

Internaciones En Salud Mental. Una Descripción De Componentes Presentes

Arana, Juan Facundo.¹

¹: Universidad Nacional De Córdoba. Facultad De Psicología. Córdoba, Argentina.

Palabras claves

MENTAL INTERNACIONES

HOSPITAL

LEY

Información de Contacto

juanfacundoarana@hotmail.com

Resumen

El trabajo aquí presentado parte de la conceptualización de Salud Mental que propone la Ley N° 26.657, donde reconoce a la misma como un proceso determinado por distintos componentes que atraviesan la vida de una persona, y la articulación con la reglamentación que presenta dicha ley respecto a las internaciones en salud mental. La presente investigación tiene como objetivo describir qué componentes según la Ley N°26.657 de Salud Mental intervienen en las admisiones de las internaciones realizadas en los Servicios de Agudos en el Hospital "Dr. Emilio Vidal Abal" de la localidad de Oliva durante el año 2018. Asimismo, se propicia una profundización en la caracterización de la muestra respecto a los usuarios que ingresan a los servicios del Hospital. Se utilizó un tipo de diseño descriptivo, con un enfoque cuantitativo y posteriormente se realizó una triangulación cualitativa de los datos obtenidos. Se manejó un diseño no experimental de tipo transversal descriptivo. La recolección de datos se efectuó a través de la lectura de las historias clínicas, particularmente la foja de admisión. Una vez identificadas y categorizadas las variables se procedió a la confección de una grilla que fue utilizada para la obtención de los datos. Se encontró que el 81,5% de los usuarios presentaron el criterio específico de internación que indica la ley, mientras que los componentes inespecíficos se presentaron de la siguiente manera: el 55% exhibió Problemas de Relación, en tanto que la variable Incumplimiento Terapéutico se hizo presente en un 46% de los casos. Los ingresos judiciales alcanzaron el 47,4%. Se advierte que el Componente Específico que indica la Ley de Salud Mental es necesario para realizar una internación, pero no por ello se vislumbra como único ni como suficiente, puesto que los demás Componentes Inespecíficos aparecen acompañando taxativa y variablemente tal proceso.

1. Introducción

El sector de Salud Mental es básicamente un ámbito multidisciplinario destinado a prevenir, asistir y propender a la rehabilitación de los padecimientos mentales, y lo hace desde una comprensión de los lazos sociales deseables, implementando determinadas políticas dirigidas a la integración social y comunitaria de los individuos involucrados (Galende, 1997, p. 53).

En consonancia con la anterior definición y pensando a la salud mental como un devenir histórico, se alega que el objeto de ésta no es natural, si no un objeto social en el cual confluyen distintos componentes culturales, psicológicos, biológicos e históricos que permiten resaltar los valores positivos de la salud mental, mediante los cuales pueden ser pensadas y explicadas las enfermedades (Galende, 1990, p. 79-80).

En el marco de la presente Práctica Supervisada en Investigación, atendiendo los factores antes citados, los cuales atraviesan el campo de la salud mental, se buscará dilucidar la intervención de dichos componentes en las internaciones que se realizan en los hospitales psiquiátricos, específicamente en las admisiones de las internaciones en el Hospital “*Dr. Emilio Vidal Abal*” (de aquí en más H.E.V.A) de la localidad de Oliva. Actualmente existen dos leyes que reglamentan los criterios para las internaciones en salud mental, a nivel nacional la Ley N° 26.657 y en la provincia de Córdoba la Ley N° 9848.

Partiendo de la conceptualización de Salud Mental que propone la Ley N° 26.657, donde reconoce a la misma como un proceso determinado por distintos componentes que atraviesan la vida de una persona, y teniendo en cuenta la reglamentación de dicha ley, en donde ordena que la internación debe darse cuando exista una descompensación de un cuadro psicopatológico que implique una situación de riesgo cierta e inminente para sí o para terceros (componente específico), se busca determinar si en la práctica actual de las internaciones psiquiátricas existen de hecho componentes inespecíficos (aquellos que no están dictaminados por la ley como criterios, pero si enunciados como determinantes de la salud mental) que intervengan en la internación de un sujeto (antes llamado paciente, actualmente denominado usuario como a lo largo de todo el presente trabajo).

