área o incumbencia, sino también diagnóstico, después el tratamiento psiquiátrico que tiene, la situación familiar en ese momento, las alternativas de dispositivos de la comunidad que se han tomado o con otra institución, todos manejamos esa información, y para el equipo, para el paciente, para la clínica es muy enriquecedor, para mí en la resolución de un caso es mucho mejor, para el mismo paciente y familiares también, porque ellos notan que es su lugar, que son escuchados, atendidos, asesorados y la familia también...” (E2/A)

“...el psicólogo debe también como conocer las funciones de otras profesiones, entonces eso también hace que uno no se vuelque hacia sí mismo, sino que también conozca el procedimiento normal de una guardia, va a saber también correrse ante una situación. (...) no se delimitan solamente a los elementos de su formación sino también conocer y saber cuándo debe dar lugar a otra profesión... (...) no va a realizar una contención física, si va a realizar una contención verbal, eso es específico al psicólogo, también decir cuando corresponde una contención verbal y no una física, entonces por eso te decía habilitar la palabra cuando corresponda es una función privilegiada y predominante de los psicólogos de guardia, justamente evitar intervenciones... digamos que... no verbales cuando no corresponden, si se está viendo que algo va a responder a una intervención verbal, el psicólogo debe intervenir para que no sea toda la resolución por una vía de contención mecánica o farmacológica... (...) las herramientas diagnosticas en la situación de guardia, porque por eso te... me parece que al menos tiene que al menos tiene que arribar a algún diagnóstico presuntivo de situación,

los elementos de diagnóstico son muy importantes dentro de lo que abarca a la función del psicólogo...” (E4/B)

Para este apartado, el desarrollo por la linealidad de sucesos que van desde la etapa previa a la declaración de la LSM, y culmina en las modificaciones institucionales que indican en el rol operativo de participantes y de las demás personas que trabajan en el hospital ubicados contemporáneamente con el momento del trabajo de campo de esta investigación. Entre estos dos extremos, surgió lo que devendría en los sucesos que darían cuenta de una transición entre modelos, que partió de la llegada de la LSM incluyendo la crítica a esta, y luego la influencia en la estructura organizacional a partir de esta.

Ubicar la etapa previa a la ley nacional, permitió a los participantes plantear una dualidad temporal como sucesión lineal, en donde se expresó con mayor claridad la perspectiva por la modalidad institucional, y la línea de trabajo normalizada basada en un modelo histórico. Sucesivamente el proceso de transición entre la llegada de la LSM, su vigencia y las primeras manifestaciones, con eventos de rechazo a esta por parte de una porción no solo médica de la planta de trabajadores, sino también de otros actores, en algunos casos, de mayor trayectoria en la institución. En cuanto a las modificaciones en el hospital Dr. Miguel Ragone, surge como primer dato significativo el referido al cambio de nómina institucional en años previos a la declaración de LSM, que, si bien no significó un cambio de profundidad estructural del modelo institucional, si marcó un hito por lo que más adelante sería el viraje en la perspectiva de atención. Con la llegada de la ley nacional y sus dictámenes, y por vía las normativas y planes complementarios, se trasluce con mayor distinción la modificación hacia una línea de trabajo, centrada en las propuestas de Salud Mental, por sobre las de tipo manicomiales. Esto desembocó en estructuras de mayor horizontalidad en alcance de los puestos, mayor implicancia en cuanto a la responsabilidad en tratamientos y la necesidad de integración discursiva, revelándose formalmente en las atribuciones novedosas de puestos de trabajo y empoderamiento profesional, avalado de manera concreta y explicitada en lo formal por el hospital.

La sucesión intercalada en algunos casos, de gerencias generales ocupadas por psicólogos, es recurrente por parte de los participantes como un evento de valor fundamental, para las modificaciones de mayor profundidad en el hospital

Dr. Miguel Ragone, expresada por algunos de los participantes como un espacio ganado para la profesión, en tanto a la modalidad de trabajo y la permeabilidad al dialogo con ellos.

La LSM es sancionada a finales del año 2.010, y la aplicación en el Hospital Dr. Miguel Ragone, basa gran parte de sus disposiciones sobre la orientación de esta normativa, la cual tiene como uno de sus objetivos fundamentales la desinstitucionalización de personas, con casos en los que el avance en los tratamientos y factores de contención así lo permitan, proponiendo como horizonte más favorable el de la externación de los usuarios. Para esto, la incorporación de sistemas de trabajo intersectoriales, participativos y en redes, de y con los usuarios en su comunidad, como la concordancia con otros organismos que colaboren en los tratamientos y abordajes, es fundamental. La necesidad de conocer lo immanente a la profesión personal, como a las características de las demás, para producir diálogos entre los diferentes discursos, se dinamiza y alienta a partir de las normativas establecidas por la LSM, lo que permite tanto a los participantes como a otros profesionales, prefigurar límites y alcances de la profesión, y derivar en la integralidad en las intervenciones, en algunos casos con instituciones que ofrecen otro tipo de servicios. Como modificación en la perspectiva institucional, en la ejecución por parte de los profesionales está la desinstitucionalización de usuarios que se encuentren en condiciones para continuar con sus tratamientos de manera externalizada del hospital. En tanto el acompañamiento institucional para el trabajo equitativo para la incidencia de las labores, permite evaluar, abordar y responder de un modo complejo las demandas, siendo todos los actores de los equipos de trabajo responsables en el tratamiento de usuarios. Es importante el aval institucional, y su redefinición dinamizada por la propuesta de la LSM de roles adjudicados de la institución, y la apertura a la posibilidad de ocupación de estos, para profesionales con la cualificación para llevarlos a cabo; el permitir que nuevos actores con sus aportes particulares, ejerzan lo operativo de ese rol demandado, siendo atravesadas por la lectura particular de su profesión de base, que en el caso particular de esta investigación es la de psicólogo.

CONCLUSIONES

Conclusión

La información recaba durante cuatro meses, iniciando el día 21/06 y concluyendo el día de 08/10 del año 2.018, en el Hospital Dr. Miguel Ragone de la Ciudad de Salta, dio respuesta a la interrogante sobre la incidencia que tuvo la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/10 (LSM), en el rol operativo de los psicólogos de esta institución. La conformación final de la muestra de la investigación, se compuso por 8 (ocho) psicólogos, quienes participaron de forma voluntaria y contaban con el inicio de su actividad laboral en la institución, previo a diciembre del año 2.010, mes en que se declaró la ley referida. Para el recabado de la información, utilizaron como herramientas entrevistas registradas en su mayoría en audio digital, la observación participante y anotaciones en bitácora.

Basado en experiencias previas en la institución relacionadas con distintas cátedras de la carrera de grado, se conoció a algunos de los profesionales de la institución hospitalaria, en el que se prefiguró un contexto plausible para lo que fue luego el campo de la investigación. Luego de haberse planteado la temática, y con la aprobación de las autoridades, se inició la inmersión y convocatoria a psicólogos del hospital, contactándolos en salas, servicios y el área común de descanso dentro de la institución. Sustentado en la ética del trabajo, frente a las interrogantes de los profesionales se referenció a los ejes temáticos de la investigación, rol de los psicólogos y LSM, habilitando de este modo el interés por la participación.

La exposición de los resultados basados en los objetivos, se iniciará por los de tipo específicos, avanzando luego hacia el objetivo general de la investigación, seguidamente se realizará la conclusión final del trabajo.

La declaración de la LSM en Argentina, fue considerada como ejemplar en el resto de Latinoamérica por su replanteo paradigmático, en torno a los derechos de las personas con padecimientos mentales y los abordajes profesionales. Tomando esta ley como bisagra, se sustrajo los puntos focales, que llevados al campo laboral inciden en el rol de los psicólogos del Hospital Dr. Miguel Ragone de la Ciudad de Salta.

- Especificar las características en el rol de psicólogo/a del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone de la Ciudad de Salta, previo y posterior, a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10, en el año 2.018.

Algunos de estos conceptos fueron referidos como preexistentes a la ley nacional, y debieron ser replanteados a partir de esta, otros en cambio introdujeron bajo los nuevos lineamientos de la normativa e incorporados en documentos institucionales como la carta de servicios. La implementación de estos conceptos luego de ocho años de la declaración de la LSM, permitió especificar con mayor claridad las diferencias entre el rol operativo de los participantes previo y posterior a esta ley.

- Salud Mental, previo a la LSM, el rol operativo individual de los participantes se centraba en la tarea diagnóstica y psicoterapéutica para el abordaje de personas con padecimientos mentales en la institución, encontrándose restringido al tratamiento focalizado de este, como tarea subsidiaria a la labor psiquiátrica. A partir de la declaración de la normativa nacional, el traspaso conceptual de estado a proceso, dio paso a la inclusión de aspectos relevantes al rol de los psicólogos: acciones orientadas a la inclusión del aspecto patológico, y a su vez tiendan a mejorar el estado de su salud mental de los usuarios, como la reincorporación de estos a su comunidad de origen con inclusión en tratamientos ambulatorios y la externación de usuarios del hospital. La determinación de internaciones involuntarias, explicitada por la LSM, cuenta con la necesidad de inclusión de la firma de un psicólogo o psiquiatra para ser llevada a cabo fundada en un criterio diagnóstico objetivo, este aspecto equitativo entre profesionales, rubricando un rol activo en los equipos de trabajo para los psicólogos en la toma de decisiones. Estas aseveraciones parten de lo recabado durante entrevistas, y lo explicitado en carta de servicios hospitalaria.
- El trabajo interdisciplinario previo a la LSM, es referido de como fluctuante en el tiempo por uno de los participantes, relacionándose a

una actividad ligada tanto al aspecto volitivo de profesionales como al tiempo necesario para el diálogo. El rol operativo aquí de los psicólogos, era el de atención psicoterapéutica en salas y consultorios, como labor individualizada. A partir de la aplicación de la LSM, los abordajes interdisciplinarios, incluidos también entre las acciones a desarrollar por los profesionales en la carta de servicios del hospital, se establecen como operatoria de trabajo durante encuentros de revista de sala, de participación conjunta entre los profesionales de cada sala, con exposición de intervenciones particulares enlazadas con otras con la labor de otras profesiones, tanto en sugerencias como coordinación para la realización de acciones conjuntas. Este tipo de estrategias son encaradas tanto de forma grupal como individual, basándose en el conocimiento de los psicólogos de su campo como el de lo pertinente a otros, suscitando intervenciones que incluyan otras áreas. El rol operativo aquí, se funda en el diagnóstico, tratamiento y comunicación de aspectos que incluyan áreas pertinentes a otros profesionales del equipo. Las estrategias de trabajo se fundan en el dialogo entre los discursos profesionales, para la concreción de acciones integrales, con el establecimiento conjunto de procedimientos que favorezcan las intervenciones positivas, implicando así las técnicas particulares de cada área profesional y diagramando el modo en que se llevaran a cabo estas acciones. Documentos como historias clínicas, cuentan con espacios particulares a cada profesión, como espacios comunes para la redacción y comunicación general.

- El trabajo intersectorial previo a la LSM estaba centrado en la atención de problemáticas, que la institución por su condición monovalente no pudiera resolver como si otros hospitales, también en la actuación de casos derivados de organismos jurídicos. El accionar de los psicólogos se encontraba ligado al trabajo de diagnóstico y abordaje psicoterapéutico con los llamados “inimputables”. A partir de la LSM, se incluye lo previo, y se agregan acciones que emparentadas a procesos de externación de usuarios, con la inclusión participativa en

instituciones como centros de primer nivel para su atención, centros educativos y cooperativas. El rol operativo de psicólogos, aporta desde el campo particular de trabajo a las determinaciones conjuntas definidas con los equipos interdisciplinarios tratantes, contemplando los recursos interinstitucionales que optimizan el avance en los tratamientos de los usuarios. En labores de consulta ambulatoria, la praxis operatoria de los psicólogos implica diagnósticos y tratamientos de usuarios derivados y derivaciones, como también la prescripción de certificados solicitados por distintas organizaciones. La de mayor impulso desde la propuesta intersectorial en esta segunda instancia, se asocia a trabajos que tienden a incorporar la perspectiva del modelo salubrista, incorporando el abordaje de problemáticas y promocionando la desinstitucionalización de usuarios.

- La participación desde la LSM confiere a los usuarios la facultad de consentimiento basado en la comprensión sobre sus tratamientos, posicionándolos como participantes activos, atribuyendo a la labor profesional la tarea de explicitación de estos y en caso de no ser factible, el asentimiento proporcionado por un familiar. Previo a la normativa de interés, el rol de los psicólogos estaba ligado a la intervención clínica de la problemática, desde esta modalidad los tratamientos para los usuarios prescindían de su aceptación. A partir de la definición establecida en la LSM, el modelo participativo implicó la inclusión de usuarios vía en los tratamientos, posicionando tanto a los profesionales como usuarios en un papel activo. La inclusión desde este reposicionamiento, permitió la activación de espacios para el trabajo en conjunto con familiares, primero basados en la disolución de interrogantes, como también la conformación de espacios alternativos al clínico, coordinados por psicólogos y otros actores, incorporando al rol modalidades operativas distintivas a la clásica. El Hospital Dr. Miguel Ragone contaba con espacios de batucada “Valientes”, el espacio “Compartiendo entre amigas” y taller de lectura

para usuarios, todos incluyendo la labor de psicólogos para su desarrollo.

Las variables abordadas, y atravesadas por la conceptualización de rol planteada en la investigación, expusieron a primera vista el mantenimiento de las actividades ejecutadas por los psicólogos participantes, previo y posterior a la declaración de la LSM, sin embargo, las modificaciones establecidas a partir de esta normativa, como el paso a objetivos tendientes a la Salud Mental, por sobre el focalizado exclusivamente en lo patológico y la reconfiguraron de la planta profesional, basándose en la equidad e incluyendo a los usuarios, incorporó nuevas tareas, y posibilidades para el rol operativo de los psicólogos del Hospital Dr. Miguel Ragone en el año 2.018. Es decir, las variaciones en el rol operativo se fundaron en los componentes estratégicos, tácticos, técnicos, y logísticos, en donde se mantuvieron las actividades históricas esperadas para los psicólogos como la labor diagnóstica y el abordaje psicoterapéutico, aunque el objetivo varió, incluyendo mayor cantidad de herramientas para desarrollar su tarea y propiciando enfoques integrales, sustentados en la operatividad institucional para los profesionales.

- Conocer la opinión de los/as psicólogos/as del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone de la Ciudad de Salta sobre el propio rol a partir de la Ley Nacional 26.657/10.

La opinión de los psicólogos participantes respecto a la normativa, se encuentra bifurcada de modo tal que, a nivel de alcance de derechos para usuarios y profesionales es evaluada como un avance según sus dichos, es decir positiva, tratándose de una herramienta legal de equidad, tanto para profesionales de la salud de esta institución hospitalaria como para los usuarios aún llamados “pacientes”. Incidiendo en la estructural de la organización que es el Hospital Dr. Miguel Ragone, permitiendo mayor desarrollo y alcance para los profesionales, explicitado por uno de los participantes como un terreno ganado, frente a una historia de ocupación de puestos por médicos. Al indagarse sobre este objetivo la referencia sobresaliente, en las entrevistas citó al llamado modelo médico hegemónico, refiriéndolo de modo explícito en algunos, o graficándolo con situaciones propias y ajenas vividas en la institución, aduciendo que todavía

se sostienen prácticas de este tipo en las que la figura del médico psiquiatra ocupa un lugar de protagonismo por sobre otras profesiones, sobre todo por médicos de mayor trayectoria en la institución, así también la desaparición paulatina de estas modalidades calificándolas de modo positivo. En relación a los cambios propuestos por la normativa, se refirió a la incorporación de profesionales, no solo psicólogos sino también de otros campos, egresados de la residencia de salud mental de la provincia como catalizadores de estos cambios, contando con mayor experiencia en estas modalidades de trabajo, en tanto su formación, y a partir de la LSM aún en mayor profundidad, impulsan el trabajo interdisciplinario y con abordajes complejos.

Las referencias negativas, se plantearon sobre diversas puntuaciones individuales, fundadas en la reducción de presupuesto, esto en algunos casos asociadas al incumplimiento de distintos puntos de la LSM, como a cuestiones de gestión institucional. En el primer caso la continuidad de actividades como casas de medio camino para usuarios, hospital de día, visitas domiciliarias. En relación a las labores como psicólogo exigencias institucionales sostenidas en la normativa nacional, asociadas por los participantes a tareas de otras profesiones o de base comunitaria y no clínica, también la exigencia del trabajo interdisciplinario desde la institución.

Objetivo General:

- Describir el rol operativo de los/as psicólogo/as que trabajan en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone de la Ciudad de Salta, previo y posterior a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10, en el año 2.018.

El rol operativo de los psicólogos del Hospital Dr. Miguel Ragone de Salta, contó previo a la LSM del año 2.010 con atribuciones que al momento del trabajo de campo del año 2.018 se encontraban vigentes, como también acciones restringidas y luego validadas por la institución a partir de esta normativa.

Si bien la especificidad de algunas acciones se asocia al área particular de trabajo en la que se encuentran los participantes, estableciéndose bajo demandas particulares, la finalidad del accionar y el uso de herramientas no difiere entre los psicólogos.

Las referencias directas a la labor de los psicólogos por parte de los participantes, previas a la ley nacional 26.657/10 y posterior a ella fueron, las evaluaciones diagnósticas, y la psicoterapia individual con las personas. En el caso de ambas, varía de acuerdo al área específica en la que se desarrolle, como ser la unidad de larga estadía como consultorios externos, con diagnóstico establecidos para los primeros y continuidad en sus tratamientos en sala, como la conjunta entre la labor diagnóstica y la evaluación de acciones a desarrollar en el servicio de consultorios externos. La beta diferencial surgida a partir de la LSM, y suscitada por los profesionales, e incluida en documentos institucionales y en la observación cotidiana, incluye ítems explicitados por la normativa. Las acciones plausibles de ser aplicadas como profesionales se mantienen en ambos periodos considerándolos una apropiación profesional propia al campo de trabajo, sin embargo, la consecución a seguir varía a partir de la LSM, incluyéndose aquí la modificación significativa y analizada desde la composición del rol definida por Pichón-Rivière. Desde la estrategia, abordajes que incluyan y pongan foco en la psicopatología en primer momento, y se complementen con acciones orientadas hacia estados de salud general, la táctica como procedimientos para lograr estas acciones previas se desarrollen de modo favorable, la técnica como opción viable y efectiva para lograr el objetivo, basándose en experiencias previas, y la logística se incluirá como respaldo institucional para poder desarrollar estas operaciones. La posibilidad de dinamizar el diálogo con otras instituciones, el trabajo interdisciplinario y la participación de usuarios en sus tratamientos, se fundan en esta modificación sobre de la composición del rol operativo profesional, de igual manera, una mayor asistencia a familiares a la hora de responder a interrogantes. Algunos de los avances a partir de la LSM, que previamente no se incluían en relación al alcance del rol operativo del psicólogo fueron:

- Espacios propios en historias clínicas, para la comunicación sobre el trabajo realizado con usuarios.
- Validación de la capacidad en la definición de ingresos a internación, como altas de usuarios.
- Participación activa en trabajos interdisciplinarios.

