

# CUADERNO DE EXPERIENCIAS EN SALUD

*Internaciones de Salud Mental  
en Hospitales Generales*







**CUADERNO DE EXPERIENCIAS EN SALUD**  
***Internaciones de Salud Mental***  
***en Hospitales Generales***

1ra° edición

junio de 2019

moreno 760

Santafe-Rafaela

Nodo Región 2

Ministerio de Salud

ISSN 2618-561X

Directoras responsables:

Luciana Galloni

María Eugenia Padrón

Impresión: Palo Alto Imprenta Digital,

Belgrano 8164, Santa Fe, Argentina.

### ***Autoridades***

*Ministerio de Salud*

Ministra Andrea Uboldi

*Dirección Provincial de Salud Mental*

Directora Liliana Olguín

Coordinadora Paula Raviolo

*Nodo de Salud Rafaela*

Directora Marcela Kloster

Coordinadora Vanesa Cipolatti

### ***Comité organizador***

Luciana Galloni

Agostina Giuliano

Romina Mansilla

Sandra Manassero

María Eugenia Padrón

Martín Peralta

Lucía Pusseto

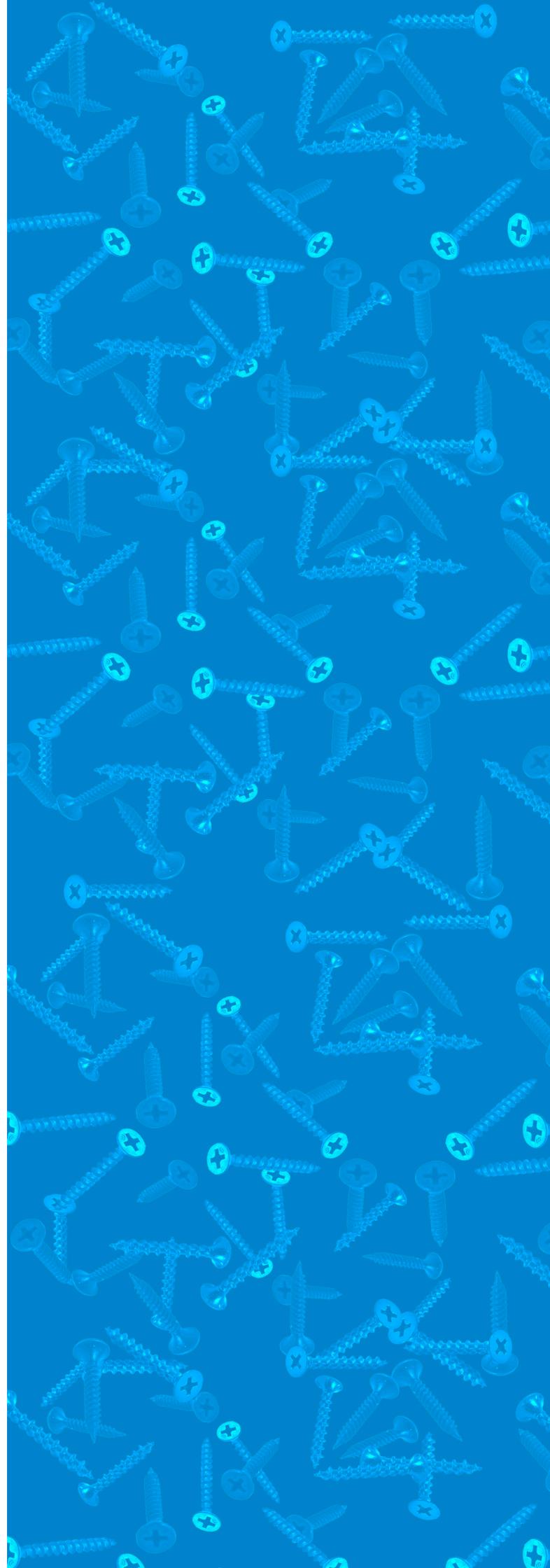
### ***Compilación***

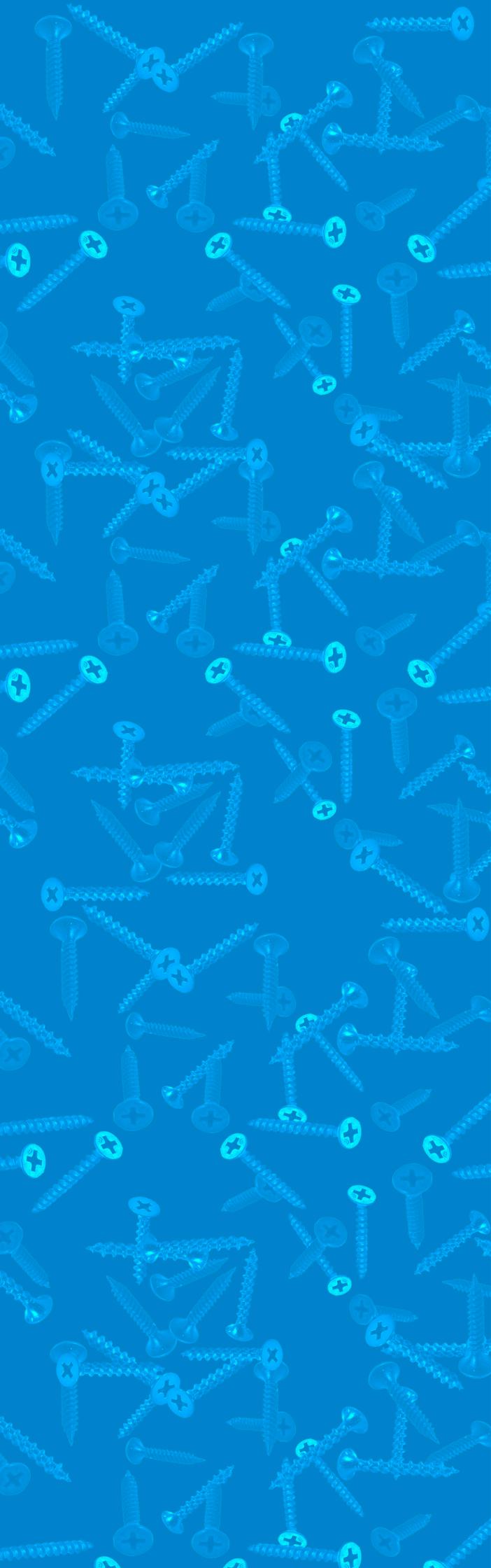
Luciana Galloni

María Eugenia Padrón

### ***Diseño y arte***

*Martín Peralta*





## *Índice*

Introducción.....	6
Luciana Galloni y María Eugenia Padrón	
Un abordaje interdisciplinario a la violencia urbana. El caso de Mauro L .....	10
Sandra Manassero	
Prácticas en salud mental. Abordaje hospitalario en consumo problemático.....	13
Mariana Battistutti, Carolina Scarafía, Virginia Villafañe, Luisina Villalba	
Alojar la crisis subjetiva en el hospital. Un abordaje interdisciplinario.....	18
Noemí Campos, Marina Flores	
Intervenciones en crisis subjetiva al interior de un hospital general. Internación por motivo de salud mental.....	20
Danisa Amaya, Belén Magiolo, María Macarena Valverde	
Intervención en salud mental: internación en hospital geneal. La experiencia de Humberto Primo.....	22
Luciana Odetto, Nadia Rodríguez	
Niñez en un contexto de vulneración de derechos.....	25
Daiana Moschini, Daniela Morbidoni, Gonzalo Rafael, Analía Moschini	

## INTRODUCCIÓN

### ***Hospitalidad territorial en momentos de padecimiento subjetivo***

En este comentario inaugural del “Cuaderno de experiencias en salud” nos interesa hacer alusión a sus orígenes, los cuales se extienden más allá de las líneas que aquí se encuentran esbozadas. Estos escritos inscriben un proceso colectivo de encuentro entre trabajadores de la salud que se desarrolla desde hace tiempo. En esta búsqueda, nos orienta el deseo de acompañamiento mutuo y reflexión sobre la práctica, de construir lazos de solidaridad y colaboración que funcionen como un sostén a nuestro andar.

Partimos, de esta manera, de una premisa: será en el encuentro con otros que nuestra labor diaria será posible, será fortalecida, en el marco de la complejidad que implica la salud de los territorios. Es en el movimiento de la organización social que cada actor puede dejar de pensarse de modo aislado, debiendo resolver las situaciones en soledad, para poder apoyarse en redes de cooperación y ayuda mutuos. En este sentido, estamos advertidos sobre la creciente fragilización de las relaciones sociales que atraviesa nuestros tiempos, con la concomitante tendencia a la individualidad y uniones fugaces (Bauman Z. , 1999). Los autores alertan sobre la propensión cortoplacista, que desvanece planes y confianzas para dar lugar a la instantaneidad de sensaciones e intercambios (Bauman Z. , 2007); (Sennett, 2000). No obstante, creemos a su vez que no hay que dejarse estremecer por estas lógicas dominantes y poder ver, en su mismo seno, la diferencia (Alemán, 2015).

Así es que apostamos al encuentro que, además de acompañarnos y sostenernos, propicie una reflexión sobre nuestras prácticas. Reflexión que nos permita cuestionarlas, problematizarlas, transformarlas, camino en el cual nos transformamos a nosotros mismos (Freire, 2012).

En este proceso surge con fuerza en la discusión de salud el eje de las internaciones en salud men-

tal como un tema que nos convoca a pensar y repensarnos. En esta discusión, existen ciertos principios sobre los que creemos firmemente y que reafirmamos en este proceso de reflexión compartida. Creemos firmemente en la importancia de alojar el padecimiento subjetivo, de poder hacerle un lugar, con las herramientas con las que cada colectivo pueda contar, sin recetas preestablecidas o soluciones mágicas. Creemos firmemente en el derecho a transitar una situación de padecimiento subjetivo en nuestros territorios y con nuestras gentes: familia, amigos, vecinos, trabajadores que nos acompañan cotidianamente; en el alivio que implica encontrar hospitalidad en nuestras propias comunidades en los momentos en que más precisamos de su contención. Así es que las internaciones en hospitales generales son para nosotros la apuesta a garantizar este alojamiento territorial, en contraposición al destierro y la soledad de la lógica manicomial, asilar. Quisiéramos decir “antigua lógica manicomial”, si bien estamos advertidos que las prácticas segregativas, lejos de estar perimidas, se encuentran arraigadas por años de ejercicio social.