Motiva la presente Práctica Supervisada en Investigación el saber que existen particularidades del quehacer del psicólogo como parte de un equipo interdisciplinario que van más allá de la descripción y categorización diagnóstica, un quehacer basado en teorías psicológicas que convocan a tener en cuenta otros aspectos de la vida de un sujeto para llevar a cabo una internación. En este trabajo se busca describir dichos aspectos.

El Hospital: “*Dr. Emilio Vidal Abal*” de la localidad de Oliva, fue inaugurado el 4 de julio de 1914 con el nombre de “*Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados de Oliva*”, creado por el Dr. Domingo Cabred, quien instaló en el país el sistema de hospitales ‘Open Doors’. El hospital abre sus puertas albergando a cerca de 100 pacientes provenientes de otras latitudes, siendo su primer

director el Dr. Emilio Vidal Abal. A mediados del siglo pasado llegó a alojar aproximadamente 5000 internos convirtiéndose así en uno de los más grandes del mundo. Actualmente funcionan en su interior cuatro grandes áreas asistenciales, nucleando cada una de ellas a distintos servicios: 1) el **Área Psiquiátrica**, que cuenta con tres sub-áreas que son, a) los Servicios de Agudos, b) el servicio de pre-alta o Mediana Permanencia, c) el Servicio de Larga Permanencia; 2) el **Área Geriátrica**; 3) el **Área Clínica** y 4) el **Área de Rehabilitación**.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

- Describir qué componentes según la Ley N° 26.657 de Salud Mental intervienen en las admisiones de las internaciones realizadas en los servicios de Agudos en el Hospital “Dr. Emilio Vidal Abal” de la localidad de Oliva durante el año 2018.

2.2 Objetivos Específicos

- Dilucidar qué componentes específicos e inespecíficos, según la Ley N° 26.657 de Salud Mental, intervienen en las admisiones.
- Determinar la frecuencia en que dichos componentes (específicos e inespecíficos) se presentan en las admisiones.
- Caracterizar los datos recogidos de la muestra en base a: diagnóstico presuntivo, promedio de edad y existencia de antecedentes de internaciones previas que se dan en las admisiones.

3. Metodología

3.1. Tipo de estudio y diseño

Para llevar a cabo la investigación se utilizará un tipo de diseño **descriptivo**, el cual, según indica Sampieri (2014):

Busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas (p. 92).

El enfoque del trabajo será **cuantitativo**, el cual “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (Sampieri, 2014, p. 4). Luego, a los fines de realizar un análisis más amplio y exhaustivo de la temática se efectuará una triangulación **cuantitativa**, basada en análisis de contenido de registros documentales, lo que permitirá una

profundización en la investigación a través de la caracterización de los datos recogidos de la muestra en base a: diagnóstico presuntivo, promedio de edad y existencia de antecedentes de internaciones previas que se dan en las admisiones.

Se utilizará un diseño no experimental de tipo transversal descriptivo, el cual busca estudiar fenómenos tal cual se dan en su contexto natural para luego analizarlos, donde su propósito es describir e indagar la incidencia de las variables, es un estudio puramente descriptivo (Sampieri, 2014).

3.2. Muestra

Será una **muestra no probabilística**, donde “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, si no de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador” (Sampieri, 2014, p. 176).

Criterios de inclusión: en primer lugar, se tendrán en cuenta las características del protocolo del Hospital, donde se aceptan personas mayores de 18 años que no tengan patologías orgánicas. Y para los criterios de inclusión específicos de la investigación, se trabajará con las historias clínicas de todos los pacientes admitidos e ingresados, varones y mujeres, desde el 1 de enero del año 2018 hasta el 31 de diciembre del año 2018. No se incluirán aquellos usuarios que hayan sido entrevistados pero no ingresados en el hospital.