- Gestión interinstitucional.
- Aumento significativo en la ocupación de cargos de conducción en salas, servicios y estructura institucional.

En relación al aspecto diferencial y de aporte particular de la profesión de psicólogo al trabajo desde esta perspectiva, se ubicó en las respuestas de participantes como primer referente de comparación la figura del psiquiatra, y marcándose como puntos diferenciales con esta especialidad médica, el uso de la palabra como principal herramienta de trabajo del psicólogo, dándole utilidad diagnóstica, como docente en relación a interrogantes de personas afines al usuario, como espacio de escucha y respuesta ante una problemática, dando lugar a la construcción de lo dicho por estas personas. A la labor del médico psiquiatra se le incluye la noción diagnóstica y de abordaje con uso de medicación, siendo este un componente complementario a otras acciones interdisciplinarias.

En el ámbito institucional, figurando como principal documento la carta de servicios institucional, en donde se definen las operaciones esperadas por los profesionales, existiría una correspondencia entre lo verbalizado por los participantes sobre lo antes referido. A partir de la ley nacional, incrementó la ocupación de puestos encargados de coordinación y conducción por parte de psicólogos, produciendo modificaciones históricas en relación a los puestos de mayor relevancia como gerencias. Previo a la LSM se registran antecedentes en la ocupación de estos en la historia hospitalaria, estos son de proximidad a la fecha de la declaración de la ley citada, sin embargo, en puestos de jefaturas de salas y servicios si se verifica un incremento en la aplicación de puestos por parte de psicólogos a partir de esto. Esto implica la apertura novedosa a roles de menor desarrollo por parte de profesionales no médicos, la LSM explicita en su artículo nº 13, la posibilidad de ocupar estas posiciones, al igual que la ley provincial de ejercicio profesional de los psicólogos correspondiente al año 1.982. En el caso de la ocupación de puestos de mando, se manifestó la incorporación de nociones para la ejecución de labores de gestión de recursos humanos, toma de decisiones, y la incorporación de sistemas digitales para trabajos institucional e interinstitucional.

Sugerencias:

- 1) Transpolar la investigación a otras instituciones hospitalarias de la Ciudad de Salta.
- 2) Indagar en la relación entre modelo médico hegemónico y poder en instituciones hospitalarias.
- 3) Aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/10 en la unidad de personas con medidas de seguridad, indagar sobre las limitaciones a actividades de equipos interdisciplinarios.
- 4) Experiencia de familiares de usuarios en la participación en tratamientos.
- 5) Conceptualizaciones de Salud Mental y enfermedad, en vecinos de Villa Las Rosas de la Ciudad de Salta.

Bibliografía

- Agrest, M. (2011). La participación de los usuarios en los servicios de salud mental. *Revista Vertex* (Vol. 22). Buenos Aires, Argentina. Recuperado de:
- Brandão Carvalho, L., Magalhães Bosi, M.L., Freire J.C. (2008, 5 de junio). Ethical dimension of mental health care within the public health network. *Revista de Saúde Pública* (Vol. 42, No 4). Traducción: Agustín Castellani. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/en_6931.pdf
- Corella W., Quintero P., Barria J., Solis A. (2015). *Participación social en Salud*. (Maestría en Gerencia de Hospitales). Universidad de Istmo. Ciudad de Panamá. Panamá. Recuperado de:
- Correy, G. (2013, octubre). Community Mental Health Services in Cuba. *MEDICC Review* (Vol. 15, No 4) p. 11-14. Traducción: Agustín Castellani. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/medicc/v15n4/04.pdf>
- CruSaMen Salta. (2013). Carta de presentación. Personería Jurídica 304/13. Ciudad de Salta, Salta.
- Del Cerro, E; Rinderstima, M; Chávez, R; Gómez, R. (2000) "Hospital Dr. Christofredo Jakob" reseña histórica 1950 – 1994. Hospital Christofredo Jakob. Ciudad de Salta, Salta.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2013). *Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina. Leyes y Normas, Código de Ética*. Buenos Aires, Argentina. FePRA. Recuperado de <http://www.fepra.org.ar/feprav3/node/220>
- Figuerola Outes, G. (1993). *Experiencia institucional de los años 60 y 70 Hospital "C. Jakob", Salta*. *Revista Vertex* (Vol. 4 N° 14). Buenos Aires, Argentina.
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de Psicología* (1° edición en español). México: Siglo XXI editores. Recuperado de <https://saberpspsi.files.wordpress.com/2016/09/galimberti-umberto-diccionario-de-psicologc3ada.pdf>

- González, M., González, I., Vicencio, K. (2014, enero). Descripción del rol autopercebido del psicólogo y sus implicancias en los procesos de formación de pregrado. *Psicoperspectivas* (Vol. 13, No 1) p. 108 – 120. Recuperado de: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/File/296/317>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4° edición). México DF: McGraw Hill.
- Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone (2015). *Carta de servicios del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone – Jurisdicción 08 año 2015*. Salta, Argentina.
- Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone (2018). *Carta de servicios del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone – Jurisdicción 08 año 2018*. Salta, Argentina.
- <https://es.slideshare.net/saludpublicaUdi/participacin-social-en-salud-51948835>
- https://www.researchgate.net/publication/264542378_La_participacion_de_los_usuarios_en_los_servicios_de_Salud_Mental
- Ibarra, C; Montaña, A. (2012). Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone” Servicio de Emergencia – Servicio de Agudos. (Trabajo Final de coloción de residentes de Risam 3^{ero}). Risam. Salta.
- Martínez Alcorta, J. A. (2014, diciembre). Responsabilidad civil de los equipos interdisciplinarios de salud. *Revista Derecho Privado, Infojus* (Año III, Vol. 9) p. 127-136. Recuperado de: <http://www.saij.gob.ar/julio-martinez-alcorta-responsabilidad-civil-equipos-interdisciplinarios-salud-mental-dacf150066-2014-12/123456789-0abc-defg6600-51fcanirtcod>
- [Menéndez, E. L. \(6 de mayo, 1988\). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En H. Spinelli \(Presidencia\), *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Ponencia llevada a cabo en II Jornadas de Atención Primaria de la Salud de la Facultad de Medicina de la UBA, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de \[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_cated\]\(http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_cated\)](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_cated)

ras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medicico.pdf

Ministerio de Bien Social de la Provincia de Salta. (1983, 11 de febrero). Ley Provincial 6.063 de la Profesión del Psicólogo. *Secretaría General de la Gobernación y el Decreto Nacional N° 877/80 (Expte. N° 01-326031/82)*. Recuperado de <http://psicologossalta.com.ar/wp-content/uploads/2011/11/ley-6063.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. (2010, 2 de diciembre). *Ley Nacional de Salud Mental 26.657*. Boletín Oficial de la República Argentina (No 32041). Recuperado de <http://fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf>

Ministerio de Salud. (2013, 30 de diciembre). *Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018*. Resolución 2177/2013. Buenos Aires. Argentina.

Morin, E. (1995). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, España: Gedisa.

Myers, G. D. (2005). *Psicología Social* (8° edición). Ciudad de México, México: McGraw Hill.

Neiman, G.; Quaranta, G. (2006). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En I. Vasilachis (Ed), *Estrategias de Investigación Cualitativa* (p. 213 – 236). Barcelona, España: Gedisa.

Organización Mundial de la Salud. (2013, diciembre). *Salud Mental: un estado de bienestar*. Ginebra, Suiza. WHO. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2017, marzo). *Documento conceptual: Intersectorialidad. Concursos de experiencias significativas de promoción de la Salud en la región de las Américas*. Santiago de Chile, Chile. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=38852&Itemid=270&lang=en

Pichon-Rivière, E. (1981). *El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social (I)* (6° edición) Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

- Pichon-Rivière, E. (1985). *Vínculo y Teoría de las Tres D, (depositante, depositario y depositado)*. Cap. 11 Rol y Status, Teoría del Vínculo (p. 111 – 117). Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Podcamisky Garber, M. (2006, diciembre). El rol desde una perspectiva vincular. *Revista Reflexiones* (Vol. 85, núm. 1-2) p. 179 -187. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72920817012>
- Rojas, M. A., Santimaria, L., Fevre, M. & Santimaria, G. (2014). Incidencias de la Ley Nacional de Salud Mental en los dispositivos de guardia desde la perspectiva de los profesionales psicólogos y psiquiatras. *Anuario de investigaciones UBA*, (Vol. 21, No 2) p. 131-137. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862014000200018&lng=es&tlng=es
- Scheffer, V. A. (2016). *El profesional de la psicología y su rol a desempeñar, leyes de salud mental 26.657/10 y 9.484/10*. (Tesina de Grado). Universidad Siglo 21. Córdoba. Argentina.
- Stolkiner, A. (1987). “De interdisciplinas e indisciplinas”. *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Nueva Visión.
- Stolkiner, A. (2005) *Interdisciplina y Salud Mental*. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I jornadas provinciales de psicología Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. Posadas, Misiones. Argentina.
- Stolkiner, A. (2015). En ¿Qué hace en salud – fundamentos políticos para la soberanía sanitaria? *Salud mental: avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria*. Tesler, L. Buenos Aires, Argentina. Ed Colihue.
- Třešňák, P. (2014, octubre). Taking mental health into the community. *Bulletin World Health Organization* (Vol. 92, No 10) p. 702-703. Traducción: Agustín Castellani. Recuperado de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/10/14-021014.pdf>
- Urios, R., Bahamonde, M., Marchioli, F. & Morón M. (noviembre, 2013). Rol de los profesionales y los efectores de salud mental desde el marco de la

nueva Ley Nacional de Salud Mental y su reglamentación. En L. Rossi Casé (Presidencia), *Estudios interdisciplinarios y nuevos desarrollos*. IV Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología, La Plata, Argentina. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/47206>

ANEXOS

Modelo de Consentimiento Informado para los Participantes

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS - CARRERA DE PSICOLOGIA
CÁTEDRA DE TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Consentimiento Informado

Trabajo Integrador Final:

Con el fin de llevar a cabo el Trabajo Integrador Final de la Carrera Lic. En Psicología de la Universidad Católica de Salta (requisito académico que deberá cumplir el alumno para obtener el título de Licenciado), es que desarrollará la siguiente investigación titulada: "La incidencia de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10, en el rol del psicólogo/a. Un análisis cualitativo en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone en el año 2018".

A tal fin se le solicita su consentimiento para participar de ella, por lo que se solicitará su colaboración en entrevistas para registrar aspectos de su rol profesional dentro de la institución ya nombrada. Se le informa que este procedimiento es de carácter gratuito, en tanto la decisión de participar es voluntaria, pudiendo usted también no aceptarla, al igual que interrumpir su participación en el momento que lo decida.

Al concluir la investigación se le brindará a usted información oral sobre los resultados producidos por la misma.

Toda información del estudio será confidencial y anónima.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO UD. ESTÁ ACEPTANDO PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN, AUTORIZADA POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA Y LA CARRERA DE PSICOLOGÍA, SI TIENE ALGUNA DUDA SOBRE LO QUE LE HA EXPLICADO EL TESISISTA, ANTES DE FIRMAR SEPA QUE PUEDE CONSULTAR A: CARRERA DE PSICOLOGIA, AL 0387-4268556, DE LUNES A VIERNES DE 10:00 A 13:00 Y DE 15:00 A 18:00 HS.

Yo _____ habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto a participar del mismo y responder a la prueba que el alumno me presente.

Firma: ----- Aclaración -----

Documento N°----- Fecha: -----

Guía de entrevistas utilizadas

Modelo de entrevista semiestructurado inicial

Se partió de esta guía de tópicos, como preguntas como con temas que corroboraron en primera instancia la factibilidad de ser tomados como participantes, sumándose la intención de descubrir una relación entre los años de profesión y la perspectiva en relación al tema de investigación. Por otra parte, se dio lugar a la ampliación en el contenido de sus respuestas para los profesionales entrevistados. A partir del análisis y conocimiento de las respuestas, se recurrió al refinar nuevas interrogantes para complementar la información que se encontrara inacabada en su profundidad.

- Edad:
- Años de profesión:
- Años de profesión dentro del Hospital Dr. Miguel Ragone:
- Área en la que trabaja:
- Años de trabajo dentro de esta área:
- Ocupación dentro del área:
- Cómo lo realiza:
- Qué caracteriza a su labor como psicólogo dentro del Hospital Dr. Miguel Ragone:
- Con quienes trabaja:
- De qué manera:
- Conoce la Ley de Salud Mental 26.657/10:
- Considera que hay modificaciones a partir de esta ley:
- Emplea este instrumento legal en su rol de psicólogo/a en el hospital:
- Cómo lo hace:
- Previo a la ley, cómo era su rol dentro del Hospital:
- La implementación de este instrumento legal modificó su rol como psicólogo:
- Cuál sería su opinión sobre esta Ley:

Modelo de segunda entrevista semiestructurada

La segunda tanda de preguntas surgió de las respuestas dadas por los participantes en sus primeros encuentros, con la intención de profundizar en los

declarado por ellos y sumándosele la incorporación de puntos focales de la LSM también citados, como también la toma de información recabada de documentos institucionales, que contemplaran áreas relacionadas con la investigación.

- LSM habla de participación de los usuarios en sus tratamientos, ¿esto se da?
- ¿De qué manera?
- ¿Es posible la participación de los usuarios?
- ¿Antes era así también?
- ¿Qué lugar tienen?
- ¿Qué entiende por interdisciplinariedad?
- ¿Con que otros sectores de la provincia o municipio trabajan?
- ¿Cómo se lleva a cabo esto?
- ¿Quién lo hace?
- ¿Hay dificultades con otros sectores?
- ¿Qué trabajo se realiza desde el lugar del psicólogo con la familia?
- Hay pacientes o usuarios ligados al área judicial ¿Cómo es ese trabajo?
- Presupuesto ¿En que ayudaría?
- ¿Para qué se necesitan más recursos? ¿Dónde se los aplicaría?
- ¿Qué se necesita para que la LSM funcione mejor?
- ¿Qué aporte puede hacer la profesión del psicólogo para la implementación de la LSM?
- ¿Qué definiría al rol del psicólogo como exclusivo, que lo diferencie de los otros profesionales de la salud?

Cuadernos de anotaciones de campo

OCASA ↗

④

- Severe [21/06] to al "cuchillo" al Hospital (o sea sala de espera de los patológicos), había 4 ps (Teranelli, Rodriguez, Rodriguez, Salas).
o 8:15 p.

- La Lc. Turpalli se dedica a patinar y responde a preguntas sobre la Lc. Turpalli (cómo, cuándo) → se pregunta que están haciendo (me viene raro eso ya en el B) de la Lc. a S.R.
- La Lc. Magaña está toda en el grupo (o la Lc. Lappaz), disueltas a responder preguntas y, por lo tanto, en la Lc. Lappaz predomina (don).

- Li Schwabert cantava q'no sabia como era os homens, depois me decia... (pura coisa com uma melodia q' estava sentida toda na sala)

* Hacer mapa del Hospital.

• Te a basar a les ptes, pic, q' no corresco.

- * Trabaja con Alfonso Muñoz (psicólogo q' me presta el personal hace un tiempo) ~ Lic. Alfonso, facilitador de contactos.

El H. tiene los puntos cubiertos de azules blancos, pero la máscara es
verde gruesa, el piso es de mangas tipo grato, paredes blancas. En la
entrega hay refuerzos verdes de cuerpo azul (como de chubasco o hacha de
piso?) → **foto**

4^{to} explicar el tema a los países

Coexistir la mala (conducta, entienda, deca), observar.

Coexistir los conductos con los q' tampoco no conozco.

Coexistir datos a bitácora en el momento +6

- Conoce a Lic Cabrera es concul ect. (probablemente al biólogo y José de J. → Lic. Riquelme me dijo q' se podía ser de guatemalteco)
- Usar a Lic. Lopez Ab. (Saku)

22/06/18

- 8:17h.

- Voy a Saku, (Lic. Tepalli, L. Rodriguez, Lic. Lopez Ab.)

- Misma hora ^{Es a ver la 8:30}

Juan me ha presentado al Puro a Fianza al H.

(3A)

- Después x las anteriores q' estaba apurando ~~los~~, Tepallano se "movió" mucho la sala.

26/06

- Lunes 24 notat

- (E4A) no había con la moda? de un px q' va x costa est., cuando estaba x irse a extensión estupe uti?

OCASA.COM

②

- Se dio un consult externo de ps, x cuenta de px a la consulta
Lo ps tueros se dan x ventanilla con 1 mes y 1/2 aprox. gratis
luego no mucha asistencia. (La plaza xona para contratar a var
ps x p mismo, cuenta de px en cas, es algo habitual?)
- Mucha van y viene entre ahí, c. ext y guardas + c. ext.
(puc)
- La demanda x guarda no sé q' ten a la xá + 12 hs,
+ dialogo con la Adit en disputa → guarda por 12 hs
solo de día.
- Habla con la Plaza, no cubren cuberos, pero aumentó
del libro "Los Lucheros" (Librería Luchero).

28/06

- Llegue 9:00

- Fito, lra atura, hay gente en el ball, del H, no esta caben
acordo, hay otros y más tiempo q otros lugares como el
patio.

* Hoy jueves en Salto se festejan los cumpleaños de los varones (del
Ejército Juvenil). Negocio en idea, es otra forma de relacionarse entre
los jóvenes (prot y unidos), humanización de la relación? se homenajea
sin parqueros. (potenciales sven y charla, entre con unidos).

- El día 29, hay una reunión informativa p/ la continuación de control de calidad e investigación del Hosp. (se hace en el sector de residencias de psiquiatría solo p/ ellos?)

- En el encuentro con los psicólogos del H, algunos me salieron con preguntas como voy o si recuerdo algo, otros (la tía) se reponían en el plantío, menos sobre el trabajo de estimulación ~~mis~~ x lo nuevo tengo ^{ante} ya asegurado x sala. Los ^(p) + grandes de algunas sesiones no quisieron ir, mientras q' otros si.

- Fuera de los consul. ext. hay ^(p) no de nuevo tuercos q' se dan con + la es ya de atención, luego la gente no viene a consulta (creo q' el sist debería ser x consulta en el momento) Hay gente q' vive y permanece en esta sala de espera q' tiene algunas y una solitaria, no viene a consulta (¿estaban en flujo/auso?), ahora hace mucho frío.

- En ro de los cumpleaños hay una reunión (reunión legal y formal, con el) Fui al trabajo de los cumpleaños de las mujeres de la sala (que 10, festejaban el de 9), una de las mujeres cumplía 94 años (¿q' está así o cómo llegó?) Tienen una biblioteca o mesa q' recibe un expediente, coordinado x el neurólogo y todo lo quedan las 2 ps comunitarias, tienen un proveedor (exhibite!!) es un chico q' lo vi en cumpleaños externo, pero q' no se si nombre, siempre se dan cosas nuevas cortas p/ practicar + actividades, incluso el proveedor.

OCASA.COM

2ª reunión - sobre la biblioteca + 3ª sesión

dejo q' los hijos q' se dan buena relación con el. El tiempo de los
días + 2 días.

- Es interesante poder hablar con los profesionales hacia de a
cultura de los profesionales, poder hablar por los problemas, educar,
comunicar. Vale la pena el tiempo a cambio, que con eso, se
ayuda al ps y al otro profesional, de la comunicación de la
cultura al poder entender una jerarquía de trabajo de trabajo, educar, etc.