Históricamente los padecimientos mentales fueron y son asociados a la discriminación, persecución y violación de los derechos humanos. Por su lado, el movimiento de la salud mental emerge como un movimiento que entrelaza la salud con los derechos humanos.

No obstante, cabe destacar que en el campo de la salud mental existen hoy profundas tensiones producidas por las teorías, intereses, prácticas, supuestos y concepciones de los paradigmas que lo atraviesan.

A través de los movimientos de usuarios y trabajadores de la salud mental, así como de la formalización de estos procesos que representa la sanción de los marcos legales nacional y provincial (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, año 2010; la Ley Provincial de Salud Mental N° 10772, año 1991), comienza a constituirse una lógica sustitutiva al manicomio, lógica que instala prácticas tendientes a cuestionar el lugar dado al sufrimiento psíquico. Esta nueva lógica otorga a la salud mental una perspectiva de derechos humanos, declarando que la salud poblacional se potencia cuando es posible construir escenarios de vida

más justos.

Insistimos: la salud se alcanza por la justicia social.

Esta perspectiva en salud, vinculada a los derechos sociales y humanos, supone un compromiso de los actores involucrados en la concreción de contextos de vida más justos.

Atento a la complejidad del asunto, entendemos que el campo de la salud mental debe ser acompañando no sólo desde la práctica clínica asistencial sino, también, desde el abordaje de las problemáticas de la salud desde su dimensión comunitaria y de prevención y promoción de salud. Esto cuestiona la premisa que comprende la salud mental como variable de un individuo, para pasar a entender que se encuentra entramada en las condiciones y modos de vivir de una sociedad.

A su vez, este movimiento de la salud mental es naturalmente interdisciplinario, oponiéndose deliberadamente al modelo médico hegemónico. La interdisciplina como eje en el abordaje de los padecimientos mentales, pone en plano de igualdad a todas las disciplinas reconocidas. Esta democratización del poder apunta a garantizar una atención integral de los padecimientos en salud y salud mental.

De esta manera, pensar internaciones de salud mental en hospitales generales implica una profunda transformación en los procesos de atención. Se hace necesario preguntarnos: ¿cómo cuidamos?; ¿cuáles son los fundamentos de nuestras acciones? Esto es, reflexionar sobre nuestras prácticas. Para ello se necesitan actores comprometidos, que sepan abrazar, escuchar, alojar y que se piensen parte de un equipo de salud.

Así es que en estos procesos de problematización y en estos convencimientos erigidos no esta-

mos solos, nos encontramos con otros y nos transformamos en esos encuentros. En este sentido, llevamos adelante una serie de reuniones entre trabajadores de la salud durante el año 2018, entre los que se encuentra una jornada regional de reflexión sobre internaciones en salud mental con trabajadores de la salud del Nodo Rafaela (Santa Fe, Argentina), en la que siete hospitales generales de los departamentos Castellanos, San Cristóbal y 9 de Julio pusieron a consideración situaciones de internación en salud mental: hospital de Ceres, hospital de Humberto Primo, hospital de Rafaela “Dr. Jaime Ferré”, hospital de San Cristóbal “Julio César Villanueva”, hospital de Suardi “Rubén Giménez”, hospital de Sunchales “Dr. Amilcar Gorosito” y hospital de Tostado “Dr. Alfredo Rosetani”. En el marco de esta labor compartida, lejos de buscar legitimidad, los equipos ofrecieron sus dudas y dificultades para la construcción de aprendizajes colectivos.

A partir de ese encuentro se pensó en la escritura de esos procesos, escritura que parte de la práctica para retornar a ésta. A distancia de la erudición de la academia, se trata aquí de trabajadores narrando una labor cotidiana, buscando a través de este ejercicio dar continuidad al proceso de reflexión, así como extender el mismo a otros colectivos que estén transitando las mismas preguntas e inquietudes. No para brindar respuestas cerradas, sino para abrir preguntas allí donde la práctica nos interpela, donde nos convoca a seguir transformándonos.

**Luciana Galloni<sup>1</sup> y María Eugenia Padrón<sup>2</sup>**

Enero de 2019

---

1 Psicóloga. Coordinadora de los Centros de Atención Primaria de la Salud de la localidad de Rafaela (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe). Docente y coordinadora de prácticas profesionales supervisadas de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). Magíster en Gestión en Sistemas y Servicios de Salud y maestranda en Salud Pública por la Universidad Nacional de Rosario (UNR)

2 Psicóloga. Docente de la Universidad Católica de Santiago del Estero (UCSE). Investigadora de la Universidad Tecnológica Nacional (UTN). Integrante del Dispositivo Soporte Estratégico Regional (DISER, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe). Vicedirectora general de “La Clínica simple asociación” (Rafaela). Magíster en Psicoanálisis por la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA), maestranda en Desarrollo Territorial por la Universidad Tecnológica Nacional (UTN)

## Bibliografía

Alemán, J. (20 de Agosto de 2015). El retorno de lo político. Obtenido de Página 12: [www.pagina12.com.ar](http://www.pagina12.com.ar)

Bauman, Z. (1999). Trabajo, consumismo y nuevos pobres. España: Gedisa.

Bauman, Z. (2007). Vida de consumo. Argentina: Fondo de cultura económica.

Freire, P. (2012). Pedagogía del oprimido. Argentina: Siglo veintiuno.

Ley nacional de salud mental N° 26657. (03 de Diciembre de 2010). Boletín oficial. Argentina.

Ley provincial de salud mental N° 10772. (11 de Febrero de 1992). Boletín Oficial. Santa Fe, Argentina.

Sennett, R. (2000). La corrosión del carácter. España: Anagrama.



## **Un abordaje interdisciplinario a la violencia urbana. El caso de Mauro L.**

### **Institución:**

**Hospital de Rafaela**

**“Dr. Jaime Ferré”**

**Autora: Sandra Manassero<sup>3</sup>**

**Palabras clave: consumo problemático de sustancias, redes, violencia urbana**

### A modo de introducción

Desde hace años en la ciudad de Rafaela se está manifestando cada vez más fuerte y desde más temprana edad el flagelo de la violencia urbana, que progresivamente va adquiriendo características de batalla campal. Ocurre semanalmente que dos bandos o bandas se enfrentan en contiendas cuerpo a cuerpo, mediada por armas blancas y de fuego que determinan la gravedad de la crisis social actual. No solo por las consecuencias del daño físico sino también por las repercusiones a nivel ideológico, ya que se van imprimiendo nuevos códigos comunicacionales en jóvenes que apenas están terminando su niñez.

¿Existen lógicas propias de resolución de conflictos en los distintos territorios? Lo cierto es que el pasaje al acto es inminente. Y la muerte se asemeja a un juego de Play Station en donde el protagonista vacía el cargador de una 9 mm. en la cabeza de su “enemigo”, corre para escapar y ganar la partida, se apaga el juego y se pasa a otra cosa.

En algunos territorios de nuestra ciudad puede observarse la constitución de bandos rivales que luchan por el poder, muchas veces transgrediendo límites impensados. Los niños y adolescentes que allí se desarrollan, en el proceso natural de definición y afianzamiento de identidad, buscan confianza en el pensamiento colectivo, encontrando en estos grupos ya consolidados el lugar común. La tendencia al consumo, propia de la sociedad posmoderna actual,

se hace presente a través del uso de sustancias que desciende los frenos inhibitorios, propiciando el enfrentamiento. Los jóvenes que así se reúnen sobrealoran “poner el pecho”, postulado al que adscriben en su literalidad, exponiéndose a una violencia sin límites que muchas veces debilita la inclinación hacia la supervivencia. Sucumben a la adrenalina, el delirio y la cómoda irrealidad construida desde el desconcierto propio de la edad.

### Ingreso de Mauro al hospital

El primer contacto con Mauro desde el área de salud mental se realizó luego de diez días de su ingreso al hospital, a partir de una interconsulta solicitada por el Servicio de Cirugía: “Paciente de 15 años de edad, intervenido por herida de arma de fuego con orificio de ingreso en hemitórax izquierdo y orificio de salida en hemiabdomen derecho, con lesión en ventrículo izquierdo, diafragma, cámara gástrica e hígado, con antecedentes de consumo problemático de sustancias psicoactivas que comienza a manifestar síntomas de abstinencia”. La interconsulta se le solicita a psiquiatría para evaluar y prescribir un esquema de manejo farmacológico de los síntomas de abstinencia, lo cual permita una adecuada evolución del postoperatorio.

Durante las primeras entrevistas que se efectúan, se recaba información a través de anamnesis indirecta, ya que Mauro en un principio se encontraba en estado de somnolencia.

La familia presente en el rol de cuidadores estaba constituida por dos tías maternas que se alternaban en horarios para el acompañamiento. Eventualmente se hacía presente la madre de Mauro, quien generaba en la mayor parte de las ocasiones disturbios entre familiares y personal de salud, recurriendo en propuestas de derivación y/o alta voluntaria para llevarse a su hijo a la ciudad de Santa Fe, lugar de residencia de la misma, al percibirse contrariada o rechazada.

### Situación familiar/social. Antecedentes

Tras sucesivos abordajes e intervenciones con

<sup>3</sup> Médica psiquiatra. Integrante del Hospital de Rafaela “Dr. Jaime Ferré” y del Dispositivo Soporte Estratégico Regional (DISER, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe). Especialización en Medicina Legal de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) en curso

Mauro y su familia, en los cuales se trabaja en conjunto con el servicio de trabajo social del hospital, se logra obtener cierta información para armar un cuadro de situación de Mauro.