3.3. Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos a utilizar será la historia clínica de cada individuo admitido en el hospital (según criterios de inclusión), de donde se recogerán los datos relevantes para la investigación y particularmente dentro de dicha historia clínica será de importancia la planilla de admisión donde se deja constancia de los motivos por los cuales dicha persona es ingresada.

Las historias clínicas son un instrumento de tipo privado en donde se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente y en donde se asientan todos los actos y procedimientos llevados a cabo por el equipo de salud interviniente.

Se confeccionará una grilla para recabar los datos de las historias clínicas (ver anexo).

3.4. Análisis de datos

Los datos se analizarán a través de la herramienta estadística digital “IBM SPSS statistics”. Desde la cual se medirán y examinarán las variables para luego realizar la descripción de estas.

Una vez realizada esa labor se procederá a la profundización cuanti-cualitativa, mediante la triangulación entre ambos enfoques.

4. Resultados

Luego del análisis del total de las historias clínicas, especialmente de la foja de admisión (allí donde los profesionales intervinientes asientan principalmente la fundamentación del o los motivos por los cuales se decide la internación), de los usuarios que participaron de una internación en el transcurso del año 2018 se obtuvieron los resultados que se detallan a continuación. Durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2018, según el relevamiento de las historias clínicas, se encuentra que se realizaron un total de 249 internaciones en los Servicios de Agudos del Hospital.

Respecto al componente específico de internación que dicta la Ley Nacional de Salud Mental, esto es, el riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, que de aquí en adelante se lo denominará Componente de Salud Mental (CSM), se constató, que un amplio porcentaje de los usuarios internados presentaron dicho criterio, específicamente 203 casos del total de 249 .

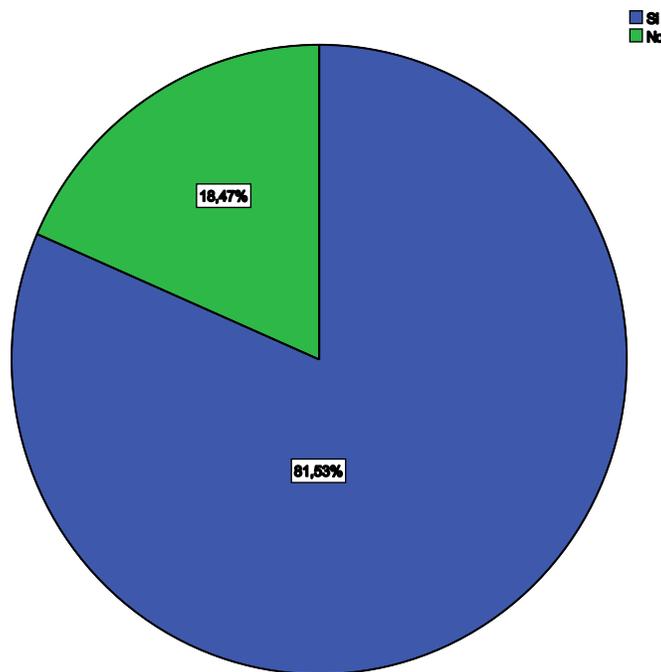


Figura 1. Porcentaje de presencia/ausencia del CSM

Al hablar de componentes inespecíficos se hace referencia a aquellos factores que en la Ley N° 26.657 no son indicados como criterios necesarios y/o suficientes a tener en cuenta para realizar una internación, pero sí están dentro de la conceptualización de la salud mental, siendo determinantes para la definición de la misma. Con el transitar en la recuperación de datos, a través de la lectura de las historias clínicas se identificaron y categorizaron 3 componentes, que fueron los que con mayor recurrencia se advirtieron en las planillas de admisión de dichos

registros, estos son: el componente de “lo judicial”, variable a la que se le dio el nombre de Condición de ingreso, haciendo referencia a cuál es la situación en relación a la instancia de lo judicial en la que ingresa un usuario; el componente Problemas de relación; y, el componente Incumplimiento terapéutico.