29/06

- En sala de consultorios externos la gente opera al consultorio.
- El punto de encuentro de los profesionales es el consultorio, al profesional
x algunos de los psicólogos q' ya no están en consultorio, la
primera referencia es esa.

Solo q' otra persona a la que, cuando la llaman, con
salida al patio, lo q' permite saber hacia los roles como
especialista, guardia, maestra, etc. + tiene una mesa rectangular, donde
suelen poner cosas, después de agua, té, café, etc. no en una sala
solo se ^{hacen} pláticas y reuniones, no entrevistas, ts, (solo las 2 veces,
no se si siempre será así). ¿Hablar de @ y entrevistas?

- Durante el día la guardia no parece tener demanda, los pro
fesionales (ps) con los q' hablo de

OCASA.COM

⑤
 durante la noche llegar mi p y q' la guardia psi es solo hasta las
 20.00. → (M.H. idea de q' la guardia "fuer" solo puede ser controlada x psicólogos?)

- Primer encuentro con Lic. Adt.
- Encuentros de aquellos (Cassara, ...) me acercaron a localizar al Lic. Adt, don
 q' me ven siempre parados, y ya me habian visto en la sala.
- De punto x los consult ent una de las ps me hizo una prueba, me
 indican x el nombre l' en cualquier momento se van a internar así
 a ver!) → P me indican, cuando de otras cosas no solo los ps.
 me abren, me abre el campo pl' psicológicos + volitivo.

• Preguntas x la HC (ps con + de ocho años en el Hosp) + otros docu
 mentos.

* Preg x proyecto institucional (¿se modificó?), gestión gal a cargo
 de un ps. hex.

* Preg x libro "La ley de la ley", + ver q' tiene la biblioteca del H.~
 → chicos de risan me ofrecieron bibliografía.

02/07

09.00

- Buena a la Lic. Karol (Rodriguez), fue duro q' la licencia así) → Es hospital
 post-quirúrgico e higiene de los cirujanos. En un box de la sala se
 reuse un grupo pl' delirios + acorde a partir del silencio.

uso de una vena

- Un uso de la vena escupe preguntado xq' no puede irse, se le dice q' eso tiene q' decirlo con la misma fuerza (cont. saca) (el uso, escupe a otro pto. en la vta) Entonces

- En la guardia cuando el loc. del. va impo con el otras loc. en el ambiente y piden hoy piden tener la entrevista.

- Los enfermos de la guardia ~~son~~ se dan colocación abrir cuando a da ps. (golos y mds, copas x vas)

- la guardia es estructura pequeña es que llamó al jefe al hospital a pesar de estar experto experto se procede (pregunt, pto. a color negro) los controles y boxes, son pequeños, pequeños y se aprovecha cuando separa. Continúa la en un box de 150 x 20 mts, con un estilo gafas, y el taño de la guardia está destrodo (tabla estructura)

* Luego al 2º entrevista, me avisa da ps. q' tenía se ps. muchas destrucciones milas, los entrevistas en vez de plantar lo q' plantar de 1º al grazo, le dan propio al miedo, sino cuando se dice algo experto q' habla el miedo p/ crear actuar no estructura se sostiene al MH se evadía en controversia a ex persona en dar plenas de tub.

OCASA.COM

int. de tab el tiempo (según la debe la ps.)

^{Presupite}
 Retiene a q' prot. + jorrel viene con la idea de cambiar
 esas modulos. Será x la formación de la mesa y de proporción? (verbo)

8/07

- Allezno todo la noche son popos las curules en el patio
 las puntas de la solas e ltra q' se da x el fio.

- 2007 Lucian DSt, 2008 (parte de) notasp. Amara g'nta?

- Pl la reunión de HC. ver en UHEU/ULEM. X los años
 en el hospital.

- Es el hall una psicología de la plata a uno de los curules
 (curul?) la idea q' separe el pago el remis, el resp. q'
 va a ir a comer a un comedor hoy, la otra plata es pl
 cigarrillos no la posibilidad de salir con la libertad de p'm
 mostrar su propio dinero, la fi de la psicología un apunte en
 este todo es recordado (supongo).

[ESA] 6/07

La reunión de HC (Lago)

E&A (hoja abrockida)

06/07

El resto de las HC, de unirse con más de 10 personas en sala y la integración a otros proyectos (intercomunicación) de la medida de la reducción del sistema de trabajo, por la posibilidad de tener reuniones no solo en salas, en las salas de trabajo, de carácter social en las HC, por medio del trabajo y actividades, que es lo que el grupo trata de hacer, en algunas y en otras, por la forma de trabajo o la idea de una oficina, la integración ya en forma de la oficina, el la oficina, ~~por~~ en los años, un trabajo con $\neq$ personas y se comienza a hacer una gestión de trabajo o x sala, hacen q' esto haya variado a nueva medida, a partir de la ley se establecieron o ordenaron estas medidas de gestión en las HC son muchas más, se anotan en planilla, x lo q' en el hospital aún solo la posición no cambia (3 años +/-) a la fecha son el tiempo del trabajo muy extenso y no se cuenta con espacio físico al grado, en algunas salas se puede conseguir HC de mayor capacidad, pero están muy diferentes x otros aspectos, falta de ambiente adecuado q' puedan garantizar la permanencia.

En esta parte la posibilidad de desarrollar e integrar parte de la historia integral de las salas o el Hospital, agilizan la actividad y permite

Seas en español (Soft Skills) con tu x idea la posibilidad de extender a otras instancias, pudiendo hacer la comunicación más efectiva y haciendo más efectiva y agila posibilidad de abordar con el mundo.



¿?

Algunas palabras sobre otras] P. noticia (SS)
Algunas reflexiones y comentarios, ~~hacer~~ tener, mejorar, saber, saber de, otros, saber de otros, saber de, gas, tipo, ~~grupos~~, ~~temas~~, ~~grupos~~, ~~endocronología~~, ~~nutrición~~ (-y' ~~lo otro~~) no ~~deber~~ y ~~lo otro~~.

Lo se ~~apunta~~ a ~~la~~ ~~plata~~ ~~de~~ ~~la~~ ~~el~~ ~~aven~~ ~~y'~~ ~~correspond~~.

16/07

- Lluvia, viento después de una semana (gripe).
- Lo más de agua con más de 30 q, la sustitución de cerillos se modificó x reparaciones, ^{sección}
- Juan me contó del fincan más del pagano Elta Sill (hoy el pago no lo cobra ya que se pagó por el) y del uso de electricidad del pago (q' se compra en electricidad) (cerillos x electricidad o por el pago q' después los da).
- No pude entrar a la biblioteca (cerca x y está como igual q' falta de computadora sobre puntos p/ pago y cerca de archero (hay más q' hay cerca de muchos otros más).

17/07

- En las salas ^{algunas} de los usuarios más es talleres (como costura (en el comedor) ^o otros en capilla (solo x o), o clase de educación física (hay jugaban al fútbol en la cancha q' está ^{entre} entre la sala de mujeres y el "área" no pública de @ con mucha de la guardia. [91 1^{ra} vez q' no abierta una repa]
- Después en campo externo, recorriendo la sala y alrededores.

con pr y con en canal, las partes apuntes y otros.

[19/02]

- La sala de consult. no tiene terminada persona opuesta.

* Recuerdo a la Sr. Belisera q' me ense la carta de servicio del hospital.

* Adjunto planillas en blanco de consult. y intervención.

* Solicitar permiso al personal de los talleres ("compartiendo entre amigos" y "conspicuo").

Jue 11-16 hrs (pr y pr) mar 11-16 hrs (compartiendo)

[20/02]

- Hable con gente de la residencia (Rosa), el taller "compartiendo entre amigos" no se está realizando x el grupo y la coordinación se muestra rotando x el área San Andrés (la Sr. Rosa).

- Pasa x la guardia, sin dormir, enfermas y repartir en las.

OCASA.COM

Primer (al servicio)

[23/07]

- Sobrete ante el taller "combinet" coordinado por psicólogas de la sala de mujeres (no entrar en categorías de la int. ~ o son las q' se dan una actividad q' es ≠ a las otras (no inter.) + malcoherencia, me dicen el OK (se trata de un grupo mixto ~ o o, q')
- Carta de servicio (redada) en mail a la B. Pares no crea parturas del trabajo de

[28/07]

- Se repite situación de convocatorias ext. con turnos no asistencia. → Sin embargo hay gente en la sala.

Lo concurren SI usuarios extendidos ya se visto a algunos de ellos q' los días siguientes → "premiados de la biblioteca"

- En sala se ven en los (se ven), conversan propias + propias → Estudio?, no se si será siempre así, citare unos minutos y fue q' pedir "ayuda y trabajo en la sala" (ex), ~~para tener una~~ + recibir soporte participativo.

25/07

- Hace más frío q' ayer, la sala de con. ext.
tiene un @ (45).

* Recibir la firma el libro "Leyes de la tierra".

* Taller "ensamblarte" de 11-16 de 11-17

- El taller, una pequeña actividad con una pte en consulta
el programa revista HC en otras sala (box)

- Los ptes de los 7 salas de preguntas q' hago ahí,
como me llamo, si soy médico, si ya va a llegar
algún médico con el q' pueda hablar.

Lo 1 pte de Sala y 1 de Sala (la semana pasada "imborso")

¿Se incluye el MMT en la duración de los ptes? (revisar orden-actividad)

14 → Vine a las 11:00 con el pte de 101
de reunión. Minima colaboración a la, preguntas en sala. Una
administrativa dice q' lo va a la reunión a lo
q' al (Ferreira) X

→ Envia a Bels y fui al edificio de
estados reunidos, fuimos a coronar en salas p'
la jornada de aprendizaje y apoyo; fuimos con un grupo de
7 salas, ⁽⁴⁵⁾ al pte q' está en la sala de apoyo, social
con los instrumentos.

OCASA.COM

Biblioteca
Valientes

OCASA 7

Hay melodías, cambios de
instrumentos (fados y piano)

Las actividades comienzan con una ronda en la q'
se trabajan relaciones. También recordando chapeles, autos, grandes
pelos pl. para historias de la biblioteca y la idea es q' el la
intervenga. Practicas con 7 instrumentos (tambores, castañetas,
saca), hay algunas cosas x lo q' se explican la actividad
q' se ensaya el número (q' hacen pl. el teatro
de cumpleaños de sobr. de Q, Mado en el
sábado), se hacen melodías nuevas, q' aún ensayan.
x A un costado algunos dibujar (Para y Bibote me
chequearon sus dibujos, antes en un vaso de sales
de la q' se pintaba).

La actividad dura 1.30hs de trabajo. En f' 1/2 se
plancha y habla sobre algún libro leído, comienza exámenes.

* Marcan a 8.30hs hay reunión con SUM x la recuperación
y obtención de la Sala de Recreación (es la # Sala).

[26/07]

- En la reunión se solicita la recuperación al SUM, hay
participación de 6 profesores (18), psicólogos en la
mayoría de SUM, Sala, Recreación, pero hay propo-
nido de recuperación. Todo a libre tiempo → la reunión la com-

co el grupo de "ensamblaje" con la idea de redimir
el espacio con propuestas y sean las propuestas x
historias, una x q' vive, pintura, "tallo de hierba", esto (nave
el espacio), etc.; se debe repartir, arreglar techos, pedidos
de agua.

- Es interesante la convocatoria de profesionales, extran-
ero en propuestas de ideas q' hay, ahora buscar definir
lo "respetado" de los autores. Todos hablan y apo-
taron no solo en planificación, sino en la gestión de
recursos. ~~¿~~ * No tiene sentido?

* El primer q' viene hay a la misma hora en el SUM, y
recuerda con propuestas x servicio y de situación, dando
q' a partir de esto se definen necesidades y dije-
mos dentro de las actividades en relación en este espacio
no (no es = un espacio de ~~estas~~ agudas a una de larga
estada).

* Luego ~~ellos~~ una parte de la Programación expuesta se trata
de grado sobre utilidad de lo hecho en el trabajo con un ~~un~~ ~~un~~
cinta entera).

- Se danan x los roles de pta, no x profesión (excluido los
+ jóvenes) ~ se hace para q' hay ~~quedado~~ ~~estados~~ en el ~~del~~ ~~del~~

30/07

- La carta de correo es la misma recibida, debería salir en el momento del embargo, o por el y adjunto a dicho embargo.

- No tiene obligación de pagar por el, hay personas que no pagan en algunos momentos, el está en este cargo hace unos 10 años.

- Unos de correos ext. refieren a los pxx como "de/da" (¿qué marca es?)

- Ya me enteré al salir del (¿qué a la j' solo me piden del rep.?)

31/07

- Los pxx no pagan por el, solo el correo, no es como la carta de correo, como en los casos de embargo. Hay personas que pagan con no. La comisión es más personal y la 4ª separa, no se trata solo al final del trabajo de inv. o de inv. me comparo entre.

02/07

- Pagan de gastos en "sal de reserva", no tiene tanta consideración como el primer pago, sin embargo habla a lo menos 1 profesional de el, o sea, desde uno de los pxx se le compra artículos como para, yema, huevos, como huevo.

30/07

- La carta de correo es la misma recibida, debería salir en el momento del embargo, o por el y adjunto a dicho embargo.

- No tiene obligación de pagar por el, pero si se le permite en algunos casos, el está en este caso hace unos de 1 año.

- Unos de correos ext. refieren a los pxx surgen como "de/da" (lleva marca, etc.)

- Ya me enteré al salir de (esto a la p' solo me piden del rep. del) 31/07

- Los pxx no pagan por el, solo el correo, ut es para salir algo (de forma regular), como en los de salida. Por eso si resulta algo con no. La comisión es más personal y la 4ª separa, no se trata solo al resto del trabajo de inv. de correo, me comparten entre.

02/07

- Pasión de grupos en "sal de reserva", se trata tanto como en el caso de reserva, sin embargo, la tabla x lo (res) y profesional de el (sal) o sector, desde uno de los pxx se le compaña a otros como para, y otros, como como.

- Se daban poder e incluso recibían de cosas por gestionar a plancha, platos, vasos en 7 segundos.

- Se habló de la situación de la zona, la zona no se presta, en platos e platos.

- Los profesores están interesados, no embargo la participación durante o en la zona en la psicología.

06/08

- Los lunes es como nuevo a actividad, la mayor cantidad de información para de los estudiantes. X lo que para y los profesores no pueden hacer nada.

- El profesor de la 10 hora la persona de persona en la zona de consult. etc.

08/08

- El día "inhabilitado" se llevó a cabo en la sala por poder, con corrientes en la zona de 0^{ra}, se recibió información con globos, platos y vasos, haciendo los platos y platos por el día en el día.

OCASA.COM ocasa

09/08

- La sesión de hoy contó con la presencia del grupo "Vivir", de reunión de los propios con padecimiento mental internados en el Hospital de S.M. D. Miguel Pagore - 2015" - a cargo del doctor de la Universidad de Rosari.

Se les + presentaron de la reunión, sus y valores de que se tiene todo de protección como de pss. - Ayuda en la orientación de la planificación de la sala.

Se les de la sala y de al actual, 3 personas, estaban ahí, luego llegó otro a tomar té, y se fue.

Cuando a los pss participó de la exposición en sala hoy (M.H.P.), mismo que se fue a su casa (del S.M.D.), se retiró.

23/08

= El espacio de reunión de fin de otro centro "Espacio multiculti", la participación se dio con dos espacios q' se desarrollaron a la vez de 10h a 12h.

→ Se trabajó con el grupo de una hoja y 2 personas en donde cada persona completaba con algo en relación al título → arte, espacio regular, tiempo libre, recreación, juego.

→ Se definió como objetivos en relación a los 11/10 y se priorizó la mejora en interacción de los niños.

= Los profesores van rotando entre mañana y tarde.

- Hay entusiasmo y la actividad de los niños se ve en cada espacio.

- Los talleres van a ser el 2 de semana.

17/09

- Comulgar al pater noster en RS de SV y Ayudas (de Pasa) ~~ayudas~~ (de Cabrera), SM Libres.
- Ayudas RS - D. ~~100~~ 100
- SV RS - D. Lina ⁽¹⁰⁰⁾
- SM RS - D. Lina

18/09

- Fij x guarda y está en pater noster y pater noster entusiasmado a con a. (Fuerza conjetura)
- x pater noster en entusiasmado a con los = pater noster, (Fuerza)

(RS) ayudas 9:00

- Chac con una trabajadora social, en entusiasmado a con me co neta a la escuela en los 4 horas de trabajo, Ulla Pcon M.S. y los tiempos pater noster.

2:30hrs de duración ← pater noster con entusiasmado a con (Chac)
 coordina el jefe del grupo (pater noster)
 co pater noster con entusiasmado a con
 o pater noster con pater noster pater noster y como se
 entusiasmado a con el trabajo de los pater noster y

funciones sociales (morte vid), los que se
van a ser puestas en la mano, y en
algunas casas comprenden intermedios otros
procedimientos de área reconocidos mediante la
algún tipo de modelo o formato.

→ No todos los pnt. participan a la hora,
y algunos hacen con ellos esta evaluación

→ Se trata de "vos", esto es la 1ª vez
q' lo entiendo en parte de los externos a
otros procedimientos.

→ Los pnt. concuerdan con otros pnt. y (algunos)
en caso de de personas u. exterior a pnt.
del interior.

→ Ayudas tiene la particularidad de la
calificación en la definición de la situación
de los pnt. y q' es un proceso q' lleva a
pnt. conjeturas, o formato un número de origen +
solución a parte de la justicia.

- Que intenten a participar de una guardia, a definir
el día.

09/10

No hubo reserva, profesoras q' van con la,
por el acatill-o a ver si sale pgs

Lo Cont 157?

A la hora como p' q' se pasa por mucho, van a
hacer algo más adelantado, hacer pgs, de cosas,
a ver el p' a ver, me va bien. Con los p's
aprovecho para lo mío, q' poder llegar a ver
lo que p' 11 horas. 5 o 6 p' en una hora?

08/10

Seguía a acatill, había con pgs (3),
así como pgs, pero q' se van.

RS mío, 4 p' en total, con la de x
y de la de, incluyendo p's (2), incluyendo
relatos, no + acatill q' los otros, Salvo,
Shg, no se están exponiendo a los p's 1170 q'
se tocan los q' van, campos de elq'
digo (relatos o p's), y aquellos q' van en política
no de asistir a caso de resto como se al
p' otro tipo de intervención p' extensión.

Modelo de tablas de análisis

Las tablas de análisis de información, utilizadas se basaron en las respuestas de los participantes durante las entrevistas por los participantes, divididas por categorías y sus respectivas dimensiones.

Se presentará el modelo utilizados de base, en tanto las utilizadas para el análisis se presentarán como anexo externo al cuerpo del trabajo por contener datos sensibles de los participantes y por el volumen físico implicado.

Categoría	Referente	Dimensión	Referido

Hoja de evaluación

Título del Proyecto: “Incidencia de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10, en el rol de los psicólogos/as del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone de la Ciudad de Salta en el año 2.018”.

Tema del Proyecto: “La incidencia de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10 en el rol del psicólogo. Un análisis cualitativo en el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, en el año 2.018”.