Mauro L., adolescente de 15 años de edad, con consumo problemático de sustancias psicoactivas, marihuana y alcohol en forma habitual y cocaína eventual, residía con su madre en la ciudad de Rafaela hasta que esta última se muda a Santa Fe por cuestiones personales (nueva pareja). La madre se encontraría inmersa en un contexto de consumo y venta de drogas, sin intención de cambio.

El joven, al cuidado de su abuela materna, se encontraba realizando un trayecto escolar por abandono previo, a través del “Plan Vuelvo a Estudiar”, en compañía de un referente/consejero con el rol de apoyo y fortalecimiento. Al mismo tiempo, Mauro permanecía en contacto cotidiano con grupos de jóvenes con quienes compartía actividades mediadas por el consumo de sustancias y la participación de actos de características antisociales. Inmerso en este contexto social se involucra en conflictos y violencia urbana que deriva en reiterados enfrentamientos con otras bandas de características similares. La preocupación expectante de las tías de Mauro se convierte en ocupación proactiva al momento de tomar conocimiento sobre una promesa de ejecución mortal: un disparo certero en la cabeza de Mauro estaba esperándolo de regreso a su barrio.

#### Proceso de cuidados

Dadas las características de vulneración de derechos de Mauro y su familia se decide dar conocimiento de la situación a la Subsecretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia (Ministerio de Desarrollo Social), con quienes se comienza a trabajar en la búsqueda de una institución en la que Mauro pueda ser alojado una vez se proponga el alta clínica, para continuar con el proceso de cuidados en salud, entre los que se encuentran la terapéutica para deshabitación y rehabilitación por su problemática de consumo; al mismo tiempo que se lo separaría físicamente del riesgo que significa el retorno al “territorio de contienda”.

En este sentido, simultáneamente al progre-

so y evolución de su cuadro clínico-orgánico, se efectúa articulación con la Agencia de Prevención de Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones (APRECOD, Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado de la Provincia de Santa Fe) con quienes se gestiona una plaza para la continuidad del abordaje en la modalidad de comunidad terapéutica.

Mientras se concreta el traslado a la comunidad, atendiendo a los tiempos operativos de los organismos intervinientes, y contemplando la necesidad de que Mauro no regrese a su domicilio luego del alta en el hospital, se acuerda con una de sus tías el alojamiento temporario en su domicilio y se diagrama una estrategia de cuidados asistenciales y seguimiento. Para la organización de esta estrategia y plan de acción se articula, además de la familia presente, con el centro de atención primaria de la salud al que la familia se encuentra adscripta y con el equipo territorial dependiente del Municipio de la ciudad. A través de este trabajo colectivo, se consigue garantizar los cuidados, seguimiento e integralidad de los servicios requeridos en esta situación.

#### Tiempo después

A partir de la contrareferencia con los equipos intervinientes, más allá del alta hospitalaria de Mauro, se continúa obteniendo información sobre su situación.

Su evolución favorable y recuperación completa del cuadro clínico-quirúrgico permitió el ingreso a la comunidad terapéutica prevista para continuar su proceso de cuidados.

Se realizó la primera entrevista en consultorio externo dos meses después de su internación, encontrándose Mauro estable y contenido bajo la estrategia de abordaje integral establecida.

#### Reflexiones finales

El abordaje en problemáticas de salud mental en hospitales generales requiere ineludiblemente de un análisis minucioso de la situación social/familiar de la persona usuaria, lo que determinará el diseño de la estrategia terapéutica a seguir.

El conocimiento del contexto en el que surge un padecimiento subjetivo nos aporta información

crucial directamente vinculada al sustrato a partir del cual se desarrolla la génesis de la patología en cuestión, dando cuenta del grado de implicación pasado, presente y futuro. Tomar contacto con la circunstancia y los antecedentes nos permite elaborar un plan de tratamiento adecuado a la singularidad de la situación, atendiendo a aspectos que quedan por fuera de los procedimientos protocolizados. La interdisciplina y el establecimiento de redes, de trabajo articulado, apoyo y contención es menester obligado.

La participación activa del servicio de trabajo social del hospital y la Subsecretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia aportaron el marco de contención para los familiares implicados positivamente en la concreción de la propuesta terapéutica. Asimismo, su actuación inscribe simbólicamente aspectos legales que exigen el cumplimiento de lo paupado en pos del bienestar del joven.

Los equipos de primer nivel de atención, tales como el centro de salud y el equipo territorial, ya conocían la situación de la familia, propiciando una llegada más rápida al efector y mejor aceptada por los participantes, así como la continuidad del proceso de cuidados una vez que se retiró del mismo, constituyéndose en actores clave.

Llegando hacia el final, nos resta señalar que la violencia urbana emerge de una problemática social que parece ir en ascenso, recayendo progresivamente en individuos de cada vez más corta edad. Ha modificado el modo de percibir y resolver lo cotidiano, la construcción de nuevos códigos y símbolos que se traducen en el drástico cambio ideo-conductual, ruptura de vínculos sociales y personales y reestructuración de dinámicas de relación complejas sesgadas por el odio y la destrucción.

El abordaje de estas situaciones trasciende la participación del servicio de salud mental y atraviesa políticas públicas que extienden necesariamente la intervención hacia otras instituciones y organismos. La constitución de redes de trabajo fortalece el proceso de cuidados y contribuye a la inclusión de una perspectiva territorial.

## Bibliografía

Ley nacional de salud mental N° 26657. (03 de Di-

ciembre de 2010). Boletín oficial. Argentina.

Ley provincial de salud mental N° 10772. (11 de Febrero de 1992). Boletín Oficial. Santa Fe, Argentina.

Matza, D. (2014). Delincuencia y deriva. Cómo y por qué algunos jóvenes llegan a quebrantar la ley. Argentina: Siglo XXI.

Minayo, M. C. (2005). Relaciones entre procesos sociales, violencia y calidad de vida. Salud Colectiva, 69-78.

## **Prácticas en salud Mental. Abordaje hospitalario en consumo problemático**

**Institución: Hospital de Sunchales**

**“Amílcar Gorosito”**

**Autoras:**

**Mariana Battistutti<sup>4</sup>**

**Carolina Scarafía<sup>5</sup>**

**Virginia Villafañe<sup>6</sup>**

**Luisina Villalba<sup>7</sup>**

**Palabras clave: equipo interdisciplinario, salud mental, consumo problemático de sustancias**

Introducción

Mediante esta presentación se propone plantear la práctica e intervención del equipo interdisciplinario de salud a la luz de un caso donde se muestra la problemática del consumo. Para ello es necesario enmarcarnos teóricamente en conceptos que sostengan dicha praxis.

Es verdad que durante mucho tiempo las prácticas sanitarias dentro las instituciones estuvieron atravesadas por dogmas que respondían a las concepciones epistemológicas del paradigma médico hegemónico. Esto dejaba por fuera la posibilidad de diálogo entre los diferentes saberes disciplinares y los no disciplinares. Creemos que esta dialéctica es necesaria para el desarrollo de nuevos conocimientos y quehaceres que respondan a las demandas devenidas de las transformaciones sociales emergentes de estos tiempos y con toda la complejidad que lo mismo reviste.

Por último, esta presentación tiene por objetivo mostrar el recorrido que hemos considerado en nuestra práctica cotidiana dentro del escenario de la salud mental y, particularmente, en la praxis hospitalaria.

Prácticas en salud – salud mental

Por un lado, entendemos que la “salud mental”, tal como lo muestra Alicia Stolkiner, es un subcampo que debe pensarse en el basto escenario que presenta la salud en general, pero que se ha configurado como el espacio paradigmático del límite a la concepción biologista-individual de la enfermedad y se ha diferenciado como tal por mantener formas institucionales específicas que develan, más claramente que en el campo de la salud en general, la imbricación entre mandatos sociales de orden y propuestas curativas. Como lo afirmara en alguna oportunidad: “(...) el éxito del campo de la Salud Mental sería su desaparición para incorporarse en prácticas sociales de salud-enfermedad-cuidado en las que la dimensión social y subjetiva haya sido restituida” (Alicia Stolkiner, 2012).

Por otra parte, Emiliano Galende (2015), define a las prácticas en este territorio epistemológico del siguiente modo:

La Salud Mental es brindar atención y prestar cuidados a quienes padecen alguna forma de sufrimiento mental. Hemos situado la relación terapéutica como el vínculo asimétrico entre quien brinda el cuidado y quien lo ha demandado, se trata de un aspecto de la relación con el otro que debemos entender, incluye valores éticos, morales que regulan, en esa asimetría, las dimensiones del amor, la dependencia y el poder.

Frente a lo expuesto, entendemos que las prácticas en salud mental conciernen a la praxis de lo cotidiano en constante vínculo y diálogo con los diferentes actores que se mueven dentro de este campo

4 Trabajadora social. Integrante del Hospital de Sunchales “Amílcar Gorosito”. Miembro del Consejo para la Inclusión de Personas con Discapacidad (Sunchales). Integrante de la Junta Evaluadora de Personas con Discapacidad

5 Psicóloga. Ex integrante del Hospital de Sunchales “Amílcar Gorosito”. Integrante del Centro de Psicoterapia Fiba. Docente en la Universidad Católica de Santiago del Estero (UCSE) y del Centro Formador en Psicoterapia Psicoanalítica (Cefop). Maestranda en salud mental por la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER)

6 Médica psiquiatra. Integrante del Hospital de Sunchales “Amílcar Gorosito”. Posgrado en demencias, neurociencias, neuroanatomía y neuroimágenes aplicada a la neuropsiquiatría en la Asociación Neuropsiquiátrica Argentina (ANA)

7 Trabajadora social. Integrante del Hospital de Sunchales “Amílcar Gorosito”. Integrante del Centro de Día para personas con discapacidad “El Faro”. Integrante de la Comisión para la protección de los Derechos de Niño/a y Adolescentes y del Colegio Asesor Provincial para personas con discapacidad.

de acción. Esto quiere decir que en pos de garantizar el acceso a la salud y al cuidado de las personas usuarias es necesario visibilizar la red de agentes intervinientes. Esto se logra mediante el trabajo en conjunto de saberes disciplinares y no disciplinares, articulando desde la transdisciplina para dar respuestas a los usuarios.