Referente a la variable Condición de ingreso, existen 4 modalidades, que son: **voluntario**, cuando una persona por sus propios medios decide asistir a una entrevista para valorar la posibilidad de llevar a cabo una internación; **judicial civil voluntario**, que responde a un pedido de valoración dictado por una Asesoría Letrada del fuero Judicial Civil en la cual el equipo interdisciplinario de salud mental debe evaluar la posible internación de la persona entrevistada, y en caso de decidir por dicha modalidad, el usuario da su consentimiento voluntario para llevarla a cabo; **judicial civil involuntario**, sucede cuando en el mismo caso de la modalidad anterior el usuario no está de acuerdo con la decisión del equipo de salud y se procede a una internación involuntaria de todas formas, a criterio de los profesionales intervinientes; y **judicial penal**, expresa la modalidad en la cual un juzgado dicta una orden de internación y el equipo de salud mental no tiene más que acatar dicha orden y proceder a alojar a ese usuario para dar lugar a la internación dispuesta (como medida provisional o medida de seguridad).

La Figura 2 muestra el porcentaje de cada modalidad obtenido en la investigación, donde se observa como resultado que en un 47,4% de los casos interviene la justicia al momento de llevar a cabo una internación.

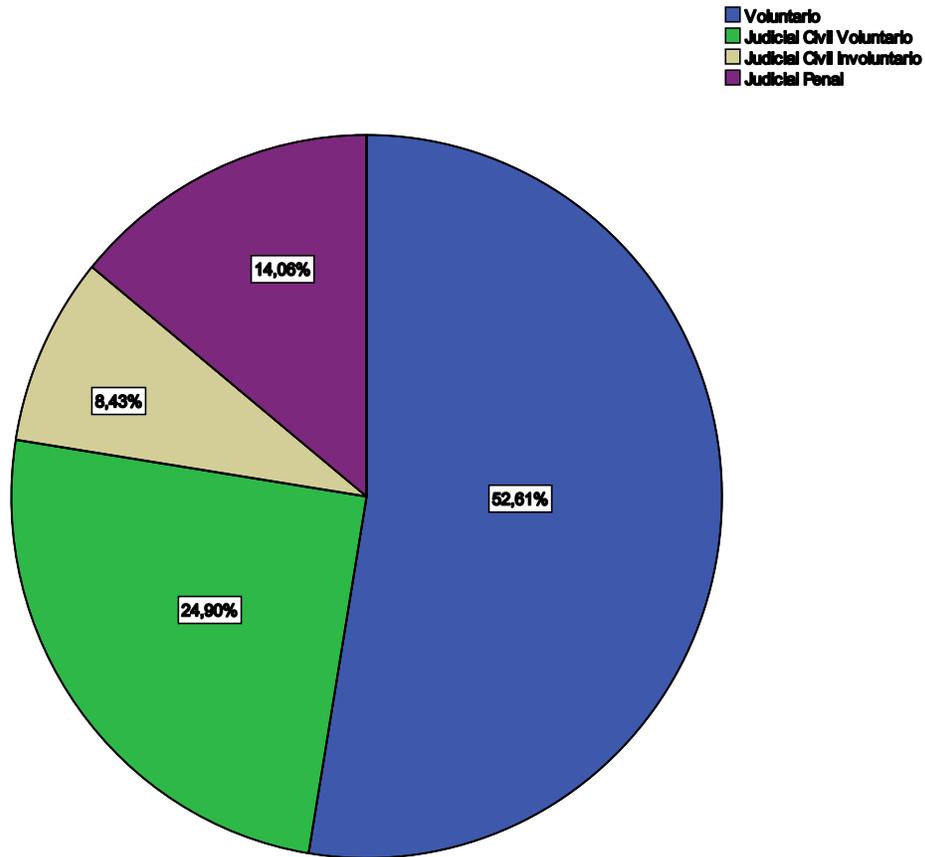


Figura 2. Porcentaje de las modalidades de ingreso

El componente Problemas de relación, que incluye diversas puntualizaciones, se presenta en más de la mitad de los casos analizados, en un 55,02% específicamente; por su parte, el componente Incumplimiento terapéutico, que emerge como la no adherencia a un tratamiento ya sea farmacológico o psicológico, indicado con anterioridad, tuvo injerencia en menos de la mitad de las internaciones, alcanzando un 46,78%.