Alumno: Castellani, Agustín – DNI: 35.921.201 Firma:

Director: Acuña, H. Fernando – MP: 402 Firma:

Co-directora: Ulivarri, Paula K. – MP: 388 Firma:

Tribunal

- Firma:

- Firma:

- Firma:

Calificación:

Evaluación:

Tablas de análisis

El orden de las tablas está expuesto de acuerdo al número asignado a cada participante, y una letra pertinente al orden de los encuentros, planteándose primero la categoría LSM 26.657/10 y luego Rol del Psicólogo, y la dimensión en la que se ubicaría lo dicho. Las se basaron en las respuestas dadas durante las entrevistas.

Participante 1:

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
LSM 26.657/10	1/A	- Salud Mental	Después del 83', con el cambio... el pasar de nuevo a la democracia hubo un cambio, y ahí aparece el concepto de SM y en el 86' que me nombran a mí, se abre la residencia de Salud Mental.
		- Salud Mental	Antes también se hablaba de la salud mental, pero centrada en la función médica, en la hegemonía médica como decimos.
		- Interdisciplina	(Ley Ejercicio Profesional 83') Se proponía la interdisciplina, incluso la Risam es eso ¿no? la residencia de un psicólogo, un médico, asistente social, y enfermero.

		- Interdisciplina	(86') Nosotros comenzamos a trabajar interdisciplinariamente de una manera muy natural, mientras tanto estaba la residencia, pero yo que no estaba en la residencia y otros profesionales hacíamos el trabajo interdisciplinario.
		- Interdisciplina	La interdisciplina para mí siempre necesita de tiempo, tiempo de estar y de charlar. Era un momento en el que uno venía, veía sus pacientes y se iba, no se cumplía mucho el horario, el asunto era ver el paciente, y si tenía consultorio externo atendías, y una vez que terminabas te ibas. La consecuencia era que no había interdisciplina, y no se hablaba de los pacientes, por lo tanto, fue un retroceso.

		- Interdisciplina	La interdisciplina en la parte de internación, si se ve cierto trabajo interdisciplinario, pero con dificultades, por ejemplo, no hay muchos asistentes sociales, el enfermero no está tan integrado, y bueno el psicólogo y el psiquiatra si pueden tener espacios para charlar o intercambiar opiniones.
		- Interdisciplina	Aunque no estaba la ley, pero habíamos tenido experiencia. Lo que tuvimos siempre, es que hay médicos que no están de acuerdo ¿no? Pero en general se puede lograr inclusive, aunque el médico a veces no esté de acuerdo, se puede lograr sí // Hace más de diez años, que hay guardia interdisciplinaria. Aunque no se cumple totalmente la interdisciplina porque debería estar en las entrevistas, como en la admisión del de un

			paciente, cuando llega un paciente a consulta tendría que estar el enfermero y no está.
		- Interdisciplina	La guardia es interdisciplinaria, la única diferencia es que los médicos tienen 24hrs. y nosotros tenemos 12.
		- Interdisciplina	Este movimiento, por lo menos en el hospital viene muy, muy lento y constante, pero desde el ochenta y seis, si bien en algunos momentos el psiquiatra se separa y dice “no, yo soy psiquiatra, no tengo que hablar con nadie”, pero de alguna manera se da digamos.
		- Participación	Los términos o el término usuario no me parecen... “usuario” de uso, no me parece, me parece muy mercantil, no me gusta. Prefiero la terminología habitual, paciente o persona que consulta, o

			sujeto que consulta si querés, pero usuario, ósea se refiere al uso de los sistemas de salud, bueno, pero me parece muy técnico, muy feo.
		- Interdisciplina / LSM	Para mí es bastante adecuada, sí ahí aparece otra vez la pugna con la parte médica, cuando dice que un psicólogo y un enfermero pueden internar, bueno la parte médica no está de acuerdo ¿no? siempre hay una hegemonía y dicen “no, los hospitales son médicos entonces nadie puede decir lo que nosotros vamos a hacer o no”, ósea ahí hay siempre una dificultad, pero como psicóloga que soy estoy de acuerdo. (MMH)
		- Interdisciplina	Plantear una estrategia porque si la interdisciplina tiene... para mí, es efectiva cuando vos te juntas y decís bueno este paciente vos lo entrevistás por primera vez,

			está el psiquiatra, el psicólogo, la asistente social, entonces, mínimamente en un solo acto vos podés arribar más o menos a una conclusión y decir bueno podemos seguir por acá, eso te evita tiempo, porque antes lo que se hacía era, el médico lo veía, el psicólogo lo veía, la asistente social lo veía en distintos momentos por lo tanto eso ya prolonga el tiempo del paciente para arribar a una estrategia o a un diagnóstico ¿no? ...la interdisciplina permite eso, vos sentar rápidamente una visión ¿no? aunque no sea certera, pero decís “bueno podemos ir por este lado”.
		- Participación	...uno por uno, hay que ver, ósea no hay un molde. (estrategias de abordaje con usuarios)
		- Participación	Hay que cuidar la intimidad de los pacientes, hay datos viste... pero sí, sí se ponen,

			yo que sé...// pero si hay algo importante si lo podés poner.
		- Participación	Suponte la familia no le da la medicación, bueno llamarlos y decirles “familia ustedes le tienen que dar así...” (estrategias de trabajo e incorporación de otros).
		- Participación	Al paciente que se lo interna, se convoca en el mismo acto de internación a la familia.

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
LSM 26.657/10	1/B	- Participación	Me parece que la condición necesaria para un tratamiento es el consentimiento y la participación del paciente o del usuario, el querer.
		- Interdisciplina	Me parece que es un elemento fundamental, sobre todo en las instituciones del estado, es

			fundamental para hacer un trabajo rápido, coordinado y exitoso. // en interdisciplina, bueno habla del paciente está ahí, a veces con entrevistas conjuntas y los resultados son muy, muy, muy positivos. // estaba la asistente social, psiquiatra, enfermero y psicólogo, todas las mañanas nos reuníamos, atendíamos pocos pacientes, pero eran pacientes que nunca habían tenido internación. Decíamos bueno, hay este paciente, lo charlábamos, entrevistábamos, charlábamos otra vez, planificábamos una estrategia para el tratamiento, nos dio un resultado fantástico era muy, muy bueno.
		- Interdisciplina	Actualmente pienso que la tendencia es esa, pero no sé si se logra porque ¿sabes cuál es el punto para mí?, que hay que tener tiempo para hablar, el

			espacio para hablar es fundamental, y a veces en las instituciones hay pocos profesionales y poco tiempo, hay que hacer consultorio, no coinciden los horarios, entonces el equipo no habla y si no habla para mí fracasa, el equipo.
		- Intersectorialidad	... por ahí en este momento recién se trabaja más relacionado con la parte de adicciones, tal vez minoridad, pero en general no.
		- Participación / Intersectorialidad	Es importante toda la información, información que el pariente da del paciente y también de alguna manera ciertos principios que los parientes tienen que aprender para poder sobrellevar la enfermedad del pariente ¿no? (familia) // mínimamente sería hablando con el paciente, explicando cómo es la

			enfermedad, cómo tiene que ser el trato. // tratar de dar tips como para que la familia sepa cómo manejarse con el paciente y por otro lado también para que a ellos les sirva, porque como cuidadores siempre es un gran desgaste un paciente con enfermedad mental. // los parientes podemos decir que se enojan con el paciente, no saben qué hacer y en vez de colaborar, juegan en contra del tratamiento. // La salud mental es muy complicada porque no es como otras áreas de salud que vos decís bueno tiene que hacer fisioterapia, tiene que tomar esta medicación y sale... no, no, el problema de salud mental es para siempre, por lo menos hasta el momento, en general las grandes patologías, el paciente siempre lo va a tener, el paciente va a tener

		- Salud Mental	recaídas y si el familiar no sabe es un lío. ...los psicólogos por tradición siempre estuvimos trabajando con la salud mental, inclusive si uno piensa en psiquiatría, la psiquiatría trabaja la patología en cambio el psicólogo trabaja Salud Mental...

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
Rol del psicólogo/a	1/A	- Operatividad institucional	El tiempo de atención era bastante tradicional (año 82), donde lo más importante era el médico, el hospital era un lugar de médicos y enfermeras más que nada. Entonces lo que fuera psicología, fisioterapia, nutrición, eran los que ayudaban al médico (MMH), entonces no tenía la categoría que tal vez tiene ahora ¿no? (antes y después). Después del 83 con el cambio... el pasar de

			nuevo a la democracia hubo un cambio.
		- Operatividad institucional	En el primer momento de trabajo, ya te digo éramos paramédicos. (ej. De hacer psdx)
		- Operatividad individual	“Entretener al paciente” (visión del director sobre la terapia en los 80 ^a).
		- Operatividad institucional	No tenía mucho soporte profesional ¿no? sobre todo reconocimiento de la otra parte.
		- Operatividad institucional	(fines de los 80') Ahí se fue modificando y paradójicamente se modificó y comenzó a ser una atención hegemónica por parte de los médicos y a través de los psiquiatras.
		- Operatividad individual	Siempre el trabajo del psicólogo dentro de este hospital fue el de psdx y psicoterapia, siempre.

		- Operatividad individual	En los dos momentos, lo que pasa es que una cosa es la integración interdisciplinaria y otra el trabajo así individual.
		- Operatividad individual	Hay chicos jóvenes que trabajan distinto, por ejemplo, hay psicólogos que están en internación y ellos hacen un trabajo más de salida al campo, a la comunidad, de acompañar al paciente, cosas así que por mí formación no lo haría ¿no?, yo no estoy tan de acuerdo con eso, me parece que hay otros profesionales que lo pueden hacer como un acompañante terapéutico, pero me parece que la función del psicólogo... ¿llevarlo al banco?... me parece que nuestro trabajo es más acotado ¿no?
		- Operatividad individual	El medico primero no estaba para tomar datos, tampoco llenaba la historia clínica, la función era muy

			acotada. Bueno de alguna manera complementando con el psicólogo hay mayores datos ¿no? es más integral la atención.
		- Operatividad institucional	...yo pienso que sobre todo por exigencia de la gerencia, bueno, y en eso bueno cierta cuestión comunitaria ¿no? (referido a psicólogas comunitarias jóvenes) // Hay cosas que yo no estoy de acuerdo, un psicólogo con pacientes crónicos muy deteriorados no tiene mucho sentido, pero bueno para la gerencia si y bueno.
		- Operatividad individual	...las acciones por ahí que podés hacer son de entretenimiento, no podés hacer una psicoterapia a un paciente deficiente mental profundo... le tenés que enseñar como lavarse, y bueno. Me parece que eso lo pueden hacer otras profesiones ¿no?

		- Operatividad institucional	Inclusive en modificaciones de la estructura de acá, en la última modificación habla de producto, producto de psicología, viste en el organigrama que dice sectores y servicios, yo soy jefa del producto de psicología, producto como una fábrica, no se me parece que extrapolar de otro lado esta terminología, lo mismo usuario. (critica institucional)
		- Operatividad Institucional	Ahora no se da tan fácilmente porque hay muchos equipos, porque no hay espacio, porque no hay todavía suficientes consultorios para atender entonces yo creo que se vuelve más difícil. (accionar de la interdisciplina pretendida como equipo para el hospital)
		- Operatividad Institucional	No estaban los equipos prefijados, pero no sirve porque no hay tiempo para

			reunirse // están tratando de que sean los equipos fijos y también por una cuestión de empatía, si a vos te toca un médico que no te gusta cómo trabaja o que se yo, te llevas mal, es un problema trabajar bien, en cambio cuando hay un grupo prefijado bien, vos tenés un tiempo, lo podes conocer, puede haber una afinidad, y es mucho más efectivo, ahora se está haciendo así, antes con este nuevo jefe no lo hacían, y antes que había una... la Dra. Leonardi, la jefa si éramos grupos predeterminados y trabajábamos bien, trabajábamos muy bien. (confección de los equipos)
		- Operatividad individual	La primera entrevista es para pensar esto, la estrategia, para llegar a un diagnóstico y bueno después ya cada uno sigue con su actividad, si es un paciente que necesita una psicoterapia o apoyo

		- Operatividad individual	psicológico bueno solo el psicólogo lo hace ¿no?, o el paciente necesita cierto control de la medicación, bueno lo va a ver la psiquiatra ósea hay un punto de la interdisciplina en la que se separan en el trabajo puntual. Al principio si hay una comunicación y después bueno... si hay una necesidad sí pero como estamos en el mismo caso es ... vos vas y le decís que pasa esto o lo otro.

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
Rol del psicólogo/a	1/B	- Operatividad individual	Fundamentalmente me parece que podemos aportar con la capacidad de escuchar, la capacidad de no tener prejuicio, entonces viene un tipo yo que se... mal vestido con olor, poder escucharlo, ver cuál es su verdad. Entonces, escuchar, no tener prejuicio y bueno de alguna manera

		- Operatividad institucional	permitir que la palabra circule ¿no? en la familia, en la sociedad, en el aula, yo que se... ...vos fijate, el psiquiatra es muy parecido, pero como parte de la patología, el psiquiatra en general no atiende comunidad porque si, si no es una persona porque tiene determinada patología que consulta con un psiquiatra. En cambio, el psicólogo no, vos tenés psicólogos escolares que van y bueno, hay una dificultad se va, se escucha y tratar de ver que se hace con eso... inclusive todo lo que sea prevención, todo eso, es argumental, propiamente dicha, no es patología, eso me parece que es muy importante...

Participante 2:

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
LSM 26.657/10	2/A	- Interdisciplina / LSM	Entrevistas conjuntas. (respecto a legal y juntas)

			// En equipos... así como bien... más formalizados y con una necesidad inclusive de que el que lo pide, y firmar, y algunos pocos jueces piden que el equipo de cuenta o evalúe tal paciente (MMH), tanto en legal como los pacientes que están internados, por lo general desde justicia viene siempre una solicitud directa al médico, solamente, pero nosotros respondemos en equipo siempre. Esto si bien tiene un cambio a partir de la Ley de Salud Mental hace ocho años, creo que se efectiviza o se legitima, o se empieza a poner más en práctica a mí parecer... no hace más de cuatro años // Y bueno, si hay una dinámica que antes era mucho más hegemónica de trabajo, empiezan a integrarse algunos colegas más... un poco

			quizás tenga que ver con los chicos jóvenes ¿no? que llegan un poquito más empapados la lo de la Ley de Salud Mental, y quizás una dinámica de trabajo más en equipo (cambio de perspectiva por gente joven). Cada entrevista que hacíamos acá en guardia, como las que hacemos en agudos son en equipo presente, o por lo general salvo que por cuestiones de tiempo tengas que hacer otra cosa, consultorio o algo, el psicólogo, el trabajador social y el psiquiatra.
		- Salud Mental	Como servicio de emergencias esto ya ha dejado de funcionar como servicio, hay solo dos camas de observación de varones, dos de mujeres y ya por veinticuatro horas solamente, cuando supera esas horas se decide si el paciente se deriva, se externa o debe

		- Interdisciplina	permanecer internado y pasa ya al servicio de agudos (LSM). Esa dinámica la he notado más allá del momento, el poder trabajar, interactuar, aprender de compañeros como trabajadores sociales, se enriquece muchísimo la atención, la información tanto para el equipo... porque lo que pasaba antes era que, con el encuentro con el psiquiatra, te digo porque mayormente teníamos que hablar, era por iniciativa de alguno, por lo general buscándolo... (antes y después, 4 años a la fecha) // ya es menos pero en referencia del paciente se siente como si tuviera mayor prestigio o valor si la opinión o la referencia es medica ¿no? (MMH) // lleva mucho tiempo que haya un cambio y se

			transforme a nivel social (cambio estructural) // Pacientes que vienen y nosotros salimos en equipo a atender, psiquiatra y el psicólogo, no es que el paciente quiere y así.
		- Intersectorialidad	Lo que se hace sobre todo la desintoxicación, tratar de articular con otras instituciones como la secretaria de salud mental, como el hospital Milagro viejo, donde hay un equipo de desintoxicación, está la sala de desintoxicación, para que pueda entrar en algún dispositivo ¿no? pero bueno, en este momento es complicadísimo el ingresar.
		- Intersectorialidad	Nosotros el equipo, o la trabajadora social nos comunicamos con colegas de los otros hospitales, por lo general

			la trabajadora social llama ¿no?, porque ya ubica a los servicios sociales de los otros hospitales, las instituciones, pero desde el equipo, nosotros desde acá. (quién realiza la comunicación con otras instituciones)
		- Intersectorialidad	...si requiere mayor tiempo pasa a agudos, en agudos se empieza a evaluar, se entrevista en equipos, y se entrevista a la familia y se trabaja con la familia, cuando hay, y bueno también se puede vincular a la familia con otras instituciones en otras instancias. (trabajo conjunto con la familia)
		- Intersectorialidad	Y a veces cuando no hay familia puede estar alguna instancia de la comunidad interviniendo con mucha suerte, a veces como en este momento las

			derivaciones de otras instituciones se hacen con mecanismos de referencia y contrarreferencia que se está implementando. (inclusión de familia y comunidad en tratamiento) // Con una hoja de derivación o de referencia, cuando viene de otro hospital que da cuenta de los motivos o la solicitud por la cual quieren que sea evaluado. Las derivaciones siempre tienen que ser como pedido de evaluación, porque el equipo que va a estar acá va a decidir si el paciente tiene que quedarse o no, y si es que hay cama y todas las demás condicionantes ¿no?, agotar las posibilidades de manejo ambulatorio, y evaluar obviamente riesgos para el paciente o para terceros.