### Consumo Problemático

Reflexionar acerca del consumo problemático, sobre todo en jóvenes, desde la impronta de la salud mental invita a hacer un recorte donde se observen, incluso, las diferentes dimensiones que el mismo presenta.

Estas dimensiones nos hablan de la pluralidad de situaciones que se exteriorizan y la particularidad que cada caso conlleva. Las mismas se apoyan en las esferas donde los sujetos viven y comparten su cotidianidad. Estas son los aspectos sociales, económicos, familiares, vinculares y políticos.

Ahora bien, si estos territorios entran en tensión y comienzan a visibilizarse dentro de la problemática, el desafío es pensar cómo abordar dicho problema dentro de la complejidad que le es inherente. Para ello es necesario no reducir todo el fenómeno a la sustancia (objeto). Por un lado debemos comprender, mediante la tensión que se evidencia, que existe una relación entre el sujeto y ese objeto (sustancia) donde su presencia revela un vínculo “especial”.

Si pensamos desde el paradigma de reducción de daños que desarrolla la Lic. Graciela Touzé definiendo al consumo de sustancias como un fenómeno complejo, diríamos que en cualquier uso de drogas se produce siempre una “interacción entre tres subsistemas”: por una lado la sustancia como elemento material, los procesos individuales del sujeto que toma posición ante la sustancia y la organización social, incluso los componentes políticos y culturales, como marco en el que se produce la relación.

Por otra parte, y para concluir con el apartado, es menester a la luz de lo teorizado retomar las dimensiones que se señalaron para así dar respuestas de tipo no reduccionistas, entiendo que el ser humano es un entramado complejo de interacciones inter e intrasubjetivas que no se agotan en respuestas dis-

ciplinarias aisladas. El trabajo debe ser producto de la dialéctica que se propicie dentro de los diferentes saberes.

### Sistematización del caso J.

Consideramos pertinente mencionar un caso que abordó el equipo de salud del Hospital de Sunchales el año 2017 y que actualmente continúa su trato en otra institución que se dedica principalmente al trabajo con personas que presentan consumos problemáticos.

Es importante, a su vez, resaltar como parte del trabajo que el equipo ha sostenido un mismo criterio de abordaje e intervención, de manera transdisciplinar e interinstitucional. Ya que no sólo se interviene en la atención a la “crisis”, sino que el abordaje integral implica un fuerte acompañamiento y compromiso de la familia para el sostenimiento del tratamiento, esto para luego pensar en su inserción o reinserción social y/o laboral, utilizando los recursos disponibles en el ámbito de la salud y en toda la comunidad.

Manteniendo total reserva de la identidad de las personas con quienes trabajamos, decidimos identificarlo como el Joven J.

Para comenzar, el Joven J. al momento de la internación era menor de edad e ingresa por intento de suicidio previo consumo de sustancias desde hacía un tiempo considerable. Se informa a la Subsecretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia (Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe) y al Dispositivo Soporte Estratégico Regional (DISER) del Nodo Rafaela (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe), con el fin, en primera instancia, de advertir sobre las intervenciones realizadas con el adolescente luego de su ingreso. Por otro lado, es necesario articular con estos organismos pensando en la consecución del tratamiento y abordaje de la situación del joven. Tanto la Subsecretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia como el equipo DISER colaboran con los servicios de salud apoyando y acompañando estrategias de intervenciones. Es un trabajo en red donde se articula y dialoga de forma constante con diferentes instituciones y organismos.

Cabe mencionar que desde hacía dos años aproximadamente el joven integraba el programa

municipal “Ser Jóvenes”, cuyo objetivo se enmarca en generar acciones que tiendan a mejorar la calidad de vida de los adolescentes en situación de riesgo social mediante su inserción sociolaboral.

Tendientes a sistematizar la experiencia es importante hacer mención que, inicialmente, el joven ya contaba con un espacio en el servicio de psicología del hospital, espacio que se solicita por la demanda del equipo “Ser Jóvenes”, más que por una necesidad del mismo. J., quien luego de tres entrevistas decide abandonar. Manifestaba que no necesitaba el lugar de la terapia, que no quería estar en tratamiento, expresaba no sentirse cómodo. Se mostraba por momentos iracundo, verborrágico, hostil; y en otras ocasiones pedía disculpas, se enunciaba avergonzado y su actitud era positiva hacia el espacio terapéutico. A veces estos cambios de talante ocurrían en un mismo encuentro.

En sus aspiraciones no estaba, al menos hasta ese momento, el acceder a un tratamiento. No llegó por su cuenta, sino por la derivación del equipo del mencionado programa. Sin embargo, más allá de su posición discrepante a los encuentros, deja ver que su deseo se colaba por la expresión artística, le gustaba cantar y escribir canciones. Con este conocimiento aspiramos a conocer más a J. Si bien al poco tiempo decide no continuar, esto nos sirvió para luego abordar la situación con más herramientas y recursos. Es decir, ya contábamos con conocimientos previos de J. cuando llega a la sala de emergencia y es recibido por el servicio. Estos conocimientos nos permitieron construir en equipo estrategias para así sostener la internación voluntaria, con tratamiento farmacológico, médico y psicológico, para luego continuar con la derivación en una institución que aborda principalmente personas con situaciones de consumos problemáticos. En esta misma línea, estas tácticas que mencionamos tienen que ver con conocimientos en relación a los modos de afrontamiento del sujeto, sus mecanismos defensivos y una hospital aproximación diagnóstica para sentar las bases de cómo abordaríamos su estadía en el hospital.

Ahora bien, a modo de estrategias o tácticas, mencionamos como relevante el trabajo del equipo y de los familiares. De hecho, la propuesta de trabajo del servicio, fue acompañada principalmente por un

referente positivo (abuela paterna), que además de brindar contención y acompañamiento era necesario que marque los límites y apoye el trabajo que desde el equipo se estaba realizando.

Empero, y para profundizar en nuestras prácticas comentaremos a continuación las intervenciones realizadas. Por un lado, debido a que era menor de edad, por medio de la Subsecretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia se gestiona la figura de acompañante terapéutico, a fin de asistir las visitas, ya que como equipo se propone restringir el contacto con familiares y/o amigos que boicoteaban constantemente el tratamiento.

Con todo, el joven cuestionaba las decisiones por lo que se mostraba enojado, apático y desafiante. Frente a esto, el sostén no sólo se hacía de manera intrainstitucional sino que la presencia del equipo territorial municipal constituía un gran apoyo, debido a que manteníamos el mismo discurso para con él.

Es menester destacar que el equipo de salud mantenía una comunicación constante con familiares y amigos que se acercaban casi de manera constante a increpar, discutir y replantear las medidas tomadas.

Otra de las estrategias fue estar en comunicación con personal de la Secretaría de Cultura del Municipio, esto con el propósito de guardar un espacio a fin a los intereses artísticos de J. Conjuntamente, se fortalecieron redes ya constituidas con el equipo de servicio social de la Municipalidad de Sunchales y el equipo técnico del programa “Ser Jóvenes”; mientras que se asentaron otras nuevas como el contacto con la Agencia Provincial de Prevención de Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de Adicciones (APRECOD, Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado, Provincia de Santa Fe) para articular y concretar el ingreso a otra institución luego de haber transcurrido la fase de desintoxicación y estabilización de J. A raíz del interés del adolescente y su familia por sostener el tratamiento, y considerando la complejidad del caso, se decide articular con un establecimiento dedicado principalmente al trabajo con personas que presentan consumo problemático. Esta complejidad se encuadra en la dificultad del joven de continuar con un tratamiento ambulatorio. El diagnóstico diferencial fue una herramienta relevante para entender la situación

de riesgo que el adolescente presentaba.

Del mismo modo, nuestra intervención no culmina cuando la persona usuaria egresa del hospital para continuar su tratamiento en otra institución, sino que mantenemos comunicación asidua con el equipo, realizando un seguimiento a nivel local con los familiares con el objeto de que al momento del alta las condiciones socioambientales sean aptas para lograr su cuidado, así como su reinserción social y laboral.

En definitiva y como parte de nuestro aprendizaje en el quehacer de la praxis, sabemos que no existe una receta ni un protocolo que nos determine qué pasos a seguir en cada internación. Cada una aporta desde su especificidad las herramientas para la intervención. Pero constituye un aprendizaje diario, ya que aún hay pensamientos e ideologías enquistadas en el viejo paradigma de la medicalización, encierro, reclutamiento y aislamiento en detrimento de los derechos.

### Conclusiones

A lo largo del trabajo hemos tratado, por un lado, de enmarcar teóricamente nuestros enunciados y, por otro lado, mostrar mediante una viñeta clínica cómo ha trabajado el equipo de Salud/Salud Mental del Hospital de Sunchales teniendo en cuenta los recursos con los que cuenta.

Es importante que los equipos puedan tener instancias de diálogo y de encuentro que les permita pensar sus prácticas e intervenciones. Los diferentes profesiones y los disímiles saberes son los que forman el entramado que da origen a la red de contención de las personas usuarias.

Tomamos como ejemplo el caso del Joven J. porque creemos que ha sido una situación que nos ha interpelado como equipo.

Los consumos de sustancias son hechos sociales que nos atraviesan y trascienden. Como equipo tenemos las responsabilidades de trabajar mancomunadamente articulando “aquello que sabemos” al servicio del usuario para que encuentre acceso a un derecho fundamental como lo es el de la salud.

Como dijimos anteriormente, no hay recetas únicas, hay sujetos en situaciones particulares y hay

que abordarlas desde la óptica de la singularidad.

### Bibliografía

Ase, I., & Burijovich, J. (2009). La estrategia de atención primaria de la salud: ¿progresiva o refresiva en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, 27-47.

Augsburger, A. C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos médicos sociales*, 61-75.

Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de Salud Mental*. Argentina: Lugar Editorial.

Stolkner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vetex Revista Argentina de Psiquiatría*, 57-67.