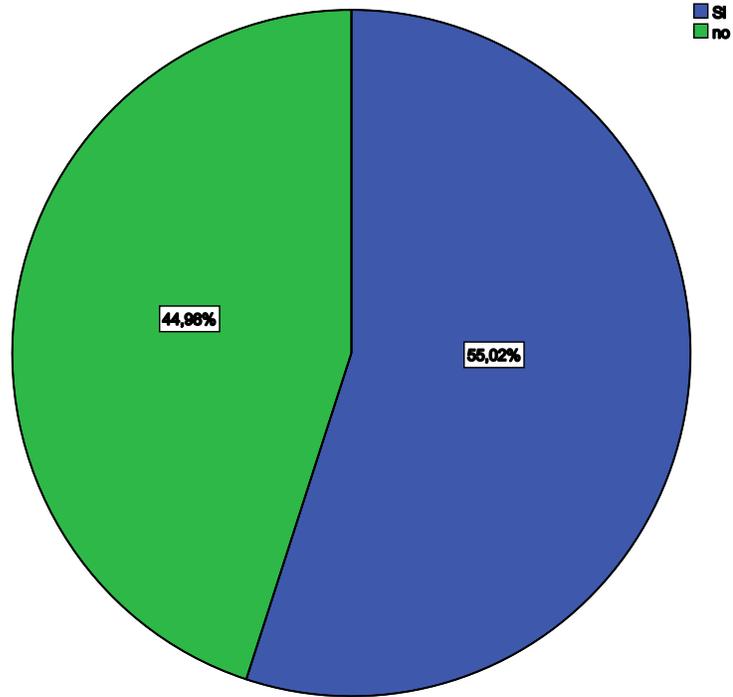


Figura 3. Problemas de relación

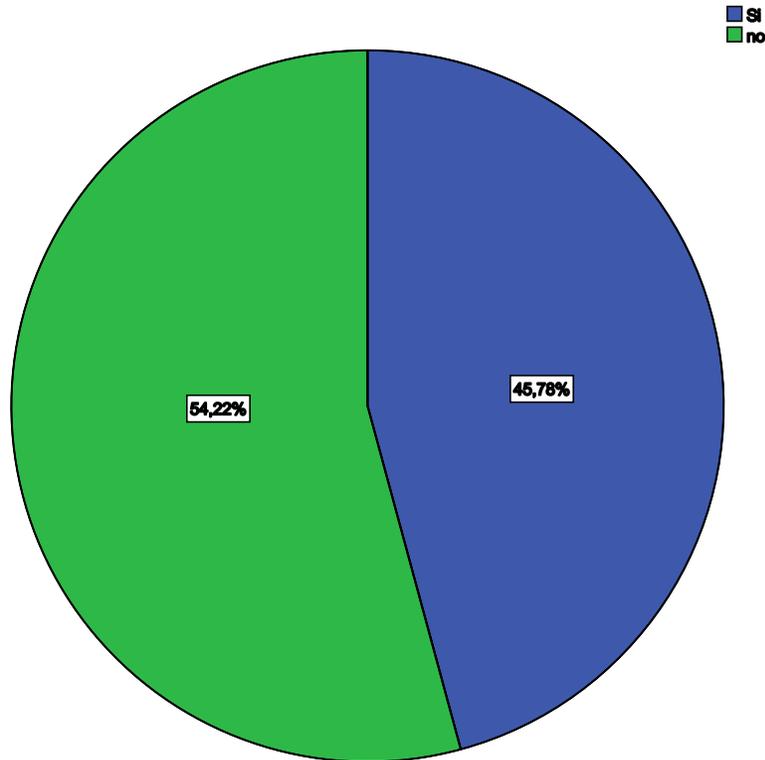


Figura 4. Incumplimiento terapéutico.

En cuanto a la caracterización de los datos recogidos de la muestra se obtuvieron los resultados que se exponen a continuación.