		- Interdisciplina	Para mí hay muchas cosas que no se daban por dos motivos me parece antes, una obviamente, por la revalidación del modelo medico hegemónico, otra porque evidentemente tampoco había una ley que diera implicancia o autorizara a la integración del resto de los profesionales para trabajar. Y la otra cuestión que no es menor, son las cuestiones particulares donde verá cada uno si se integra más o está como más de afuera ¿no? (interdisciplina, Intersectorialidad antes de la Ley ¿se daba o no?).
		- Interdisciplina	Después, de la ley se legitima o se dinamiza, para mí, en función, en movimiento, se concretiza de alguna

		- Salud Mental	manera los trabajos en equipo, parece que unos años después recién. (tiempos y objetivos generales con usuarios) ...desde la cuestión legal hay pacientes que están hace seis meses internados, cuando en realidad no hay ningún criterio hace tres meses o cuatro meses ¿no? En el caso del juzgado de garantía, ejecución y sentencia, ósea como dice la ley el equipo no puede decidir que el paciente esté en condiciones de estar internado, requiere de la autorización del juez, de otra manera se trabaja con las asesorías, con los juzgados de familia, no sé, en asesorías todos sabemos que tenemos plena posibilidad de decidir el momento en el que el paciente necesita externarse, ya

			comunicamos e informamos, también informamos las pautas que se dan, las referencias familiares o con quien está, y todo esto, si hicimos un tratamiento ambulatorio aquí o en otro lugar.
		- Interdisciplina	(crítica a la ley) ...lo que si apoyo totalmente es la importancia del trabajo en equipo, la interdisciplina...
		- Salud Mental	(guardias reducidas a 12hrs / LSM) ...algunas decisiones políticas (se ríe), porque en el inicio hacíamos veinticuatro también ¿no? son esas cuestiones políticas que van más allá de nosotros... // ...pacientes que vienen con una urgencia subjetiva podríamos decir... parece que la solución más inmediata puede ser la farmacológica, pero al

			estar el equipo se da ese espacio de escucha ¿no? que se abra, que se pueda desanudar algo al final... // ...da otras posibilidades, y en la comunidad hay algún efecto, se va notando que muchas veces vienen y piden hablar con el psicólogo también, ahora sí, ya no es solo médico. Bueno de la ley, defender el tema de la interdisciplina. (interdisciplina – MMH – diferencia entre sistema de salud y sociedad)
		- Participación Salud Mental /	...la apertura también de trabajos en grupos. Para la comunidad también... hubo un tiempo acá el grupo para los padres de pacientes esquizofrénicos o pacientes mentales, que funcionaba muy bien, pero fue una iniciativa única que alguna vez una colega lo hizo, pero

			bueno sería generar más espacios de este tipo para la comunidad. (trabajo con familia)

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
LSM 26.657/10	2/B	- Participación - Participación /Salud Mental	... en la medida en que el paciente pueda empezar a comprometerse ¿no?, a ser responsable de su tratamiento. Esto... primero bueno en el caso del consultorio cumpliendo con los turnos que se otorgan, con la modalidad que plantea el sistema... en cuanto a internaciones también, pudiendo circular y poder comprometerse con otro tipo de estrategias terapéuticas que se le proponen ¿no? ... yo te hablaba en un momento del cambio ¿no?, esta cuestión del trabajo en equipo, del equipo interdisciplinario, una dinámica de trabajo

			más en equipo y no tan hegemónica podríamos decir ¿no? médica... ha empezado por poder dar la posibilidad de participar, e incluir más a la familia y a la subjetividad, a los pacientes ¿no? Brindar otro espacio de escucha, y pudiendo trabajar con eso ¿sí? Me parece que desde ahí hay un cambio ¿no? y también no deja de ser un cambio, bueno, obviamente los cambios de la ley y... el movimiento de profesionales, hay un gran movimiento que empieza a jubilarse, con algunos modelos más antiguos y se empiezan a renovar de alguna manera los equipos.
		- Interdisciplina	Interdisciplinariedad, bueno nosotros lo... todo tipo de entrevistas, evaluaciones y trabajos que hacemos, ya sea que

			te toque atender un paciente que viene por consultorio externo, que lo tengo que atender, la mirada es que no es... sin el apoyo, el trabajo, la intervención, el asesoramiento del asistente social, del enfermero, bueno... el médico ¿no?, plantean, se trabajan cada uno de los casos en equipo... // ...tenemos referencia y una comunicación constante con... sabemos quién es el medico también que está a cargo ¿no?... para articular alguna... novedad, o alguna propuesta nueva, bueno, ya no es el trabajo más individualizado, no, más solo, aislado, no.
		- Intersectorialidad	Si se trabaja en principio con otras instituciones, interhospitalariamente con centros de salud en principio, y... también con hospitales del interior

			¿no?, de esta manera articulamos... cotidianamente... bueno ahora yo ya no estoy de guardia en agudos, pero, se articula bueno previo trabajo, planteado en el equipo... se tejen los trabajos posibles con el hospital de referencia o la municipalidad...
		- Intersectorialidad	Nuestro trabajo ahí interinstitucional, lo tenemos con las instancias del poder judicial ¿no?, muchísima gente del patronato, que se yo se hacen acá juntas...
		- Intersectorialidad	...acá está el servicio de medicina legal, que diariamente está realizando las juntas en equipo, psiquiatras, psicólogos... a pacientes que derivan de gendarmería, porque tienen alguna causa del juzgado federal... se

		hacen algún otro tipo de pericias con gente que viene del servicio médico del poder judicial ¿no? - Salud Mental / Intersectorialidad ...los problemas, pueden estar relacionados a cuestiones de lugares o carencias ¿no? económicas de recursos ¿sí?... que a veces hay algunas limitaciones en cuanto a, por ejemplo, se deriva un paciente, no hay... depende de la patología del paciente, a veces no hay lugar más adecuado ¿no? // Hay instituciones para rehabilitación que no reciben patologías duales podríamos decir ¿no?... no hay sitio, que quiera hacer un tratamiento de recuperación pero que no tenga trastorno psiquiátrico, entonces esta carencia de recursos, de dispositivos, son como limitaciones.	

		- Salud Mental	...el mejor aporte es esto de poder... en accionar en lo cotidiano, un poco legitimando lo que dice la ley ¿no? Yo creo que ha costado mucho porque hubo mucha resistencia en el sentido que la ley dice una cosa... // ...pero como que hay ciertos tabúes, o ciertos preconceptos ahí... sociales o que se yo ¿no? ahí que circulaban, no había mucha acción sobre eso ¿no?, entonces... esto de poder... tener esta apertura ¿no? tener este intercambio, esto de poder trabajar con otros colegas en otras instituciones, poder de alguna manera informar a la sociedad mediante el trabajo que hacen a veces los chicos de residencia ¿no?, en los centros de salud, mediante los trabajos que también se están haciendo en grupo para las familias de

		esquizofrénicos, de los pacientes esquizofrénicos (se relaciona con la dimensión institucional de la categoría rol) - Salud Mental ...mayor apoyo quizás político, mayor apoyo político o poder dar cumplimiento a lo que dice la ley ¿no?, me parece que por ahí tiene que ver con esto de que, el porcentaje que se determina, que le corresponde a la Salud Mental, pero bueno eso no se efectiviza ¿no?, porque de ahí también, de eso depende que dispositivos entran en funcionamiento, al contrario se fueron cerrando secretarías que se cerraron... // ...hay muchos dispositivos que no... que funcionan ¿no? como a pulmón acá por la institución... // no son incluidos, no están

			totalmente ubicados en un lugar de importancia en lo que hace al resto ¿no? de Salud... (necesidades para mejor funcionamiento de la LSM)

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
Rol del psicólogo/a	2/A	- Operatividad Institucional	Soy psicóloga asistente, trabajo en el sector de agudos, soy psicóloga de guardia... tengo una jefatura en consultorio externo.
		- Operatividad Individual	En la sala tengo que organizar mis actividades sobre todo en las mañanas para supervisar y coordinar lo que es la presencia y asistencia de profesionales en cobertura y atención en consultorios... (asunción de jefaturas como novedoso, igual que respuesta de arriba) // como se van a ir remplazando en el caso

		de los médicos, no así en el caso de los psicólogos, porque se remplazan los médicos más fácilmente ... en el caso de los psicólogos que, por una cuestión de atención del profesional, la transferencia. (diferenciación de roles profesionales).
	- Operatividad Institucional	Consultorio externo tiene que ver con esto, tiene que ver con algunas cuestiones así administrativas ¿no? a nivel informático, que ahora está todo en el sistema Salta Salud que tiene todas las estadísticas y atención, también se trabaja todos los días con las aptitudes psicofísicas, que la toman tanto psicólogos como psiquiatras, funciona la parte de medicina legal, la junta. (aplicación operativa desde la institución)

		- Operatividad Individual	(referencia a juntas y legal) Y es una evaluación por lo general de una sola vez, y de acuerdo a los antecedentes que están en la historia clínica, evaluaciones anteriores, hechas por médicos tratantes o psicólogos se da un aval o se acompaña lo que antes se dice ¿no? y si es una primera vez y caben dudas se solicita una evaluación o un psicodiagnóstico más exhaustivo para poder llegar a una aproximación de diagnóstico, de estructura y todo eso... si estuviera descompensado, desde psiquiatría, y bueno se puede derivar desde ahí, pero por lo general es una única entrevista.
		- Operatividad Institucional	...cuando el paciente se retira de acá nosotros tenemos que mandar una contrarreferencia al

		mismo lugar como correspondiendo, que estuvo internado, o que se evaluó en el día, y las indicaciones ¿no? eso es importante para poder tener un seguimiento a nivel sistema de salud. (cambio en cultura institucional, profesionales jóvenes también)...donde se trabaja dinámicas más en equipo, poder interactuar con el profesional de otras áreas, de poder implementar estos espacios para hablar, debatir sobre determinados casos, decisiones que vamos a tomar, los informes que hacemos, la necesidad de que todos estemos de acuerdo, la firma con convenio de los tres, que también implica que si hay una audiencia o algo, los tres van a estar sabiendo o conociendo el caso, si alguien consulta o
		- Operatividad Institucional

			pregunta, familiar, la institución o poder judicial, los tres conocemos de la problemática a fondo y no solo de la propia área o incumbencia, sino también diagnóstico, después el tratamiento psiquiátrico que tiene, la situación familiar en ese momento, las alternativas de dispositivos de la comunidad que se han tomado o con otra institución, todos manejamos esa información, y para el equipo, para el paciente, para la clínica es muy enriquecedor, para mí en la resolución de un caso es mucho mejor, para el mismo paciente y familiares también, porque ellos notan que es su lugar, que son escuchados, atendidos, asesorados y la familia también...

		- Operatividad Institucional	...esta posibilidad también surge con el cambio de la ley, porque antes... jamás había un psicólogo como jefe de sala. (ejercicio de cargos jerárquicos) // mi caso... es como un espacio ganado. // ...lo que se quiere empezar a implementar, es que a la vez que están estos lugares, se quiere implementar el tema de los concursos.
		- Operatividad Individual	(nuevas operatividades x nuevas funciones) ...esa fue mi pregunta y mi duda, porque acostumbrada siempre a hacer asistencia del paciente internado... // ...me planteó algunos objetivos, ver como jugar, y hacer su aporte desde lo profesional, desde las cuestiones clínicas también ahí, en la cuestión de institución, el manejo de recursos humanos, con el que se trabaja todo el

			tiempo. // ...seguir formándome, aprendiendo y descubriendo con todos mis compañeros lo que tenga que ver con el manejo de recursos humanos, administrativos, parte informática, con colegas, con profesionales de otras áreas, con la parte gerencial.

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
Rol del psicólogo/a	2/B	- Operatividad Individual	Bueno desde un principio el trabajo que tenemos con ellos es de... primero que puedan empezar a conocer a la institución y al equipo ¿no? como mediadores de confianza podríamos decir, identificar un poco este fantasma que había ¿no? (referencia que incorporaría también lo institucional) de que... primero que aparece como sorpresa ¿no? de la gente, que pueden hablar,

			que son escuchados, no sabían que era así, es que como otro tipo de abordaje en relación a salud mental ¿no? Porque hay mucha resistencia a veces a la internación de la familia // (en equipos) ... se trabaja con la familia, se evalúa la situación, se diagnostica un poco a la familia, a las partes de la familia... que parte más... que se yo, podríamos decir sana, con quién se puede trabajar, con quienes no, se analiza ¿no? la situación familiar, un diagnóstico de situación podríamos decir y, de ahí se pueden... se otorgan las alternativas posibles de dispositivos en los cuales pueden trabajar o incluirse los pacientes y ellos pueden ser acompañados.
		- Operatividad Individual	Me parece que esta... el posicionamiento, la definición del lugar del psicólogo, obviamente

			más allá de la orientación que cada uno tendrá ¿no? en su formación, pero... el dispositivo de la palabra ¿no?, el poder escuchar ¿no?, al paciente... con un lugar ahí, y poder trabajar con eso, desde allí, donde justamente desde muchos lugares donde no se escucha ¿no?, de sujeto que sufre, que padece o qué dice cuando dice algo, si es lo que realmente quiere cuando está diciendo o no... poder de ahí llegar a buenos diagnósticos ¿no?, la estructura, la situación para poder intervenir.

Participante 3:

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
LSM 26.657/10	3/A	- Interdisciplina	Trabajo con otros profesionales en grupos de psiquiatras, enfermeros, asistentes sociales y psicólogas, interdisciplinariamente... desde antes de la ley de

			salud mental que se trabaja así o se intentaba. Con la ley ya hubo distintos cambios, más allá de los grupos de trabajo... si o si se tenía que dar.
		- Interdisciplina	...ahora se deben ver casos ya de años, en crónicos, es hacerlo día por día, menos medicalización, hoy por hoy discutimos mucho más en equipo si decidimos dar un alta, o como se va a trabajar con el paciente, y todos los profesionales opinan desde su lugar, el ver cuánto tiempo o se intenta, que permanecerá en la sala (empalma con 2° punto de rol).
		- Interdisciplina	(cambios a partir de LSM) se trabaja interdisciplinariamente, más ahora...

		- Intersectorialidad	...con otras cosas no, por ejemplo, no hay camas para patologías mentales en los otros hospitales (faltas actuales) // ...estas patologías casi siempre derivan acá... u otras opciones no solo consultorio externo; otra cosa es que no hay psiquiatría en primer nivel, se centraliza todo, en vez de poder trabajar con la persona en su comunidad... (faltas actuales)
		- Interdisciplina	Nosotros salimos tres veces por semana a ver pacientes que fueron externados, eso antes tampoco se hacía.
		- Interdisciplina	...atención interdisciplinaria de manera formal... creo que la aplicación sufre por falta de presupuesto, para Salud Mental el bajo y existen muy pocas

			opciones, se necesita más inversión. (opinión sobre la Ley)
		- Salud Mental / Intersectorialidad	Hay pacientes con distintos requerimientos más allá de lo psicológico o psiquiátrico, más de tipo gerontológico, les recortaron en presupuesto de PAMI, y la pensión es baja para pagar acompañantes terapéuticos. Es un armado que se hace artesanalmente...
		- Intersectorialidad	Para el día de la salud mental del dos mil diecisiete, lo hicimos con la comunidad, en la plaza de acá, con residentes, grupos, pacientes y psicólogos, hubo murga y música, tenía que ver con la necesidad de salir, de incluir también a la comunidad, la gente se fue acercando fue re lindo.

		- Salud Mental	Los residentes armaron el grupo “compartiendo entre amigas” ... no es terapia grupal porque sería exponer la intimidad con otros y no es lo que se busca porque hay espacios para eso ya, por vía del mate y el ir respetando los turnos, hablando, se van trabajando pautas que más adelante ayudan a la hora de externar, el poder trabajar esas normas que a veces es más difícil con las pacientes. // “Valientes” Es el grupo con el que trabajan el musicoterapeuta y las dos psicólogas comunitarias que están, tienen sus instrumentos, y hacen murga, es otro lugar para que participen, varía me dijeron en la participación, pero si van. (implementación de abordajes novedosos/creativos +

			tiene que ver con innovación en el rol).

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
LSM 26.657/10	3/B	- Participación - Participación	...lo primero que hace a la participación es el consentimiento, que constata al paciente sobre el tratamiento que se le va a impartir, en guardia es así, acá no. Y por ejemplo la batucada (formas alternativas de abordaje) implica participación... también hay otras ofertas, lo que es consultorio externo, la asamblea de pacientes en algunos momentos y que se hacen en algunas salas... se hacen en determinados momentos, como en hospital de día, sala de varones, sala de mujeres, es abrir un espacio para la expresión de quejas o problemas.

		- Participación / Salud Mental (¿Desde cuándo?) Siempre, pero era menor, desde mi experiencia ¿no? Pienso en otros canales que no existían y ahora están, siempre hubo asambleas, también hay otra mirada, de los profesionales jóvenes desde la Salud Mental, donde se piensa en una perspectiva de derecho del paciente.	
		- Interdisciplina Es la construcción de un campo común entre diferentes saberes, es el ideal... hay como muchos momentos, a mí la risam me permitió esa mirada, aquí no es lo más común, con algunos aún más, igual ahora un poco más que hace no se diez o doce años, el psiquiatra derivaba al psicólogo, ahora es el debate y la discusión, el recambio también.	

		- Intersectorialidad	Es difícil, muy difícil a veces... la disponibilidad de camas no se da como indica la LSM, los pacientes se derriban directamente para acá...
		- Intersectorialidad / Salud Mental	Mucha gente, sigue siendo frecuente la internación como respuesta de la justicia, es violatorio de los derechos de los pacientes. En la guardia se ve más, de quejarnos porque dormían con grilletes, como trasladando el sistema carcelario al hospital. (hospital, organismos judiciales // entre el 80% y 95% según datos de Lic. Natino de usuarios con alguna relación con la justicia).
		- Intersectorialidad / Salud Mental	En la parte de crónicos, ligada a las posibilidades de externación, derribando mitos sobre la

			enfermedad mental. Trabajar los obstáculos que el paciente tiene para la vuelta a casa, las angustias, miedos, nosotros tomamos contacto a partir de un quiebre. Pensando en externación, tenga un contacto, visitas o vengan a verlo. En la primera época, la comunicación del diagnóstico y trabajarlo, las preguntas. Cuáles son los aspectos sanos y enfermos, lo que trae la familia como angustia y ansiedad. (trabajo con la familia + relación con categoría rol y dimensión operatividad individual). // Se la capta a la familia en el momento, o con la demanda misma, e ir guiándola a la familia si está más presente, en crónicos, no se da tanto eso, no viene la familia.

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
Rol del psicólogo/a	3/A	- Operatividad Institucional	Se generó una ruptura, fue un avance el dar lugar a la Salud Mental, todos tenemos mayor incidencia (MMH), yo me formé en la Risam, por lo que ya tenía otra mirada. Si costo, y cuesta a veces, con profesionales más grandes sobre todo... con los que tienen mucho más de diez años aquí, pero se va modificando, entraron profesionales más jóvenes por lo que también cambia la forma de trabajo en las salas. (Profesionales jóvenes y cambio de perspectiva).
		- Operatividad Individual	La idea es externar cuando se puede, a veces los criterios terapéuticos van a ser distintos o no se coincide, y hay que buscar la manera de trabajar con ese paciente y es difícil.
		- Operatividad Individual	(cambios a partir de LSM) en la ocupación de los

			cargos, ahora hay profesionales no médicos en cargos como jefes de sala, incluso el general del hospital...