Touzé, G. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Argentina: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.



## **Alojar la crisis subjetiva en el hospital. Un abordaje interdisciplinario**

**Institución: Hospital de Suardi**

**“Dr. Rubén Giménez”**

**Autoras:**

**Noemí Campos<sup>8</sup>**

**Marina Flores<sup>9</sup>**

**Palabras clave: interdisciplina, redes**

Un día de diciembre J.C. de 22 años de edad sufrió una descompensación física y psicológica. En esa misma mañana se presentó su padre al hospital de Suardi para hablar con los médicos presentes y manifestar preocupación por su hijo J.C., que en esos momentos se hallaba detenido en la comisaría policial de Suardi. Había sufrido una crisis nerviosa y un integrante de su familia ampliada le había realizado una denuncia por violencia, motivo por el cual en la noche anterior fue llevado a la comisaria para prestar declaración. Se hallaba demorado en la comisaría y los agentes policiales le pidieron a su padre que lo lleve al hospital para una evaluación de salud ya que se encontraba “(...) muy alterado, nervioso, con expresiones verbales confusas y en estado de euforia permanente”.

En el hospital el médico clínico realizó la evaluación y, junto a enfermería, se decidió su internación con el objetivo de tranquilizarlo y estabilizarlo, indicándole Clonazepan vía oral y visitas restringidas ya que la familia del joven exponía problemas familiares.

Alrededor de las 16 hs. del mismo día el joven presentó una alteración psíquica emocional y se dio a la fuga del hospital; por lo que el equipo de Salud mental (psicóloga y trabajadora social) se hicieron presentes y, junto con el médico clínico, solicitaron cola-

boración a la policía local para que pueda ser hallado.

Luego de la búsqueda, reingresa a enfermería y en la entrevista clínica y psicológica se observaron los siguientes síntomas: pensamiento desorganizado, confuso, verborragia, alteración senso-perceptiva, desorientación en tiempo y espacio, importante excitación psicomotriz, entre otros. En ese momento, expresó también episodios de violencia y maltrato hacia su persona por parte de familiares e inquilinos de su madre. Tras la entrevista y evaluación, finalmente J.C. prestó colaboración y quedó nuevamente en la sala de internación. El médico indicó vía parenteral de suero fisiológico, con Midazolan y Ampliactil.

Alrededor de las 18 hs., el equipo de salud evaluó la necesidad de una interconsulta y evaluación con especialista en psiquiatría<sup>10</sup>, por lo que se gestionó y preparó traslado al hospital regional de Rafaela (esta medida se puso en conocimiento a su padre).

Posteriormente, se le explicó al paciente los pasos a seguir y se le administró solución fisiológica con Midazolan para su traslado en ambulancia del Servicios de Emergencias Médicas 107, acompañado por una enfermera y el padre de J.C.

En la planilla de derivación se expusieron los síntomas nombrados, tales como desestabilización y crisis subjetiva. También se redactó un pequeño informe con los datos obtenidos de las entrevista a familiares: escolaridad primaria con adaptaciones, madre con enfermedad mental (esquizofrenia), marido de la madre con leve retraso mental, reciente denuncia policial, actualmente sin domicilio fijo, inestabilidad laboral, fallecimiento de su hermano menor en un trágico accidente doméstico (hace dos años) y, según enunció su padre, el “patrón” del campo donde hacía seis meses trabajaba observó en J.C. comportamientos raros, desorganización en las rutinas y en sus horarios de descanso; su padre refiere “sospechas de consumo de drogas”.

En el hospital de Rafaela fue recibido por el servicio de guardia con los que establecimos comu-

8 Psicóloga. Integrante del Hospital de Suardi “Dr. Rubén Giménez”

9 Trabajadora social. Integrante del Hospital de Suardi “Dr. Rubén Giménez”

10 Al momento de abordar la situación, el hospital de Suardi no contaba con el recurso de psiquiatría. En el año 2018, se incorpora un médico psiquiatra que desempeña funciones en dicha institución

nicación, al igual que con el servicio de salud mental del efector y con el Dispositivo Soporte Estratégico Regional (DISER, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe), quienes tenían contacto con familiares que acompañaban a J.C. y con los médicos del Hospital, manifestando en días posteriores una evolución favorable.

Una semana posterior al ingreso, la persona usuaria fue dada de alta y retornó a zona rural donde vivía con su padre y con la familia de éste. Ese mismo día el padre de J.C. se acercó al hospital de Suardi con las recetas y prescripción del psiquiatra. El médico clínico remarcó la importancia de administrar responsablemente la medicación al joven e indicó la derivación a psicología, quién otorgó el turno.

Tres días después, J.C. se hizo presente en la guardia del hospital de Suardi manifestando un dolor en su pie, alterado, eufórico e intranquilo. Desde psicología y trabajo social se realizó una entrevista con el joven para brindarle contención emocional y una atenta escucha, como así también con sus familiares.

Igualmente, la trabajadora social tramitó un turno para una nueva consulta con psiquiatría, a quien se mandó un informe sobre la situación actual de J.C. El médico psiquiatra en esa oportunidad recetó Clonazepam y Risperidona. Se entregó a su padre comprimidos de Clonazepam y de Risperidona, para que sea éste quien administre y le proporcione a su hijo la medicación respetando la indicación psiquiátrica. El equipo de salud mental del hospital de Suardi le brindó consejería y sugerencias para lograr algunos cambios en la dinámica familiar en beneficio de los cuidados y la recuperación progresiva de J.C.

El familiar responsable se comprometió a acompañar y habilitar los medios para que J.C. se pueda hacer presente a la sesión de psicoterapia psicológica, reanudando las entrevistas familiares que fueron realizadas desde el servicio de salud mental (tanto en el proceso de internación y post internación), como así también las realizadas vía telefónica.

Se implementaron como dispositivos las entrevistas familiares y también un espacio de psicoterapia para que J.C. pudiera expresar su situación, sus

gustos, sus necesidades, un espacio de escucha, de entendimiento de sus conflictos, preocupaciones y angustias.

En el interior de la institución, un trabajo interdisciplinario entre médico, psicóloga, trabajadora social y enfermeras propició el intercambio y socialización de la evolución de J.C. Un seguimiento que nos permitió evaluar estrategias y nuevos dispositivos.

Desde el área de trabajo social se tramitó un nuevo turno con la médica psiquiatra del hospital de Rafaela y se continuó con la psicoterapia individual y entrevistas familiares. Fue notable el cambio que presentó J.C. Asistió con puntualidad a todas las citas convenidas tanto a psicoterapia, como a consulta bimestral con el médico psiquiatra del hospital de Rafaela. Presentó disponibilidad, colaboración, su aspecto cambió favorablemente y en un principio comenzó a colaborar con las tareas rurales junto a su padre. En lo posterior buscó trabajo en una verdulería de zona urbana, lo que le permitió tener ingresos para sus gastos, socializar, salir progresivamente de su casa, tomando en consideración las sugerencias que el equipo le brindaba.

Sabíamos que desde un comienzo era muy importante el trabajo en equipo para conseguir la adherencia a los tratamientos de todo el grupo familiar. El abordaje integral de la atención y la evolución favorable dependían del cumplimiento de las pautas, sugerencias y del plan terapéutico (psicológico, psiquiátrico y farmacológico), así como también de su progresiva inserción social en el medio.

De esta manera, entendemos que es el trabajo interdisciplinario entre los profesionales de la salud del "Hospital Giménez" lo que fortaleció la atención de salud frente a una demanda concreta de crisis subjetiva.

Para concluir, el desafío es pensar y diseñar dispositivos de trabajo que, posterior a la atención, apoyen la socialización y paulatina inserción de personas usuarias en espacios productivos y sociales. Fortalecer el trabajo interdisciplinario en el interior de la institución, como así también el trabajo en red con las instituciones sociales y recreativas del medio.

Actualmente J.C. asiste a la terapia psicológica y a la consulta con psiquiatría, mientras que la relación con su familia se consolida, ya que es muy importante la presencia de familiares, quienes realizan el sostén para la continuidad de las intervenciones y tratamientos.

### Bibliografía

Barrios, M. (2009). Comité de Admisión de la Colonia psiquiátrica de Oliveros, ¿puerta de admisión a un circuito de salud o puerta de recepción al manicomio? Utopías, 69-82.

Ley nacional de salud mental N° 26657. (03 de Diciembre de 2010). Boletín oficial. Argentina.

Ley provincial de salud mental N° 10772. (11 de Febrero de 1992). Boletín Oficial. Santa Fe, Argentina.

Nación, M. d. (2012). Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. Argentina.

## **Intervenciones en crisis subjetiva al interior de un hospital general. Internación por motivo de salud mental**

### **Institución:**

**Hospital de Tostado**

**“Dr. Alfredo Rosetani”**

### **Autoras:**

**Danisa M. Amaya<sup>11</sup>**

**Belén Magiollo<sup>12</sup>**

**María Macarena Valverde<sup>13</sup>**

**Palabras claves: Crisis subjetiva, equipo de salud**

La situación que se presenta a continuación fue acompañada desde el equipo de salud de la localidad de Tostado. El mismo está integrado por: dos psicólogas, dos trabajadoras sociales, un psiquiatra y un médico clínico.

A. tiene 42 años de edad, vive con sus seis hijos en una casa de dos ambientes que alquila en un barrio alejado del Hospital General “Dr. Alfredo Rosetani”. Tanto ella, como sus hijos, toman como referencia; ante cuestiones relacionadas a la salud; al centro de Salud “General Güemes”, ubicado a pocas cuadras de su domicilio, y que a su vez está lindando con el comedor comunitario en el que A. trabaja.

Respecto a la situación económica, la familia recibe ingresos provenientes de la A.U.H (Asignación Universal por Hijo) y de la ayuda que recibe por trabajar en el antes mencionado comedor comunitario. La casa de dos ambientes en la que vive junto a sus hijos es alquilada.

A. ha tenido varios ingresos en el hospital en

11 Asistente social. Integrante del Hospital de Tostado “Dr. Alfredo Rosetani”. Integrante de la Comuna de Villa Minetti. Tutora en la Escuela de Enseñanza Media N° 332 de Tostado

12 Psicóloga. Integrante del Hospital de Tostado “Dr. Alfredo Rosetani”. Integrante de la Escuela Especial N° 2.036 “Dr. René Favalaro” de la ciudad de Tostado. Posgrado “Clínica Institucional y Comunitaria” de la Universidad Nacional de Rosario en curso

13 Psicóloga. Integrante del Hospital de Tostado “Dr. Alfredo Rosetani”. Integrante del Equipo socio-educativo del año. Trabajó en el ámbito privado como psicóloga clínica. Fue becaria en el “Programa de Médicos Comunitarios”. Posgrado en “Clínica Psicoanalítica de la Infancia y la Adolescencia” (ASAPPIA)

situaciones de descompensación delirante. En la primera internación que se registra desde el equipo de salud, ingresa por la guardia médica, y al ser atendida por el médico, se decide derivar al Hospital de Santa Fe “Dr. Mira y López”, debido a no contar con el servicio de psiquiatría, no solo en el hospital sino en la localidad<sup>14</sup>.

En su regreso a la localidad de Tostado, la usuaria se muestra cordial, afectuosa, amigable y extrovertida, no manifestando violencia ni agresividad, pudiendo sostener un diálogo con el equipo de salud mental local. Se trabaja con la usuaria desde el diagnóstico de episodios psicóticos. Cabe mencionar que el equipo de salud mental local funciona en el Hospital General de Tostado.

En el año 2016, dos de sus hijas mayores de 15 y 16 años fueron quienes indicaron al equipo de salud mental no saber qué hacer con su madre. Fue coincidente con el suceso de la muerte de su segundo marido, padre de sus dos hijos menores, con las mismas características de fallecimiento que su primer marido, padre de sus cuatro hijos mayores, (suicidio por ahorcamiento) años antes.

Al interior del equipo se evalúa la situación y, luego de varias intervenciones realizadas de manera conjunta con el servicio de psicología, psiquiatría y el servicio social, con un diagnóstico del orden de la psicosis. Se establece contacto con la familia ampliada de A., sin lograr que, tanto los padres como sus hermanos, pudieran acompañar a ella y a los hijos en este proceso; con lo cual, se intenta tratamiento ambulatorio y se coordina con el centro de salud dado el vínculo preexistente.

En la reevaluación de la situación, se comienza a pensar en un abordaje en donde se impliquen a otras instituciones de diversas áreas. En este sentido, se solicita la intervención del CAJ (Centro de Asistencia Judicial) para asesorar sobre cuestiones sucesorias que involucran una casa de su marido fallecido recientemente; como así también, al Equipo Socio Educativo del Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe, dado que los niños presentaban reiteradas inasistencias escolares.

Teniendo en cuenta que la usuaria presentaba dificultades para sostener actividades laborales, se generaron desde la Dirección Provincial de Salud Mental ayudas económicas que le aseguraran algunas necesidades básicas.

Es lícito mencionar que fueron sus hijas mayores quienes, con más o menos dificultades respecto a sus recursos cognitivos (ambas con diagnóstico de retraso mental leve), sostuvieron emocionalmente a su madre y hermanos en momentos de extrema angustia y desborde emocional.

Durante este proceso, la comisión S.A.M.Co. (Sistema para la Atención Médica de la Comunidad) del hospital contrata a profesional psiquiatra para que concurra una vez a la semana y sea responsable de la indicación de la medicación y acompañar posteriores internaciones de personas del territorio. Esto generó bastantes resistencias desde los servicios del hospital, ya que los trabajadores mencionaban su falta de conocimiento y capacitación para llevar adelante internaciones de personas con crisis subjetivas, con lo cual fue un momento inaugural no solo para A., sino también para los profesionales intervinientes.

A la fecha, la usuaria se encuentra bajo el programa de acompañamiento terapéutico, lo que permitió la modificación de ciertas conductas de la vida cotidiana, tanto para sí como para sus hijos, generándose de esta manera vínculos constructivos al interior de la familia.

Actualmente, A. continúa medicada con Risperidona inyectable, Biperideno y Clonazepam y desde el equipo de salud interviniente se reevalúan de manera sistemática los objetivos planteados al principio del abordaje, que consisten en la posibilidad de reestablecer vínculos saludables con sus hijos, acompañar su estabilidad subjetiva y fortalecer progresivamente su reinserción social.

## Bibliografía

Ley nacional de salud mental N° 26657. (03 de Diciembre de 2010). Boletín oficial. Argentina.

Ley provincial de salud mental N° 10772. (11 de Febrero de 1992). Boletín Oficial. Santa Fe, Argentina.

---

14 En la actualidad el Hospital cuenta con profesional psiquiatra contratado (12 horas) por el S.A.M.Co.

## **Intervención en salud mental: internación en hospital general. La experiencia de Humberto Primo**

### **Institución:**

**Hospital de Humberto Primo**

### **Autoras:**

**Luciana Odetto<sup>15</sup>**

**Nadía Rodríguez<sup>16</sup>**

**Palabras claves: acompañamiento familiar, crisis subjetiva, interdisciplina**

El presente relato se contextualiza en la localidad de Humberto Primo, en el hospital general. El equipo de salud interviniente se conforma de: asistente social, psicóloga, médico de guardia, enfermera.

El relato corresponde a la situación de una joven de 16 años que no presentaba atenciones previas en salud. Al momento del primer encuentro la joven llega con crisis de angustia y se decide medicar como primer abordaje de urgencia para tranquilizarla. En este caso se indica Diacepam.

Posteriormente, se cita a la paciente en consultorio de psicología y se realizan las gestiones para obtener un turno con psiquiatría. La asistente social realiza visitas domiciliarias y cita a entrevista a los familiares de la joven.

Como equipo de salud consideramos que las fortalezas están en poder trabajar interdisciplinariamente.

Por otro lado, durante el proceso de acompañamiento, se establecieron redes que permitieron el sostenimiento de la joven y de su familia. Redes que integraban al equipo del hospital, al equipo territorial de la comuna y a la familia.

Según datos epidemiológicos recabados en el hospital de Humberto Primo, las internaciones por salud mental que se registran son de crisis subjetivas por intentos de suicidio en adolescente (ingesta medicamentosa). Los adolescentes suelen llegar acompañados por familiares y en las entrevistas clínicas aparece gran monto de angustia debido a situaciones de violencia, abuso y/o maltrato por parte de familiares mayores, conocidos o compañeros de colegio.

En relación con lo recientemente mencionado y retomando la situación trabajada, la adolescente de 16 años relata intento de suicidio tomando pastillas. La joven es acompañada por su novio mayor de edad y muy angustiada dice que su madre la obliga a prostituirse desde que tiene 12 años, aproximadamente, mencionando que también sufre malos tratos por parte de ella.

Desde el equipo de salud se pide interconsulta con psicología y psiquiatría, pero la adolescente no concurre a los turnos pautados. La madre, al enterarse de esto, la envía a vivir a otra localidad con un señor mayor, diciéndole que ese hombre es su padre. La joven descrea de esta información ya que sabe quién es su padre biológico. No obstante, se muda a esta localidad con el hombre y esa información no se da a conocer al equipo de salud interviniente provocándose una pérdida de contacto y referencia.

Desde ese momento, ningún familiar vuelve a acercarse al hospital hasta que, por otros motivos de conflicto, el equipo de salud toma contacto con la familia: situaciones de violencia doméstica, malos tratos y abandono.

Pasado un año volvemos a tener contacto con la adolescente ya que ella logra “escaparse” de la casa del señor mayor y manifiesta el deseo de volver a vivir con su novio a la localidad de Humberto Primo. La joven menciona también que

15 Asistente Social. Integrante del equipo en el Hospital de Humberto Primo

16 Psicóloga. Integrante del equipo de salud del Hospital de Humberto Primo. Postgrado en Psicodiagnóstico (UNC). Postgrado en Pericia Psicológica (UNC). Postgrado de Neuropsicología de patologías prevalentes (UNC)

no quisiera vivir con su madre.

Desde el equipo de salud nos ponemos en contacto nuevamente con el equipo de la comuna para trabajar conjuntamente y citamos a la joven desde psicología. También se citó a la madre. Sin embargo y, a pesar de los intentos, ninguna de las dos concurre.

La madre deja su pareja y se va a vivir a zona rural con un joven menor que ella llevándose consigo a sus dos hijos más pequeños, quienes posteriormente se retiran viajando, a dedo, a Humberto Primo.

Actualmente, se continúa el acompañamiento de la situación de manera articulada entre las asistentes sociales de la comuna y el hospital.

Como mencionamos anteriormente, las situaciones de crisis subjetiva que ameritan una internación suelen estar atravesadas por problemáticas sociales, por lo tanto, es fundamental un abordaje interdisciplinario. También es fundamental que los usuarios involucrados puedan implicarse en las propuestas de intervención ya que, de lo contrario, ocurre lo que pasó en este caso: se pierde el contacto y reaparecen cuando “estalla” otro problema. Este hecho es frecuente en el trabajo desde consultorio de psicología ya que son pocas las personas usuarias que pueden sostener el espacio, que le dan valor y trabajan para lograr bienestar integral. Por otro lado, sí se observa un aumento de la demanda por consultas esporádicas, urgentes y críticas.

Por esto, consideramos importante continuar trabajando en equipo y fortaleciendo a los usuarios para que, dentro de sus posibilidades, asuman un rol activo, que permita construir y sostener el vínculo terapéutico.