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
Rol del psicólogo/a	3/B	- Operatividad Individual	Muchos, muchos... desde la formación tenemos una mirada más acorde a la LSM, al espíritu. La participación, derechos, no nos resulta ajena si no que son inherentes al tratamiento, el tema de que se respete la participación, la intersectorialidad, que se trabaje en la comunidad, la intersectorialidad, la familia, tendemos más a esa mirada. (aporte desde la profesión a la LSM)
		- Operatividad Individual	Si yo te digo valoración clínica, también la puede hacer el psiquiatra... es la escucha y el tratamiento desde la palabra, tomando los dichos del paciente y

			no medicando los dichos del paciente que es lo que se pretende muchas veces. También las valoraciones pueden ser distintas. Más allá de la orientación y el espacio para que se pueda abrir, desplegar ese síntoma, trabajar con la angustia del paciente. Alojar el síntoma y hacer algo con eso. Hablar con el paciente que pueda salir de la crisis, ingresar y demandar un tratamiento y pueden mantenerlo en muchos casos, y eso es específico y que si se juega nuestra profesión. (diferencial del rol con otros profesionales de la salud)

Participante 4:

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
LSM 26.657/10	4/A	- Interdisciplina / Intersectorialidad	(agudos) ...con algún criterio de internación previa que los equipos que están en la guardia y

			que requieren un tiempo mayor... al menos ahora es de cuarenta y ocho horas de trabajo terapéutico como para que se diga que ya no tiene un criterio de internación y se puede orientar eso por otro lado, entonces se hace un abordaje interdisciplinario donde se va viendo sobre todo eso que salga de esa situación aguda, tanto en lo psicopatológico como en lo familiar, social, laboral, como que ahí entran a jugar un montón de variables, que hacen que la internación tenga una función... y bueno como psicóloga estoy en todo ese proceso ¿no? de ese abordaje interdisciplinario donde se atiende no solamente una situación puntual del paciente, sino también a la familia, o al contexto en el que está incluido el

			paciente en realidad, porque justamente tenemos muchos pacientes que están solos. Entonces ahí se comienza a hacer como este trabajo en red, trabajo interinstitucional, es como que ahí se empieza a ampliar según el caso, siempre lo va a ir determinando el caso, y van variando también las funciones en torno a si se empiezan a abrir... hay asesoramiento a familiares, como te digo trabajo en red, en la misma discusión dentro del equipo me parece como que es algo muy importante...
		- Interdisciplina	...a veces se logra un trabajo interdisciplinario, y a veces simplemente coexisten profesiones que hacen algo, que es la multidisciplina; en general la apuesta es a que haya alguna

			articulación, y que digamos que... no solo tiene que ver con la articulación con otros profesionales, sino que obviamente el caso no se agota en una disciplina (complejización), entonces ahí entra en juego bueno, "hasta aquí puedo llegar yo..." y darle un poco la posta a otro para que... empiece a aportar desde otros lugares ¿no? otro saber, otra herramienta, tanto desde lo metodológico como desde lo académico, como desde lo personal...
		- Interdisciplina	(diferencia entre multidisciplina e interdisciplina) ...son muchos factores que hacen que algún profesional esté como más predispuesto a... que digamos evaluar, conversar un caso digamos, más allá de su

			disciplina, entonces me parece que depende de cuestiones tanto actitudinales, por llamarlo de alguna manera... como por cuestiones que también se dan de las complejidades del caso ¿no? // (¿historia profesional + MMH?) me parece que es como, desde la posición de la que uno se pare ¿no?
		- Intersectorialidad / Participación	...por ahí se vuelven un tanto engorroso, sobre todo los criterios de admisión de determinada institución y es donde uno empieza a hilar fino tratando de allanar cuestiones que por ahí se vuelven un poco burocráticas, de criterios de inclusión o de exclusión para el acceso a un tratamiento ¿no?, me parece que ahí es una de las opciones de articulación con

			instituciones donde uno tiene que tratar de... favorecer estrictamente que un paciente no quede en medio de una discusión que pueda ser teórica digamos... // ...hay mucho trabajo en red posible, que no siempre se logra me parece, como tan estricto al tema de los libros... // ...cuestiones como más sutiles de un caso, por ahí no son tan visibles, pero me parece que son sumamente importantes a la hora de una externación, me parece que el trabajo con otras instituciones es tanto al ingreso como durante la estadía de un paciente como en el egreso ¿no?, me parece que todo lo que implique poder... incluso a veces se hacen visitas domiciliarias al lugar de residencia del paciente, y eso también implica una especie de

			trabajo en red, donde se habla con vecinos... (refiere luego a trabajar la estigmatización). // (¿visitas ya programadas desde hospital?) No, no por una cuestión de hacer un buen uso de los recursos que tenemos no se hace en todos los casos, por ahí se selecciona en qué casos conviene... pasa más por una selección; pero si como que desde la institución está abierta esa posibilidad, y bueno si obviamente el tema de los recursos para que eso se pueda dar... siempre tiene que ver con cómo trata de adecuarse a las posibilidades (recursos y hospital). // (trabajo con familia) siempre se trata de trabajar... una me parece que debe incluir en el mismo diagnóstico de situación el contexto del paciente...

		- LSM	(fuera de entrevista refiere a LSM) ...me parece que sí, que de a poco va teniendo su incidencia... como yo te decía, al haber entrado en una residencia interdisciplinaria tal vez estoy ya como sesgada por un tipo de formación que la he buscado de algún modo, entonces... eso. // antes funcionaba de otra manera, pero en la residencia siempre se ha promovido eso... // más allá de la ley hay, y habrán, pero la ley me parece que marca... al menos una suerte de organización y de... enmarcación de las políticas y otras cuestiones y que tiene su repercusión obviamente...

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
LSM 26.657/10	4/B	- Participación	...Sí, por ahí es una cuestión que yo más tomo en los tratamientos con los pacientes, además por una cuestión de que la ley exige de alguna manera, parece que genera como una... posibilidad terapéutica más favorable ¿no? el hecho de que el paciente participe un poco más. Si me parece que también depende de múltiples otros factores, como ser las características de la patología y las características singulares del paciente... // ...trato de promover siempre el tema de la participación, en el sentido de que preguntan, preguntan muchas veces, muchas cosas en relación al tratamiento. // ... si son como pacientes con dificultades con características como

		más introvertidas, de poco interés, apatía, entonces ahí es donde uno si se queda solo con eso es que la relación es más fácil que se vuelva asimétrica, y entiendo que a eso apunta un poco la ley digamos. - Participación ...no podría precisar una fecha digamos, tal vez como yo te decía la otra vez, en mi caso como que lo veo mucho con las personas que se han formado en residencias interdisciplinarias, y ya hubo una perspectiva de formación específica, me parece que es un poco más fácil que esto se aplique, igual no creo que sea una condición exclusiva de una formación, pero si me parece que esta como bastante asociado, pero eso como un observador digamos, o mí parecer. (desde cuándo)

		- Interdisciplina	Hay como distintas formas de entender la interdisciplina como método de trabajo, como condiciones de posibilidad, pero bueno me parece que en principio es como que una cuestión hasta actitudinal de trabajo, enfoque, que permite... abrir posibilidades de trabajo que no sean individualistas, que no sean... desde una perspectiva única, y que también son acordes a las respuestas actuales de lo que se presenta en el campo de la Salud Mental. Entonces me parece que es como una respuesta de trabajo, también de metodologías de trabajo, que permiten digamos, ampliar las perspectivas unilaterales, las cuestiones... reduccionistas también,

			me parecen que también son, digamos, perspectivas donde justamente se considera el punto de partida, que es un campo complejo y que no responde solamente a un tipo de disciplina, por otro lado me parece que es un campo que... o una estrategia, metodología de trabajo que si o si implica tensiones porque me parece que justamente se ponen en juego diálogos, y debates también, que implica el encuentro y el desencuentro entre paradigmas y epistemologías diferentes entonces, me parece también que eso es lo que permite que algo no se resuelva de una sola manera, me parece que son como hasta pensamientos creativos los que se intentan generar a través

		- Interdisciplina	de esta estrategia, de metodología de trabajo... No, yo creo que no es una cuestión de juntar personas, me parece que... en una entrevista pueden haber varios y no ser un enfoque interdisciplinario o no producirse la interdisciplinariedad, me parece que desde el vamos no siempre se produce, porque eso hay que saberlo, que hayan muchas disciplinas puede ser un esquema perfectamente multidisciplinario (marca ≠); y me parece que puede haber una sola persona, y aun así haber interdisciplina si en su intervención, o en su manera de trabajar está incluyendo la posibilidad de trabajar con otros, es lo que me parece más importante, puede haber una sola persona

		entrevistando, pero después saber cómo incluir a las otras disciplinas, y después hacer una reunión donde se pueda debatir sobre un aspecto en particular... (cómo se lleva a cabo) - Interdisciplina ... a partir de la ley al menos se posibilitó claramente el terreno para que digamos... de trabajo en equipo y también eso permite que también se pueda llegar a producir la interdisciplina, creo que abono mucho para que esto ya no sea una cuestión de pocos o una cuestión como aislada que dependa como de cuestiones tan azarosas digamos, me parece que cada vez es menos azaroso... // ...por lo menos generó me parece que ya nadie puede obviarlos, eso me

			parece un punto muy importante, yo creo que ya está todo el mundo informado, conoce lo que es la propuesta, ya si pasa o no pasa dependen de otros factores... (¿a partir de LSM incrementó?)
		- Intersectorialidad	...se trabaja con todas las instituciones, tanto a nivel capital como en el interior, entonces es muy amplio el aspecto de sectores digamos, porque dentro de lo que es la misma área de salud se trabaja con todas las otras instituciones y todos los grados de complejidad, porque claro, se reciben derivaciones y se normatizo un poco el sistema de referencia y contrarreferencia, entonces bueno se reciben derivaciones de todas las instituciones... // ... en los hospitales del

			interior se está tratando de coordinar muchísimo con todos los dispositivos que existen, tratar de favorecer que el paciente no se re interne, para eso hay que armar una red...
		- Intersectorialidad	sí... desde el desconocimiento de cómo se trabaja con... qué sería lo más acorde para un paciente, hasta por ahí algunas acciones por omisión digamos que no se realizan, que ya implican otro tipo de situaciones donde hay también una desidia digamos... Y si también hay otros lugares donde, se desconoce, nosotros acá también desconocemos ciertos lugares, porque en el interior es bastante difícil recabar información... // Más los prejuicios, me parece que también eso lo tratamos de trabajar

			siempre, de los profesionales de la salud en general, con respecto a pacientes psiquiátricos, muchas veces se considera como que porque tenga patología psiquiátrica por ahí se desmerece todas las otras atenciones que... de salud integral por ahí que requiere, bueno también hay mucho prejuicio... sumado al cuadro de comorbilidad, muchas veces tenemos pacientes con cuadros de comorbilidad entonces en determinadas instituciones nos rechazan porque digamos, tienen que tener una sola patología. (dificultades intersectoriales)
		- Intersectorialidad / Salud Mental	...es muy frecuente que algunos casos ingresen por ahí a la internación por... digamos oficiada a

		- Participación	través del poder judicial, con alguna causa ya legal, hay otros casos donde no... ...se trabaja digamos en un trabajo de apoyo, contención, esclarecimiento, psicoeducación. Primero me parece que el trabajo con la familia también es hasta de diagnóstico más global que de un paciente, intentando ver qué sucede no solo con el paciente, sino ampliando su contexto más cercano; entonces también hay como un trabajo de diagnóstico respecto del paciente y su contexto, no solo de la familia me parece y bueno a partir de ese diagnóstico trabajar con intervenciones que uno supone que van a ser beneficiosas para... ambos digamos me parece que ahí ya hay

			que trabajar como un caso, un caso es más amplio que una persona, entonces me parece que ahí el trabajo es el esclarecimiento de que conoce acerca de lo que le está pasando. Va desde de lo preventivo hasta lo asistencial digamos, intervenciones terapéuticas, un trabajo bastante amplio. // es siempre con el enfoque de equipo (Familia + Operatividad Individual).

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
Rol del psicólogo/a	4/A	- Operatividad Individual	...en consultorios externos esta... digamos abierto a las consultas y la demanda que haya pacientes ambulatorios, y bueno a partir de ahí... bueno algunas quedan solamente en consultas, en algunos casos hay alguna demanda que tiene que ver más con cuestiones un tanto

			burocráticas como son certificados... que puede quedar solo en eso o también ser una puerta para otro tipo de intervención ¿no? // ...ya sea para un tratamiento específicamente... // ...a veces es simplemente un papel para un certificado de discapacidad o algún pedido de alguna institución por algún trámite que tengan.
		- Operatividad Individual	Hay funciones que puede tener un psicólogo, y los criterios que uno puede aportar ahí van a ser seguramente distintos a los de un psiquiatra, distinto a los asistentes sociales (agudos). (complejización de intervenciones).
		- Operatividad Institucional	(roles jerárquicos) ... con la ley al menos, no hay... esta como abierta digamos abierta la

			posibilidad, y como “legalizada” precisamente... // ...se han abierto esas alternativas quizás, a nivel informal me parece que es un gran avance importante, si después me parece que circula todo lo que no está en el nivel informal, que ya tiene que ver con otro nivel de análisis me parece... // (¿qué sería lo formal e informal?) ...lo formal no quita que a veces existan otros niveles de... que en la práctica diaria se pueden poner de todas maneras en juego cuestiones que no tienen que ver específicamente con esta apertura que plantea la ley digamos, obviamente la ley lo que hace es regularizar la posibilidad de abrir un campo, pero lógicamente no puede llegar a un nivel informal ¿no?

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
Rol del psicólogo/a	4/B	- Operatividad Individual	... bueno me parece que el psicólogo tiene sobre todo mucho aporte en cuanto a que la... su instrumento de trabajo me parece que siempre tiene que ver con la palabra, y eso es algo que creo que media bastante con que el tratamiento pasa por distintos lugares, y uno de esos que tiene bastante preponderancia creo que es la palabra. Y a partir de qué entendemos por darle la palabra al paciente, me parece que los aportes que puede hacer el psicólogo son muchos en base a su formación ¿no? A esto que tanto se habla de la escucha, me parece que ahí es donde puede afinar sus herramientas de trabajo como ser la entrevista,

			en aportar efectivamente ahí, elementos de diagnóstico o de intervención específicos, y sobre todo bueno dando lugar a esta herramienta de trabajo que es tan esencial digamos para el psicólogo ¿no? y que no es hacer a alguien hablar, sino que eso tenga una consecuencia que eso exceden a la entrevista y a las preguntas, me parece que es un lugar privilegiado para el psicólogo en el sentido de que posee los elementos digamos como para poder realizar una entrevista, que esa entrevista tenga un tipo de dirección, qué es lo que se escucha en una entrevista, qué conviene y qué no conviene... me parece que ahí, en esta herramienta de lo clínico, de la entrevista clínica

			hay como una riqueza sustancial digamos. Después también en el hecho de que la clínica individual, y la social en realidad están unidas, entonces como te digo no se trata de personas, por eso me parece que los abordajes exceden a lo individual, entonces ahí también me parece que pensar la clínica como algo cerrado a un consultorio es algo ilógico, me parece que la clínica es individual y social porque lo subjetivo es social, me parece que ese es un concepto que también posibilita pensar en todas las estrategias de intervención de alguien.
		- Operatividad Institucional	...el psicólogo debe también como conocer las funciones de otras profesiones, entonces eso también hace que uno no se vuelque hacia

			sí mismo, sino que también conozca el procedimiento normal de una guardia, va a saber también correrse ante una situación. // no se delimitan solamente a los elementos de su formación sino también conocer y saber cuándo debe dar lugar a otra profesión... // no va a realizar una contención física, si va a realizar una contención verbal, eso es específico al psicólogo, también decir cuando corresponde una contención verbal y no una física, entonces por eso te decía habilitar la palabra cuando corresponda es una función privilegiada y predominante de los psicólogos de guardia, justamente evitar intervenciones... digamos que... no verbales cuando no corresponden, si se está

			viendo que algo va a responder a una intervención verbal, el psicólogo debe intervenir para que no sea toda la resolución por una vía de contención mecánica o farmacológica... // las herramientas diagnosticas en la situación de guardia, porque por eso te... me parece que al menos tiene que al menos tiene que arribar a algún diagnostico presuntivo de situación, los elementos de diagnóstico son muy importantes dentro de lo que abarca a la función del psicólogo...

Participante 5: Se cuenta con sólo un registro de entrevista de este participante, en tanto no continuó participando de los encuentros.

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
LSM 26.657/10	5/A	- Salud Mental	...se logró gracias a la llegada de la ley, de cambiar el pensamiento del manicomio, del

		enfermo mental que está encerrado y aislado, a tratar de re vincularlo con sus referentes, con la comunidad también, con los pacientes se empezó a salir mucho de paseo, a museos, a parques, a lugares como para re vincularlos, y de ver el tratamiento de otra manera, de ver esto de lograr que el paciente llegue a una mayor autonomía dentro de sus posibilidades y limitaciones, dentro de la comunidad donde está. - Salud Mental (previo y posterior a la LSM, necesario hablar de la colonia como contraste del que parten previo a la ley y como cambió) en la colonia... eran pacientes muy abandonados por la familia, se consideraba como un esfuerzo inútil hacerlo, re vincularlos. // al traerlos acá se abrió otra... otras posibilidades

			de trabajar de otra manera con los pacientes, en talleres, sacarlos a la sociedad, vincularlos con sus parientes, o conocidos, o gente que quiera visitarlos, porque había gente que se llegaba y colaboraba los fines de semana, que se yo, chicos estudiantes que venían y compartían un momento con ellos, festejaban los cumpleaños, les cantaban, bailaban, ¿entendes? Entonces fue todo un trabajo, no solo con los pacientes, también con los profesionales que los tenían como muy sobreprotegidos y como muy apropiados, del bienestar de ese paciente, como siendo su único responsable y con la soledad de estar con un paciente en el campo, y de esa manera yo viví la llegada de la ley, como

			una apertura a otra idea de lo que es un tratamiento psiquiátrico, psicológico, en estas variables del trastorno grave de la conducta y como un aprendizaje para todos los profesionales. // ...creo que está instalada la nueva imagen de lo que es la Salud Mental en sí.
		- Intersectorialidad	Hay mucha desconsideración, y también hay por ahí una falta de compromiso no solo de los profesionales de las otras áreas de la Salud, sino de las autoridades de la Salud... en implementar esta ley, respetarla y brindar los recursos necesarios, para que pueda llevarse a cabo efectivamente. (relación con las políticas de estado sobre SM y otras instituciones).
		- Intersectorialidad	Nosotros acá, en este hospital, asistimos a una

			población que tiene características muy particulares, únicas, si vos trabajas en otros hospitales como no hay sectores como debiera, de salud mental específicos con internación, desconocen el manejo de muchas patologías en salud mental, y ni que hablar de lo que es primer nivel, digamos. (LSM + otros hospitales).
		- Salud Mental / Interdisciplina	A partir de la ley si se empezó a trabajar más esto... a involucrarnos un poco más con lo que es la relación del paciente con el medio donde está inserto digamos... que realmente acá nos desentendíamos en realidad de eso o lo dejábamos para el servicio social nada más, y hoy me parece que se trabaja más en equipo con esto, con buscar los

			referentes, entrevistarlos, cuál es su situación, brindarles un apoyo (antes y después, también tiene que ver con los roles de la otra categoría).// también a sacarnos esta idea de que todo aquel que tenga síntomas psicóticos tiene que estar internado, simplemente saber que el tratamiento de emergencia, si lo requiere, es un par de días, si se agravó el cuadro, va a ir unos días a la sala de agudos y tiene que regresar a su hogar y a su medio lo antes posible, porque si no empezamos a ver la cronificación y el deterioro.
		- Salud Mental / Participación	(continuación referencia de la otra categoría) la reunión de familiares, amigos, referentes de los pacientes, para brindarles un apoyo o un

			asesoramiento y solicitarles también el apoyo digamos para el tratamiento... tenemos... cada cuatro meses hacemos el festejo de los cumpleaños de todos los pacientes, donde todos colaboran y participan como para brindar un momento de distracción y para que se diviertan digamos (similar experiencia de SaMu), y ellos vivan esta situación como especial porque algunos en su vida nunca recibieron un regalo así... y bueno básicamente eso, ese trabajo. También se hacen asambleas semanales con los pacientes donde ellos manifiestan sus inquietudes en relación al servicio, como se sienten, no en lo personal porque eso lo trabajan con cada equipo, sino al servicio en sí, al funcionamiento, a los talleres, a la relación

			con los compañeros, en generar propuestas de cambio, se los escucha y se los va guiando también de como continuar.
		- Intersectorialidad	Con centro Marqay compartimos algunos talleres, nuestros y de ellos... se trabaja con los servicios del Hospital del Milagro con algunos pacientes... se trabaja con los centros de salud también, porque los pacientes tienen que aprender a manejar y a resolver cuestiones de salud... Se ha trabajado con áreas de la municipalidad por talleres, se ha trabajado bajo esta modalidad también terapia ocupacional quizás habría que, a mí modo de ver, de fortalecer más un trabajo en red ¿sí? // (¿Cómo?) Con otras instituciones, de otras áreas, con otros referentes también de la

			comunidad de cada paciente, que se yo, comisarias, como en el caso de pacientes que viven en el interior y por ahí hay que comunicarse // y tener un control, que su comunidad también lo acompañe.
		- Salud Mental	Lo que tenemos es muy pocos recursos, no tenemos un medio de movilidad y todos los gastos pasarían por cuenta del propio equipo digamos, porque todos los gastos de salud están indicados (aparece nuevamente la situación de la falta de recursos) // yo creo que la comunidad tiene que sostener al paciente también, tiene que ser como su gran familia, entonces me parece que falta... fortalecer esos puntos.