Desde la experiencia, observamos que hay intervenciones que facilitan la continuidad y seguimiento del tratamiento, tales como las visitas domiciliarias, los llamados telefónicos y el cons-

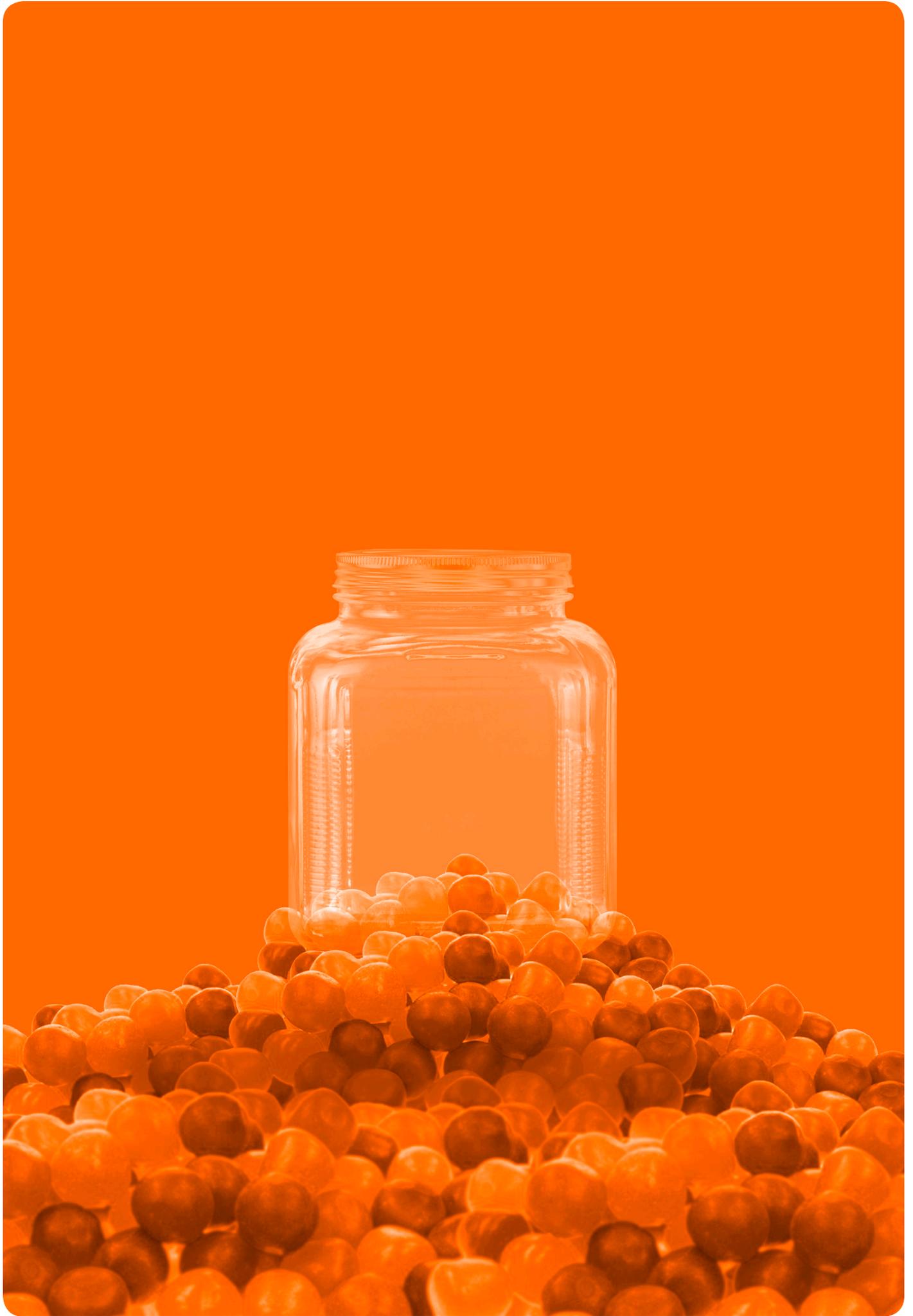
truir espacios comunes desde donde se piensen intervenciones que promuevan salud en la comunidad (charlas, talleres, prevención de salud).

## Bibliografía

Aberastury, A., & Knobel, M. (2014). *La Adolescencia Normal*. Paidós.

Barilari, Z., Beigbeder de Agosta, C., & Colombo, R. I. (2004). *Abuso y maltrato infantil:*

entrevista inicial institucional. Pericia forense con niños maltratados. Cauquén.



## Niñez en un contexto de vulneración de derechos

### Institución:

**Hospital de Ceres**

**Palabras claves: Adolescencia, consumo problemático, familia, abandono emocional, interdisciplina.**

### Autores:

**Daiana Moschini<sup>17</sup>**

**Daniela Morbidoni<sup>18</sup>**

**Gonzalo Rafel<sup>19</sup>**

**Analía Moschini<sup>20</sup>**

Este relato de experiencia fue presentado en la jornada de trabajo realizada en la localidad de Ceres, con presencia de distintos efectores para hablar sobre internaciones en salud y salud mental.

Es el caso de una niña con consumo problemático de sustancias, violencia y abandono emocional. Fue abordado desde la interdisciplina e intersectorialidad. Debido a la compleja problemática, se suceden reuniones entre integrantes del equipo de la Subsecretaría de los Derechos de Niñez, Adolescencia y Familia (Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe), el equipo de salud mental del hospital de Ceres, el equipo Socio-Educativo (Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe) y docentes y directivos de la Escuela N° 413.

La niña tiene antecedentes de trastornos de conducta y problemas de límites en la escuela, con fabulación y mentiras. Se sospecha violencia familiar según registros de atención en la historia clínica del hospital, en el año 2012.

Ingresa en el año 2017 a la guardia del Hospital en ambulancia y acompañada de personal

policial, encontrada en situación de calle bajo efecto de sustancias tóxicas (marihuana, pegamento). No se constatan a su ingreso signos de violencia. Según refiere su madre consume desde el año 2016, a partir de la muerte de un familiar (tío), y manifiesta que se ausenta de su hogar permanentemente.

Se realiza internación por el transcurso de ocho días, con controles de médicos clínicos, pediatra y psicóloga. Al tercer día de internación se realiza interconsulta con psiquiatría en el hospital de Santa Fe “Dr. Mira y López” ya que, en ese momento, no se contaba con psiquiatra en el hospital de Ceres<sup>21</sup> y reingresa el mismo día, comenzando tratamiento con las indicaciones de medicación psiquiátrica. La niña se retira luego de ocho días de internación por decisión de su madre sin el alta del equipo profesional. Se explica la responsabilidad de su conducta y la situación actual de su hija. De acuerdo con esto, la madre con conocimiento de los riesgos se responsabiliza del tratamiento ambulatorio.

Esta niña desde muy pequeña sufrió situaciones traumáticas. La situación sociofamiliar es de vulnerabilidad social por sus condiciones de vida, materiales, simbólicas, económicas y habitacionales. El grupo primario conviviente está conformado por su madre y una hermana mayor. La situación económica es deficitaria, la madre tiene trabajos periódicos, no poseen fuentes de ingreso que se vinculen a beneficios sociales o prestaciones previsionales. Viven en una casa prestada por el Municipio. No poseen otros recursos económicos ni bienes materiales. Las situaciones de vulnerabilidad social se presentan en los escasos recursos subjetivos, familiares y comunitarios. La madre consume sustancias (marihuana, cocaína y alcohol) y realiza tratamiento en el hospital de Ceres con el equipo de infecciones de transmisión sexual, pero no adhiere al tratamiento antirretroviral de forma sostenida en el tiempo.

Se toma intervención en el caso a pedido del equipo Socio Educativo, el cual venía gestionando algunas intervenciones junto con la escuela a la cual la

17 Psicóloga. Integrante del Hospital de Ceres

18 Psicóloga. Integrante del Hospital de Ceres

19 Trabajador social. Integrante del Hospital de Ceres

20 Trabajadora social. Integrante del Hospital de Ceres

21 En la actualidad el Hospital de Ceres cuenta con un profesional Médico psiquiatra

niña asistía. Desde comienzos de la escolaridad primaria, la niña manifestaba problemas de conducta, reacciones impulsivas y desmedidas hacia compañeros y docentes, bajas notas y negativas a realizar las actividades programadas, reiteradas ausencias y falta de compromiso de su familia. En algunas oportunidades, la niña se escapaba de la escuela o llegaba en situaciones de descuido en su higiene personal, se dormía con facilidad o manifestaba fatiga.

En el año 2016 se realiza una consulta neurológica programada desde la escuela, dicho profesional indica tratamiento farmacológico. Luego de esta intervención, la niña no vuelve a una segunda consulta.

Las situaciones de indisciplina continuaban, por lo que la escuela, sugiere un tratamiento psicológico particular costeadando el mismo desde cooperativa. Éste también fue abandonado.

Se comenzó a trabajar también junto al Equipo Local de Protección de Niñez, Adolescencia y Familia (Ministerio de Desarrollo Social), pero la mamá de la niña no se presentaba a las reuniones pautadas.

El equipo se acerca al domicilio y comenzaron los diálogos con la mamá quien siempre manifestó no saber qué hacer con su hija. La madre decía que la situación se le escapaba de las manos. La niña se iba de su casa por varios días, sin saber su madre donde estaba, no acataba límites y tenía actitud defensiva y de desaprobación hacia su mamá.

Se mantenían sesiones individuales con la niña y con su madre. El vínculo no era el adecuado entre ellas. La mamá no lograba hacerse cargo como adulta de las cuestiones que generaba su hija, de los momentos de indisciplina e irresponsabilidad sobre todo con el colegio. Las relaciones interpersonales no eran buenas. La figura de la mamá como cuidadora y protectora no estaba presente. Era una mamá desatenta de las necesidades de su hija.

Era una mamá joven con dificultades vinculares con su familia de origen, poco contacto con hermanos y alejada de su familia por voluntad propia.

La niña sufrió varios cambios, escolares (cambio de escuela, de turno, de docentes), y cambios familiares (cambio de pareja de su mamá, de domicilio),

los cuales influyeron emocionalmente en la ella quien siempre relacionó de manera violenta, imponiendo sus deseos ante los demás, quizás como mecanismo defensivo, para evitar que le hagan daño. No se relacionaba con nadie en la escuela todos le temían, hasta los docentes, quienes no podían dar clase mientras ella estaba presente por los comentarios que hacía, por las burlas impartidas a sus compañeros, los robos de material escolar.

La niña ha sorteado estas situaciones adversas como ha podido, sus reacciones violentas han sido parte de sus estrategias para sobrevivir más allá de todo. Ella nunca vivió en un ambiente saludable, muy por el contrario, atravesó situación de abandono (sin contacto con su padre biológico), violencia, duelos no resueltos, presencié muertes violentas (homicidio de su tío materno).

Las personas traumatizadas, como esta niña, atravesadas durante años por este tipo de acontecimientos suelen tener dificultades para acatar límites y sostenerlos, lo que lleva a que las relaciones sociales que mantiene se tornen difíciles de sostener y sean poco duraderas.

Además, la conformación de la autoestima se encuentra deteriorada, hay falta de confianza en sí misma y en todo lo que le rodea. Temía siempre que le hiciera daño, mentía con soltura, se mostraba muy cariñosa con una docente y con su acompañante terapéutica al comienzo, pero luego, reaccionaba desmedidamente incluso podía tener cambios violentos en el lapso de una misma tarde.

Sentimientos de desconfianza hacia los demás, pensamientos sobre la muerte, autolesiones y fabulaciones.

Sus relaciones sociales se generaban fuera del ámbito educativo, mantenía contacto con chicas mucho más grandes que ella, las cuales le dieron la posibilidad de consumir diferentes tipos de sustancias e, incluso, comercializarlas. Llegó a formar parte de un grupo identificado como “complejo” por algunos pobladores de la ciudad de Ceres, estaba rodeada de personas con graves problemas de conducta, abandono de escuela, consumo de sustancias.

Los padres de sus compañeros de escuela ge-

neraban frecuentes quejas hacia los directivos sobre la niña. No estaban de acuerdo con que continúe en la misma escuela que sus hijos. Esto era sabido por la niña, quien también agredía de manera verbal a los padres a la salida de la escuela. Generaba mucho temor en sus compañeras ya que la niña les pegaba, maltrataba y hasta incluso las amenazaba.

Sus conductas eran específicas y de riesgo, viéndolas en una niña que ya era una pre-púber.

La niña mantenía muy mala relación con la pareja de su mamá, con su hermana, con su papá biológico, cuestiones que hubiesen sido interesantes para trabajar en tratamiento psicológico.

Manifestó que la pareja de su mamá no la quería y era violento con ella. Cuando ocurrieron todas estas situaciones la niña vivía junto a su madre y hermana en la casa de este hombre. En los momentos en que la mamá se ausentaba del hogar por algunas horas, este señor se ocupaba de agredir a la niña o de tratarla con desprecio. Antes de que la niña se escapara por última vez para ser derivada se mudaron a una nueva casa junto a su mamá y hermana, esto trajo tranquilidad en un comienzo y diálogo entre la madre y las niñas.

Tiempo atrás, mientras se mantenía tratamiento psicológico, la niña se ausentó de su casa. La madre realizó la denuncia correspondiente, encontrándola luego en situaciones de vulnerabilidad total bajo efectos de drogas y alcohol y pérdida de conocimiento. Aquí toma intervención el equipo de médicos del hospital. En esta intervención afloran situaciones familiares desconocidas, hasta el momento, y el consumo de sustancias. Recibe atención y controles desde pediatría y ginecóloga con la colocación de implante subdérmico para anticoncepción, ya que la niña, mantenía relaciones sexuales sin cuidarse.

Luego de esta situación toma intervención la Subsecretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia, pensando en la posibilidad de un acompañante terapéutico para la niña, y se inicia un tratamiento psiquiátrico con medicación.

Se realizaron entrevistas entre el equipo de

salud mental del Hospital y la acompañante a fin de ir generando el vínculo necesario para trabajar.

Además, se realizaron entrevistas en la escuela y se colaboró en el cómo marcar objetivos de trabajo. La escuela, en un comienzo, se hizo cargo de la toma de medicación de la niña (la mamá no cumplía con las tomas indicadas y el horario estipulado). La acompañante iba en los horarios de la medicación para administrársela y, además, la llevaba a las horas especiales de contraturno escolar, ya que la niña faltaba siempre a estas materias. Durante el último período del ciclo lectivo, la escuela y los clubes realizaron encuentros para que los alumnos reciban clases de natación, por lo que la acompañante también estaba presente en estos momentos.

Además, se trabajó para que, durante las vacaciones, pueda realizar alguna actividad física o recreativa como sostén.

La gran dificultad que se le planteó en el trabajo, a la acompañante terapéutica, fue lidiar con los celos de la mamá de la niña (por el buen contacto entre la acompañante y la niña ya que se sentía contenida y notaba que se ocupaban de ella). Otra dificultad fueron las mentiras de la mamá a la acompañante y la poca capacidad para comprender el rol que cumplía esta persona en la vida de la niña.

Se siguió con esta modalidad de trabajo hasta que la niña volvió a escaparse del hogar un fin de semana, en compañía de una amiga, a una localidad cercana. En este momento la Subsecretaría de los Derechos de la Niñez, Niñas y Adolescentes, toma una medida excepcional en el marco de la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñez, Adolescencia y Familia. De acuerdo con esto, la niña fue trasladada a una institución de alojamiento de niñas, niños y adolescentes. Allí toma intervención el Dispositivo Soplete Estratégico Regional (DISER, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe), acompañando a la niña para sostener cuidados de salud que le permitan seguimiento en sus tratamientos y contención afectiva.

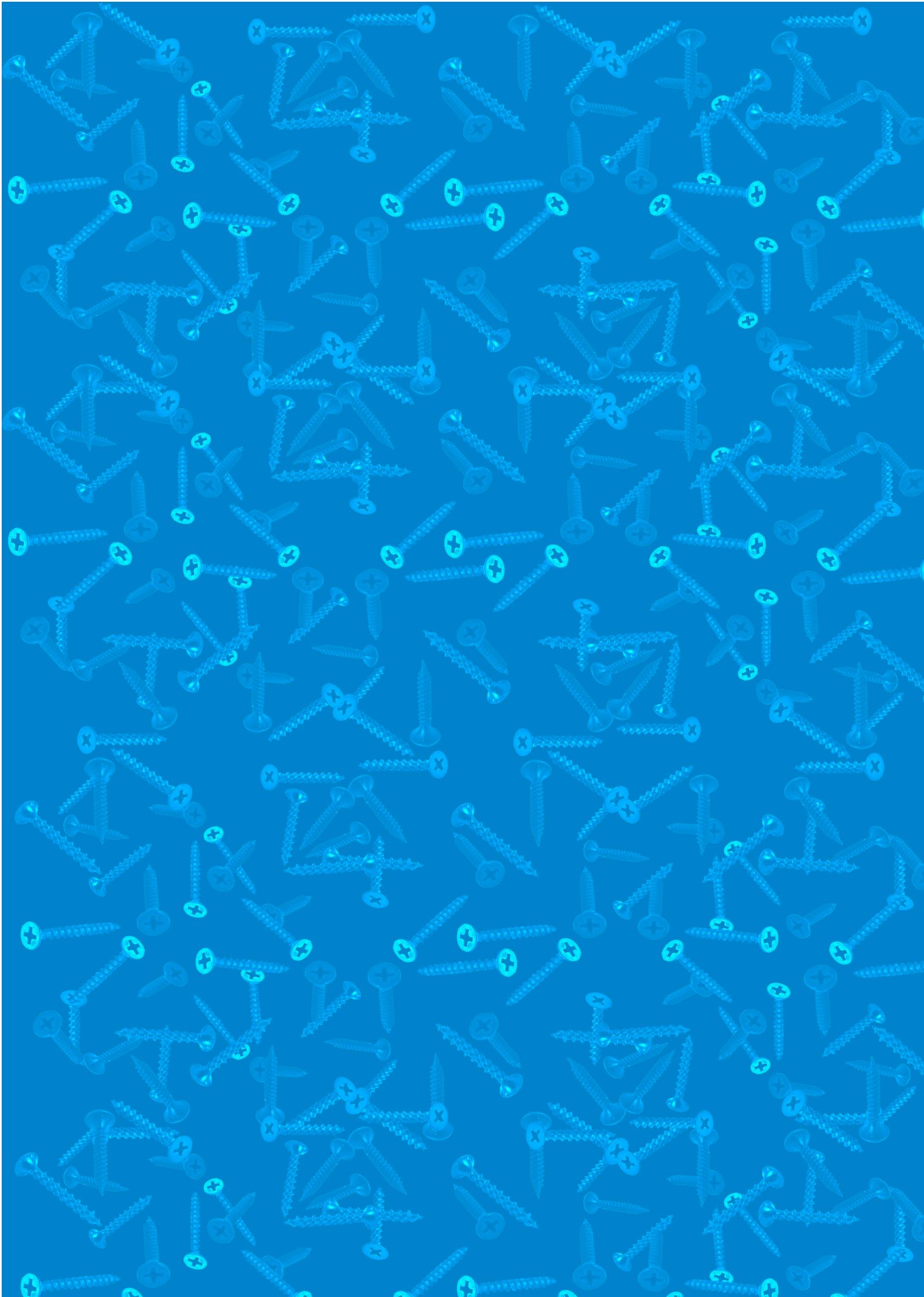
## Bibliografía

Ferrara, F. (2009). Conceptualización del Campo de la Salud. Obtenido de <http://fordocsalud.blogspot.com/2009/08/conceptualizacion-del-campo-de-la-salud.html>

Fort- Da. Revista de Psicoanálisis con niños. (s.f.). Obtenido de [www.fort-Da.org](http://www.fort-Da.org)

Rosbaco, I. (2011). Desubjetivación del Escolar. Obtenido de [patriciagagliardi.blogspot.com/2011/08/desubjetivacion-del-escolar-ines.html](http://patriciagagliardi.blogspot.com/2011/08/desubjetivacion-del-escolar-ines.html)

Rovere, M. (1999). Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR.





***Somos lo que hacemos***

**Ministerio de Salud**  
Dirección Provincial de Salud Mental

***Nodo de Salud Rafaela***