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
Rol del psicólogo/a	5/A	- Operatividad Individual - Operatividad Institucional	(qué hace) ...se trabaja con apoyo psicoterapéutico, se trabaja con control del tratamiento, son pacientes que están externados en general de la internación que ya han obtenido un beneficio social // controla esta autonomía lograda para ir la fortaleciendo digamos, en el modo en que viven, como manejan sus gastos, el control del tratamiento que ellos mismos hacen de adherencia al tratamiento. ...en el centro de día se les da un desayuno, la medicación correspondiente al día, si la tuviera, se le da el almuerzo, y se retiran a sus casas, y mientras están en el centro de día hacen talleres, de distinta índole, talleres como ocupacionales, talleres de aprendizaje individual

			como computación, marroquinería, dibujo, jardinería, huerta... distintos tipos de talleres. Y se hace una psicoeducación, desde cómo manejar la higiene personal, de los alimentos, su conducta diaria, es un control, digamos un acompañamiento para evitar re internaciones o recaídas ¿no?
		- Operatividad Individual	(qué profesionales hay) Somos un equipo, el centro de día cuenta con asistente social, porque se hacen visitas domiciliarias... médico psiquiatra, psicólogo y distintos profesores, también hay enfermería para la administración de la medicación.
		- Operatividad Individual	El rol del psicólogo primero que tiene muchas diferencias en cuanto a la concepción según la formación, según donde

			está ejerciendo la profesión.
		- Operatividad Institucional	Todo los que tengan que ver más con la psicosis; y nuestro rol acá... siempre está dentro de lo que es un plan terapéutico que tiene que ver con un equipo de trabajo... me parece que anteriormente se trabajaba simplemente para mejorar y estabilizar al paciente en cuanto a los síntomas de su enfermedad. (antes y después LSM + interdisciplina + roles) // el médico indicaba su tratamiento si era necesario, y nosotros los psicólogos trabajábamos con el paciente para lograr un bienestar, como una asistencia.
		- Operatividad Institucional	(MMH) Ese paradigma está, en todos los ámbitos de la Salud ¿sí? Yo particularmente siento que es algo con lo que el

		psicólogo lucha día a día, a ver tengamos en cuenta que hace poco se determinó que los médicos tienen que cobrar más que los psicólogos, ¿está?, haciendo el mismo trabajo, ¿sí? simplemente por su formación, entonces eso es actual // En este hospital se trabaja en equipo, hay médicos que tienen todavía esa idea, pero es así, en este hospital se trabaja en equipo, de hecho, nosotros vamos por el tercer director que es Licenciado en Psicología // ...me parece que también el lugar no solo te lo da el otro, te lo ganas vos ¿sí? Pero la hegemonía medica sigue en pie en casi todos los ámbitos de la salud, más allá de que en otros lugares se trabaje en equipo siempre los licenciados de distintas

			áreas son como un personal de apoyo y el rol principal es el del médico digamos, acá no, acá hay me parece participación de todos, yo hoy lo puedo ver a eso, como más equilibrado.
		- Operatividad Individual	(¿desde cuándo?) no hace mucho tiempo // Después de ese primer director (psicólogo) que generó muchos cambios, vino un segundo director que también fue psicólogo, entonces esto se sostuvo, y le dio como otra humanización al trato. // (institucional) fueron cambiando las normativas de tratamiento, y se fue exigiendo que las entrevistas sean en equipo, que haya participación de todos, y bueno la gente se fue implicando en eso, también llegaron a haber profesionales nuevos con otra mentalidad (llegada

			de jóvenes y cambio generacional), y fueron jubilándose los que estaban ya de hace muchos años digamos, entonces hubo más apertura al cambio.
		- Operatividad Individual	El psicólogo realmente va a hacer psicoterapia, apoyo, seguimiento, etcétera, trabajo con los familiares también. (p. 8 - definición de roles dentro de los equipos).
		- Operatividad Institucional	Nosotros tenemos reuniones semanales, tenemos... a ver, en estas reuniones vemos todas las novedades de la semana... tenemos una visita semanal programada a distintos casos digamos, una visita domiciliaria con servicio social para hacer seguimiento, y veníamos llevando, que por ahí es difícil de sostener, pero lo intentamos... (continua en

		referencia en categoría SM)

Participante 6:

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
LSM 26.657/10	6/A	- Salud Mental	(interesante porque es iniciativa previa a la LSM) trabajé con talleres literarios mucho tiempo, eso ya no se ve, eso en el hospital es algo que instalé yo durante muchos años, sobre todo con la gente de hospital de día...
		- Interdisciplina	Es medio compleja te diría la... viste... yo le llamaría la intertextualidad digamos, el encuentro de saberes, transmitir cosas, los discursos ahí en esgrima, es complejo eso digamos, es complicado, no se la ley lo plantea así, pero yo no lo veo funcional digamos. Me parece que no funciona desde ningún aspecto la

			cuestión esta, yo creo que queda muy bonito nada más digamos, queda bien y un montón de gente ahí pero no hace que sea más efectivo el tema, para nada. // (¿por qué?) son un montón de saberes con cada uno posicionándose frente a esos saberes y considerando decisiones distintas frente a eso digamos, yo no veo que eso sea funcional. Ya la transmisión de un discurso es medio complicado // es medio difícil hablar digamos en la interdisciplina, y cada uno tiene su posición ¿no? // capaz que a otro le resulta mucho más funcional de esa manera, no sé, a mí me parece que no, no funciona... no he tenido experiencias así muy... no te lo planteo desde el lugar de la comodidad o del placer,

			sino de que sean efectivas digamos o funcionales, hay mucha gente opinando ... me parece que eso tiene consecuencias y no se las tiene en cuenta, y son malas las consecuencias, definitivamente malas.
		- Salud Mental / Interdisciplina	En relación a la experiencia, acá no se ha dado, por las características del grupo ¿no?, digamos no se ha podido. Se ha intentado, pero no se ha podido... todo lo grupal es complicado digamos, siempre lo grupal es complicado... // acá se ha intentado hacer algo y por un montón de variables (¿Cuáles) ... las neurosis individuales ¿no? Es muy difícil lidiar con eso, porque vos en lo grupal además de ser un encuentro de saberes distintos, yo no sé lo que sabe el enfermero, no

		tengo ni idea digamos y lo que sabe el medico menos todavía... - Participación El trabajo con la familia es un laburo que tiene mucho que ver con la docencia (operatividad individual), te diría, no es un laburo de... a ver de... estrictamente desde la psicología, tiene mucho que ver con desbaratar mitos en relación a las enfermedades psiquiátricas, al manejo de las enfermedades a laburar sobre la tolerancia también del familiar digamos // Se trata de eso, esencialmente se trata de eso digamos, y después bueno de garantizar que estén las condiciones dadas como para que el paciente pueda volver digamos a un contexto... // Tiene mucho que ver con eso (x ej. administración de

			medicación), con la docencia y también con encontrar, armar alguna estrategia, encontrarle las herramientas como para que no se genere la discontinuidad del tratamiento (operatividad individual y familia)
		- Intersectorialidad / Participación	Centro de Tratamiento para Personas con Medidas de Seguridad // en general son pacientes que han cometido un delito grave, entonces están en una zona límbica entre la cárcel y el hospital // ese dispositivo está más atravesado por una lógica carcelaria que hospitalaria (ej. No enfermeros, si guardia cárcel), pertenece al ministerio de justicia, pero por un acuerdo acá institucional lo tenemos que atender nosotros, cosas que ocurren interinstitucionalmente. Ahí el trabajo con los

			familiares es un lío, porque nadie quiere volver a tener esta gente en la casa de nuevo digamos, nadie. // Acá alterna un poco más, ... hay pacientes que están en estado prácticamente de abandono, pero hay otros que, si los vienen a ver, hay otros que los llevan los fines de semana a sus casas, tenés como otras herramientas para trabajar lo familiar digamos, en agudos tenés que tener muchas herramientas, es gente a la que le ha ocurrido algo... en los últimos días, y la familia está muy presente, muy preocupada, quiere saber en general // Pero para mí el lugar más complicado para trabajar lo familiar es este dispositivo entre la cárcel y el hospital digamos, es muy difícil. (diferencia entre áreas y

			relación con familia + sistema carcelario).
		- Intersectorialidad	La mecánica es de derivaciones entre los hospitales, el Hospital San Bernardo, deriva el Hospital Ragone deriva para allá, el Milagro deriva para acá, de acá se deriva para allá, pero un trabajo interinstitucional digamos no, que yo recuerde no, no hubo digamos.
		- Salud Mental / Participación	Como todo es un proceso y requerirá sus tiempos también de madurez, a ver concretamente lo que plantea la ley no ha ocurrido // la creación de dispositivos intermedios digamos, casas de medio camino ... esa matemática es completamente inexistente ... hay unas pocas que están desde ese mismo momento más o menos y eso no ha

			variado, son cosas que requieren también inversión viste de los estados, hay que formar equipos, contratar personal, en ese sentido yo no veo avances, por ahí en otros sentidos sí digamos porque creo que... todos hemos ganado en derechos, me parece a mí. Hoy en día un paciente tiene que firmar el consentimiento informado digamos ¿no?, eso no ocurría antes, ósea si tu sola consideración clínica implicaba que paciente tenía que internarse era suficiente, se internaba, hoy en día eso es más complicado, creo que el mismo paciente ha ganado más en derechos digamos. (antes y después + derechos).
		- Salud Mental	El espíritu está bien digamos en ese sentido, yo si veo que eso si se ha

			logrado, acá no existe más la hegemonía medica digamos, pero porque no puede, si vos estas en la guardia y hay que tomar decisiones, las tenemos que tomar todos los que estamos ese día, y las tenés que firmar. Si hay un consentimiento informado para firmar porque un paciente se interna lo tiene que firmar la asistente social, el enfermero, el psicólogo y el médico, sino las cosas no ocurren. Eso ha cambiado yo te diría inmediatamente, es uno de los cambios más veloces que yo he notado digamos porque es un tema de papeles también ¿no?, tenemos que estar todos de acuerdo y todos firmar digamos. (empalma con la otra categoría #).

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
LSM 26.657/10	6/B	- Participación	Se ha dado... a ver si es lo que yo entiendo, por ejemplo, había un espacio que en este momento no está funcionando, que tenía que ver con orientación a familiares de los pacientes del hospital en general... // Hasta donde yo sé cómo participación de usuarios digamos, directamente ligado a la patología de los pacientes y demás, ese fue el espacio del que yo tuve conocimiento, no conozco otra modalidad que haya en el hospital, salvo que esto se refiera a otras cuestiones, no sé si específicamente a eso o a otros tipos de participación, pero no...
		- Interdisciplina / LSM	...la interdisciplina a mí me parece que bueno tiene... tiene varios aspectos, yo creo que

			hay cosas positivas, y cosas que tornan... que imponen un nivel de dificultad en el abordaje de los pacientes, extra te diría... ¿en qué sería positivo?, por ejemplo la interdisciplina... corre el eje te diría hasta autoritario con el que ha venido funcionando el hospital, porque las decisiones y las responsabilidades siempre recaían en una sola persona en ese sentido, entonces uno dependía un poco del arbitrio de esa persona para tomar decisiones de cualquier índole sobre un paciente, medicación, permisos, si un pariente podía entrar a visitarlos o no, cuanto tiempo iba a estar internado, si pasaba a otro servicio, todo eso pasaba por una sola persona ¿no? la figura del médico, un poco fue el monopolio

			del saber y del poder acá, un poco pasó por la figura del médico. A mí me parece que en ese sentido ayuda la interdisciplina porque en la nueva configuración... todos tienen la facultad de tomar decisiones, y de hecho todos deben tomar decisiones conjuntas, pero supongamos que hay una emergencia, no puede estar el equipo (-) , el asistente social, el enfermero, el psicólogo, cualquiera puede decidir en ese momento cosa que no ocurría con el esquema anterior, yo creo que en ese sentido es muy positivo, es muy positivo... ahora a la hora de abordar un paciente esto... ahora a la hora de abordar un paciente esto... de esta parte hablamos la otra vez, no tanto de esta que a mí sí me parece

			positivo; a la hora del abordaje de un paciente como por ejemplo ocurre en guardia, cuatro o cinco personas presentes, cada una con sus esquemas teóricos y demás para abordar, escuchando un paciente con una patología psiquiátrica, a mí me parece un formato a contramano del ABC, del sentido común te diría. // ...para mí es un condicionante muy grande el hecho de que este otro presente, que practique otro tipo de intervenciones, obtura mis posibilidades como terapeuta. (operatividad individual relaciona con transferencia en entrevista anterior y en esta). // Entonces la lógica, la dirección de una intervención para mí se pierde, y en ese sentido no es una buena experiencia, de ninguna

			manera, tampoco a la hora de discutir clínicamente un caso, porque cada uno tiene como un discurso y unos esquemas con los que mide y tasa las posibilidades de un caso; y esto es muy problemático, uno pensaría que sería al revés, que va a enriquecer, pero no.
		- Intersectorialidad	No hay un trabajo conjunto, no hay un trabajo conjunto, lo que hay es un sistema de derivaciones interhospitalarias que funciona muy mal, y genera muchos inconvenientes hacia muchos lugares. // En general tiene que ver con eso, ahora trabajar en forma conjunta que yo recuerde, solo con el poder judicial, ellos tienen un equipo allá con psiquiatra, psicólogos y

			demás, y se organizan juntas médicas en común para determinados tipos de pacientes, entonces vienen profesionales del poder judicial, más profesionales del hospital Ragone, la junta puede ser acá o puede ser allá. // (usuarios y justicia) es frecuente, es bastante frecuente el... en todos los niveles te diría, por ejemplo en consultorio externo hay una gran demanda para los psicólogos en general de personas que han sido privadas de su libertad en su momento, y que han entrado en esto de los beneficios, que están empezando ya por el tiempo cumplido de condena, empiezan a gozar de los beneficios de salida; una de las exigencias que tiene en ese sentido la justicia es que vengan al hospital

			Ragone, a que tener cada uno su seguimiento con un terapeuta, como un modo de ir pensando la resocialización, yo te digo todos los discursos van para este lado. Entonces viene muchísima gente del patronato de presos y liberados de la Provincia de Salta, y tenés un pool grande de pacientes, eso es una parte nada más. Después en la guardia recibís muchísimos casos que vienen directamente derivados por un juez que pide, normalmente se ordena la internación de algún paciente por la problemática que supone en ese momento, ahí tenés también un caudal muy grande. Después hay muchos pacientes que están internados acá que están judicializados en la sala de varones, en agudos, y tenés un

		sector específico que tiene que ver con la seguridad, que es inimputables o la... o ahora que le han cambiado el nombre, pacientes con medida de seguridad... - Participación Uno de los intentos era dejar organizar un espacio, con un día y una hora determinada para... para orientar en términos generales digamos, porque el familiar convive con una persona con una patología y yo creo que es muy útil poder orientarla, así como en determinadas cuestiones que tienen que ver con la patología, con la evolución de las enfermedades, con lo que se tiene que esperar, con los tratamientos farmacológicos, cualquier sugerencia es muy útil. // yo veo como que ayuda mucho a un

			familiar, después el trabajo con familiares está presente en todos los dispositivos en agudos, en la guardia, en las salas, en emergencia. La idea era poder armar este espacio independiente de la contingencia, donde haya un par de horas para que la gente exponga sus problemas.

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
Rol del psicólogo/a	6/A	- Operatividad Individual	...yo había trabajado esos temas en mi tesis, me interesaba trabajar específicamente la estructura y la producción estética digamos. Entonces empecé a trabajar los talleres literarios, hice eso durante mucho tiempo, como iniciativa propia, después lo que es el régimen convencional digamos

		- Operatividad Institucional	he pasado por casi todos los servicios. ...se está trabajando por equipos, yo trabajo con el doctor xxxx, nos asignan pacientes, y bueno tenemos que hacer la cobertura desde mi lugar, él tiene que hacer la suya, se trabaja con las familias (tiene que ver con la otra categoría) y en función de la externación lo más rápida posible, no es un trabajo tan distinto en ese sentido; todos los servicios tienen un poco este objetivo ¿no? que es tan difícil de lograr, que es la externación de un paciente // no es lo mismo en ese sentido el abordaje que en sala de varones digamos, pacientes crónicos que hace muchos años están internados acá, que están muy deteriorados, muchos están más en

			condiciones de... gerontológicas más que psiquiátricas digamos. (operatividad diferencial por sala) // (tareas) depende el... el dispositivo en el que uno esté, si yo estoy en la guardia, yo tengo que pensar mi rol de una manera... la ley plantea un abordaje interdisciplinario, cosa que a mí me parece una aberración en la guardia porque se somete al paciente a una especie de tribunal kafkiano te diría, es completamente contraproducente para cualquier situación subjetiva de emergencia digamos, pero eso depende de cómo se organicen las guardias porque son todos distintos digamos, yo lo veo al paciente solo, porque digamos, por ejemplo, la ley no contempla las cuestiones

			transferenciales en ese sentido digamos, son catastróficas, no pueden ir tres o cuatro personas a hacerle preguntas dispares a un sujeto que está en estado de colapso interior digamos, no tiene mucho sentido, y la ley lo plantea así, dice que el abordaje tiene que ser interdisciplinario. (relación directa con la otra categoría + crítica + interdisciplina). // Técnicamente el rol no tiene por qué variar, la posición del terapeuta es la posición del terapeuta frente a un niño... no es que uno va a hacer diferente, yo creo que varía en cuestiones mucho más de... de... forma que de fondo digamos.
		- Operatividad Individual	En la guardia tenés que tomar decisiones inmediatas, en principio

		- Operatividad Institucional	si el paciente tiene que ser internado o no, ver el criterio de riesgo y todo eso. No hace mucho tiempo que esta institución ha podido romper un poco con lo que ha sido una cuestión hegemónica médica (MMH), entonces hace poco tuvimos un psicólogo de gerente de este hospital (relación directa con la categoría LSM) // hay una cuestión hegemónica que se rompe, la ley también avanza en eso más allá de las dificultades que yo vea, de lo grupal y todo eso, también es una forma de romper con esa hegemonía porque antes las decisiones eran del médico digamos ¿no?, era medio dictatorial te diría ¿no? la cosa, si él consideraba esto, así era, el resto no tenía

			mucha... (antes y después) (ver #)

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
Rol del psicólogo/a	6/B	- Operatividad Individual	Te diría por el marco teórico desde el cual, un psicólogo o un profesional lleva a cabo su praxis, porque las posiciones en ese sentido son muy distintas... entonces las cosas por ahí, van a variar, van a ser muy variables en función de la posición de cada uno...
		- Operatividad Individual	El rol va a encontrar un modo de definición propio de acuerdo a la mirada que tenga ese terapeuta en particular, porque si vos intervenís desde el psicoanálisis, tu rol es uno, si vos intervenís desde otros lugares... en líneas generales, esto que te decía yo, todos los discursos adhieren a... a

			una... a un diseño terapéutico de la normalidad, vamos a buscar la normalidad, un punto como de equilibrio, que sería eso que sería eso, por ejemplo tratar de que un paciente si se trata de un paciente psicótico, bueno ya no tenga síntomas psicóticos... en líneas generales, después cada uno especificará, si profundizara más ese objetivo, ese rol. Ahora si vos venís del lado del psicoanálisis no, no te interesa que no tenga fenómenos elementales, no es ese el objetivo ¿no? por ahí es un poco más difícil definirlo... // pero si vos necesitas que te lo diga de algún modo, te diría que la posición del analista, es buscar creativamente incluso, de algún modo los medios, en este caso la palabra, que permitan

			acotar lo que está ocurriendo en ese momento, el goce, léase el sufrimiento del sujeto, el desborde de ese sujeto digamos ¿no?

Participante 7:

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
LSM 26.657/10	7/A	- Salud Mental	La idea era que el Hospital de día no esté dentro de lo que es el predio del hospital porque como que los pacientes seguían funcionando en relación a... como si fueran internos, ellos seguían yendo a la sala, a... no, no pretendíamos que no se relacionen con los pacientes que han sido sus compañeros, sino que seguían funcionando como internos del hospital, tenían todas las costumbres de los pacientes internados y la idea o uno de los objetivos del hospital de

			día es que, el paciente pueda independizarse de lo que es el hospital, lograr su... una resocialización digamos porque estando dentro del hospital, era como que estarían internados ellos. La idea es que ellos puedan, ósea dentro de los objetivos del hospital de día, es que ellos puedan manejarse en forma independiente ahí. // de a poquito fuimos llevándolos, nosotros teníamos a disposición el vehículo de lo que es el hospital y de a poco los fuimos llevando en el transporte con el que contaba el hospital // tenía aparte atrás un pequeño departamento, donde en los años que estuvimos nosotros ahí, estuvo funcionando una residencia asistida. // allá no contábamos con eso, fuimos armando de a

		poquito nuestros talleres de terapia ocupacional. // por cuestiones económicas no se pudo continuar sosteniendo el alquiler de la casa y bueno, no estamos en un hospital psiquiátrico, y bueno tienen entrada independiente (presupuesto). - Interdisciplina Nosotros trabajamos en forma interdisciplinaria, tenemos siempre ¿no? de cuando estábamos acá trabajando en Hospital de día, y cuando nos trasladamos allá somos dos psicólogas ... una médica psiquiatra ... y tenemos una asistente social ... después teníamos una nutricionista todos los días de la semana. // La idea es que funcione así, todo un equipo que a veces nosotros necesitábamos, ahora también inclusive, de

			tener todos los días una psiquiatra... también la psiquiatra fue afectada acá dos veces a la semana y va tres veces a la semana al Centro de día, entonces la idea es que esté cubierto cuando no esté la psiquiatra, esté un médico, porque el día que no está la psiquiatra estamos sin médico, y es importante.
		- Salud Mental / Participación	La asistente social, iba una sola vez a la semana, nosotros aprovechábamos para ir a hacer la visita domiciliaria con la asistente social, un enfermero, un psicólogo, psiquiatra, depende. No íbamos todos porque no, no entrábamos en el vehículo y el hospital, antes nosotros disponíamos de un vehículo que nos llevaba a hacer las visitas domiciliarias, y ahora

			como el hospital no tiene los vehículos disponibles, siempre. Creo que tiene dos vehículos, y uno para la visita domiciliaria que efectúa uno de los dispositivos que funciona en el hospital, que es visita domiciliaria, ese vehículo esta exclusivamente para ellos, que eso es un dispositivo justamente para la visita domiciliaria nada más, hay un equipo interdisciplinario. // si vemos que el paciente se está descompensando, justamente bueno queremos o que esta con algún tipo de problema, entonces citamos la familia, si por ejemplo el paciente deja de concurrir un tiempo; nosotros tenemos como modalidad dejar pasar dos semanas, si después del término de dos semanas no han llamado

		para avisar que está pasando, nosotros antes de darle el alta, porque no podemos mantener una historia clínica en el centro de día, antes de dar el alta tratamos de comunicarnos con la familia para ver qué es lo que está pasando, y recién le damos el alta si ya no va a venir o no hay ningún tipo de comunicación // el tema de las entrevistas familiares, de esa forma sobre todo trabajamos con la familia, generalmente no es que fijamos una vez por semana que se yo entrevistas familiares, en caso de ver necesaria la entrevista familiar. - LSM Me parece que es estupenda, yo estoy... bueno como te digo, venimos trabajando hace tiempo con eso, creo que si todos nos... cuando

			digo todos me refiero a psicólogos y psiquiatras, consensuamos y nos ponemos a trabajar de forma, como tiene que ser, interdisciplinaria, esto puede lograr los resultados que realmente se propone // en relación a mis colegas, y en relación a servicio social... estamos más convencidos de esto, de que la ley de Salud Mental puede funcionar acá en Salta, pero los... creo que, en la parte médica, clínica, psiquiátrica, no está tan de acuerdo, creo que por ahí tenemos un poquito de freno, lo que yo creo, en base a mí experiencia te digo (MMH). Lo que pude ver es que los profesionales, los que se están formando acá en psiquiatría, dentro de lo que es la Risam, los jóvenes profesionales

			dentro del área médica, clínica, psiquiátrica, tienen otra apertura y están formándose con otra mentalidad, no tan cerrada como la de la vieja escuela. (ver notas fuera de grabación).

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
LSM 26.657/10	7/B	- Participación	Sí. Nosotros siempre ponemos en conocimiento al paciente del tratamiento que va a recibir, en que consiste. Cuando nosotros hacemos el ingreso, siempre pedimos que vaya algún... alguna persona responsable o algún referente y lo ponemos al tanto de cómo funciona..., en qué consiste, cuáles son los tratamientos a realizar... // Por la guardia tenemos un... una ficha de consentimiento asistido. // si está muy descompensado el

			paciente va a venir con un referente. Si el paciente no está en condiciones de aceptar digamos su tratamiento, obviamente que va a estar la persona responsable o el referente que lo trajo.
		- Participación	No antes no, no era así (tiempo) // el tema este de la ficha de consentimiento asistido... si bien con la nueva ley de salud mental esto ya se lo venía tratando, pero en lo que se refiere a papeles todavía no había, y yo diría que hace unos cinco años que estamos con la ficha que tiene que llenar el paciente ¿no? o la persona responsable. (desde cuándo)
		- Interdisciplina	Y que pueden trabajar varias disciplinas a la vez, ósea por ejemplo...

			ósea a la vez o en forma interdisciplinaria, por ejemplo, el psiquiatra, el psicólogo, la asistente social, el enfermero. // Bueno, para mi es eso ¿no? no solamente en la atención, donde cada uno puede exponer su punto de vista, sino también esto de poder decidir ¿no es cierto?, tanto un ingreso como un alta si no está el medico presente, lo cual eso antes no existía, no podía ser. // (desde cuándo) desde que yo ingresé al hospital, se trabajaba interdisciplinariamente, pero... no en relación al alta del paciente, y creo que esto todavía si bien como que en la guardia, se empezó como una experiencia piloto con la participación del psicólogo y no hace muchos años, hará unos ocho años más o menos,

			se empezó a trabajar con el psicólogo como experiencia piloto, primero jueves, sábado y domingo, después inclusive guardias de veinticuatro horas, después esto cambio a todos los días pero guardias de doce horas nada más... // (altas) Únicamente el médico, si bien hubo guardias en que yo di el alta, pero... con la aprobación del médico, y yo iba y le comentaba al médico, porque en ese momento no estaba presente, pero digamos que, si pude firmar el alta, pero creo que eso depende del profesional con el que estás trabajando en la guardia.
		- Intersectorialidad	Sí, sí, trabajamos en red. Si nosotros necesitamos hacer una derivación, por ejemplo, al Hospital San Bernardo, o al Hospital

			del Milagro, por el tema de las adicciones, por el tema de la parte clínica, porque nosotros acá la verdad que tenemos muy limitado el tema de la atención clínica... // Y en cuanto a los talleres, también trabajamos con otros sectores por ejemplo el centro de día, nosotros trabajamos... pedimos asesoramiento a la municipalidad o al INTA para trabajar con el tema de la huerta, del vivero, ellos nos proveen incluso de semillas de almácigos... // (dificultades) Generalmente no cuando el paciente esta externado. Cuando el paciente está internado acá en la guardia si se dificulta un poquito, porque es difícil que los otros hospitales quieran recibir un paciente psiquiátrico, ellos preguntan o se cercioran

		de que realmente el paciente esté compensado o a veces nos pasó en oportunidades que querían que vaya con el enfermero para que esté ahí atendiendo al paciente. - Participación ...es fundamental el trabajo con la familia, para los pacientes que tiene familia y si no, yo diría que un cincuenta por ciento de los pacientes del centro de día viven solos entonces trabajamos más específicamente con ellos, haciendo por ejemplo visitas domiciliarias, más allá que trabajamos con las entrevistas en forma interdisciplinaria, haciendo un seguimiento del paciente, de la vida del paciente, como se maneja dentro y fuera de lo que es el centro de día,

			aquellos que tienen pueden contar con la familia y la citamos de vez en cuando o cuando sea...

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
Rol del psicólogo/a	7/A	- Operatividad Institucional - Operatividad Individual	Nosotros ya teníamos, ya veníamos trabajando con otra mentalidad. Cuando nosotros nos trasladamos ósea, era como continuar o afianzar la idea que ya teníamos ¿no?, era como un logro ya de lo que veníamos pensando que se tendría que dar para los pacientes psiquiátricos, y para conseguir esto de que el paciente psiquiátrico no se vea estigmatizado. Las dos psicólogas tenemos distribuidos la mitad de los pacientes, para que cada una haga un tratamiento individualizado, y un

			seguimiento o tratamiento de los pacientes... // Terapia sí, sí... la idea es que como mínimo, la idea no, es una exigencia en realidad que como mínimo una entrevista mensual tenga el paciente, salvo que nosotros veamos que el paciente no esté bien, lo llamamos o salvo que muchas veces el mismo paciente que no se siente bien, y te lo pide. Entonces por ahí son más de una entrevista, dos, tres o las veces que el paciente requiera o que uno evalúe que requiera ... depende de... la evaluación que hemos hecho nosotros, si el paciente necesita ir todos los días, o necesita tres veces a la semana, o con dos veces a la semana está bien. // los pacientes de PAMI, si PAMI como obra social

			te pide una atención de tres veces por semana como mínimo, una entrevista individual, una entrevista grupal y una entrevista familiar.

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
Rol del psicólogo/a	7/B	- Operatividad Individual	Ósea más allá de lo que está redactado en la ley... la verdad que no... la verdad que no sé qué más se... dentro de lo que está en la ley, que nosotros estamos tratando de cumplir lo que, lo que... y adaptar lo que está puesto en la ley para el beneficio del paciente...
		- Operatividad Institucional	Para mí la escucha está puesta desde otro lugar, el psiquiatra está más bien para la parte medicamentosa... y creo que generalmente se aboca a eso, obviamente que tiene que escuchar al paciente para ver,

			indagar un poco, pero la posición del... psicólogo el tratar de ponerse en el lugar del otro, es más empática la posición del... psicólogo con el paciente, y en ese feed back veo que hay una mayor transferencia del paciente hacia el psicólogo, que hacia las otras profesiones... (desde la operatividad institucional dirigiría hacia lo individual) // ...terapia significa ayuda ¿no?, pero la posición es distinta, es más bien de empatía, por lo menos esa es la posición en la que me pongo yo ¿no? tratar de ponerme en el lugar del otro o del paciente.

Participante 8:

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
LSM 26.657/10	8/A	- Interdisciplina	Trabajamos interdisciplinariamente, entre psiquiatras,

		psicólogos, médicos, enfermeros y trabajadores sociales, también bueno algunos días va un musicoterapeuta y con terapeutas ocupacionales. - Interdisciplina Fueron distintas etapas ... si hubo fracturas entre los psicólogos y los psiquiatras, sobre todo, con lo que era trabajo interdisciplinar (MMH), pero fue como por épocas. // con la vuelta a la democracia desde unos años antes, era todo como mucho más democratizado sería... (similar a 1/A) y eso estaba como instalado en las salas también. Bueno después si hubo como un estancamiento y de vuelta volver a un modelo más biologicista y bueno ya con lo de la ley como que hubo un cambio de nuevo.

		- LSM	Fue novedosa si, sobre todo para los psiquiatras que son como de una escuela más tradicional, ahora cuesta menos. De a poco va cambiando, pero costó.
		- Participación	Muy positiva, para pensar y mejorar... en el tiempo de internación, la adquisición de derechos de los pacientes, el que puedan decidir o intervenir sobre su tratamiento...
		- Intersectorialidad	Con el Hospital San Bernardo, con Cultura, con Municipalidad que dicta algunos talleres para que las pacientes puedan ir, con centros de salud ya cuando se externan, centros integradores comunitarios de la municipalidad o CIC, con la Iglesia.

		- LSM	(antes y después) Sí, no hay ya las internaciones prolongadas, la posibilidad de externar, hay pacientes de todo tipo que no debieran estar internados... pero esos pacientes venían porque era un depósito de personas el hospital. Se modificaron las historias clínicas, todos registran, firman, ponen su referencia al caso, antes solo el psiquiatra era el que podía escribir en la historia clínica, eso cambio.

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
LSM 26.657/10	8/B	- Participación	Siempre se les explica por el tratamiento... de todos modos, la decisión es del equipo tratante. Se les explica cómo va a ser el tratamiento, el tema de la medicación... lo más difícil es la adherencia al tratamiento, si va a haber

			algún cambio en la medicación, por ejemplo, porque pasa esto, que comienzan a estar mejor y abandonan a veces. // Se habla también de las externaciones, incluso las salidas, eso sí hubo que cambiarlo un poco, los enfermeros eran más de esto como premio o castigo “no lo deje salir porque se estuvo portando mal”, y no tiene que ver con eso, sino que el paciente pueda salir y eso no le signifique un problema o un retroceso. // es distinto de acuerdo al servicio porque no va a ser lo mismo los pacientes de agudos que recién ingresan y están descompensados, y ahí se habla más con la familia. // (Desde cuándo) No se... quizás hará cinco años se comenzó como a

		- Interdisciplina	formalizar, con la ley también se intensificó. (previo a la pregunta, una médica psiquiatra ingresó al consultorio, solicitándole la firma por un trámite judicial de una usuaria, ante la consulta de la licenciada por cambios en el expediente responde de manera negativa), ... es esto que acaba de pasar, el poder trabajar como un equipo respetando las distintas miradas... médicos, psicólogos, enfermeros y trabajadoras sociales... nosotros trabajamos así. // (Desde cuándo) Desde siempre creo, desde que entre sería... si hay veces que es más difícil, pero creo que tiene más que ver con cuestiones personales más que con el poder o no hacerlo, uno se lleva mejor con algunas personas que

			con otras y bueno, es por épocas.
		- Intersectorialidad / Salud Mental	Sí, hospitales, poder judicial, educación, municipalidad, iglesias, etcétera. // (problemas) En general no, aunque a veces sí con cosas como que, el poder judicial tiene por ejemplo sus cuestiones burocráticas y tardan en devolver algún papel que se mandó desde aquí, quizás ellos dicen lo mismo de nosotros ¿no? // en el San Bernardo, y te piden además del resumen de historia clínica, un certificado que dice “apto” firmado por el psicólogo y el psiquiatra, cosa que les encanta a los médicos, y es como “express”, la internaron a la mañana y a las veinticuatro horas estaba con el alta acá, quizás tienen miedo que se

			descompensen ahí, si es cierto que los enfermeros, médicos, y el personal está acostumbrado al trabajo con este tipo de pacientes y necesitas cierta cancha, pero también es la falta de conocimiento creo...
		- Intersectorialidad	(justicia y hospital) Sí, bastante, el hospital es un hospital de referencia en la provincia entonces llega gente del servicio penal, también mandan desde poder judicial, por causas federales también viene gente....
		- Participación	(familia) ...uno tiene que ser un generador de cambio, también ayudar a que entiendan la patología de esa persona y puedan ayudarla, eso depende también del momento ¿no? suele llegar confundida la gente porque no

			entienden que le pasa a ese familiar, entonces es darle espacio para que pregunten y puedan desde su lugar ayudar a que el paciente mejore. Se tienen que generar esas alianzas también, para que uno pueda trabajar incorporando a la familia al tratamiento. (relación con operatividad individual).

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
Rol del psicólogo/a	8/A	- Operatividad Individual	Trabaja no solo con el paciente en entrevistas individuales, con sus deseos, con las necesidades que tiene para su reinserción, sino también con el contacto con el afuera del hospital // Y con la familia, también se implementa distintos abordajes desde coordinar entrevistas o iniciar un trabajo para la reinserción cuando se dé

			el alta de su familiar o en caso de que no se pueda dar un alta, generar revinculación.
		- Operatividad Individual	No, siempre fue el mismo. Antes era el medico el que daba el alta pero siempre el psicólogo pudo hacerlo también, la ley avala eso ahora, la horizontalidad entre los profesionales para dar un alta como te decía, es más equitativo el trabajo.
		- Operatividad Institucional	A mí me avala la antigüedad, porque estoy hace más tiempo que los psiquiatras, pero me imagino que si sería una psicóloga que entró no sé, hace seis años me habrían matado (MMH).
		- Operatividad Individual	(aporte desde lo psi) Creo que aporta una mirada más integradora, la opinión de los otros, la mirada medica es

			organicista y la limita mucho a eso. // creo que el psicólogo aporta esa mirada más amplia, de lo social, lo familiar, uno desde el rol de docente también puede hacerlo.

Categoría	Referente	Dimensión	Referido
Rol del psicólogo/a	8/B	- Operatividad Institucional	(aporte de la profesión al cumplimiento LSM) Asumir la responsabilidad con el paciente y con los otros profesionales, porque uno tiene que ser participe y responsable con esto, a la hora de firmar puede haber a veces diferencias, porque ahora no es sólo tarea de los psiquiatras como antes, se dialoga más y también por esto que hablamos primero, de cuidar al paciente con las decisiones que uno toma supongo...

		- Operatividad Individual	La especificidad nuestra... ósea la posibilidad de pensar la praxis todo el tiempo, ir y volver de la teoría a la praxis y así, los pacientes te hacen repensar eso.