Con respecto al Diagnóstico presuntivo con el cual ingresan los usuarios al establecimiento, el cual es construido y designado luego de la entrevista de admisión (siendo susceptible de cambios a posteriori), se realizó una precisión y categorización de acuerdo con los lineamientos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS, ya que es el manual mediante el cual se rigen los profesionales de la institución. Como lo muestra la Figura 5, el diagnóstico principal que en más oportunidades se presentó es el de “Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas”, seguido por el de “Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes”, luego “Trastornos del humor (afectivos)”, “Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos”, y, por último, “Retraso mental”.

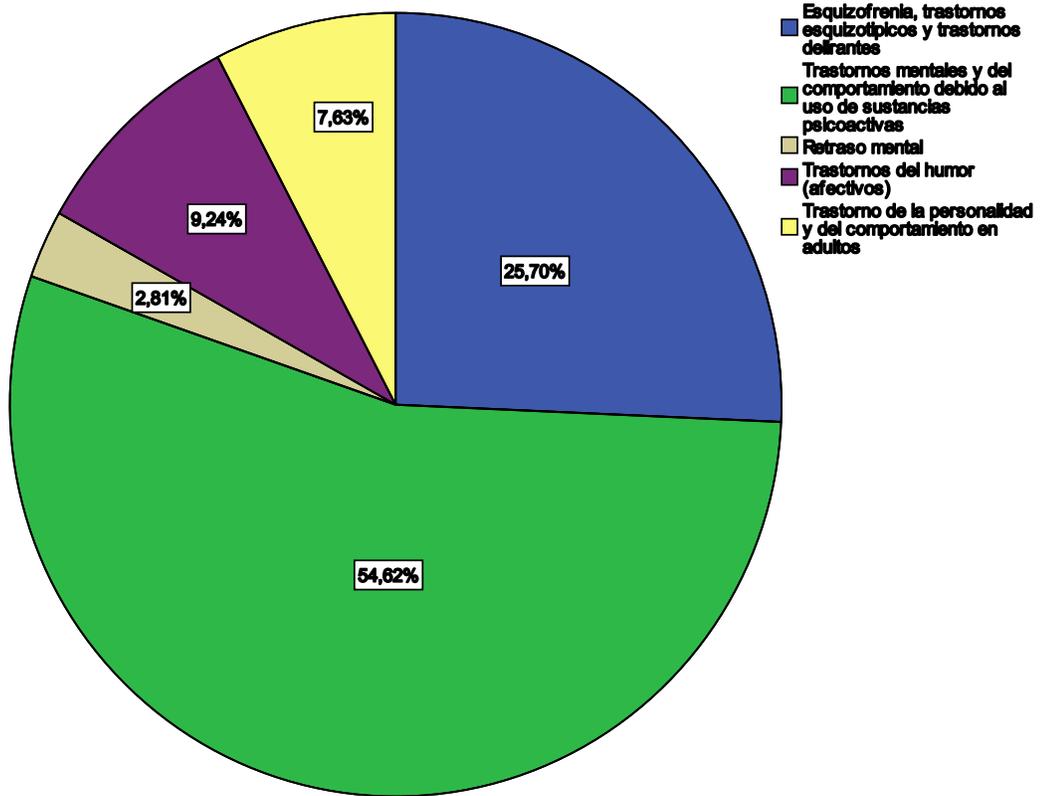


Figura 5. Diagnóstico

El promedio de edad respecto a los datos de la muestra fue de 35 años.



Tabla 1
Promedio de edad

	N	Mínimo	Máxim	Media	Desv.
Edad	249	18,00	69,00	35,0281	11,20786
N válido (según lista)	249				

A su vez, el análisis arrojó que el 67,9% de los usuarios admitidos durante el año 2018 contaba con antecedentes de internaciones previas.

Los ingresos diferenciados según el sexo manifiestan una mayor cantidad de usuarios masculinos, siendo el 74,7% del total de la muestra, en tanto que los ingresos femeninos alcanzan el restante 25,3%. Como ya se detalló en el trabajo, los ingresos se realizan en los servicios de Agudos del hospital; la distribución fue la siguiente: SAD 46,99%; Agudos Varones 27,71% y Agudos Mujeres 25,30%.

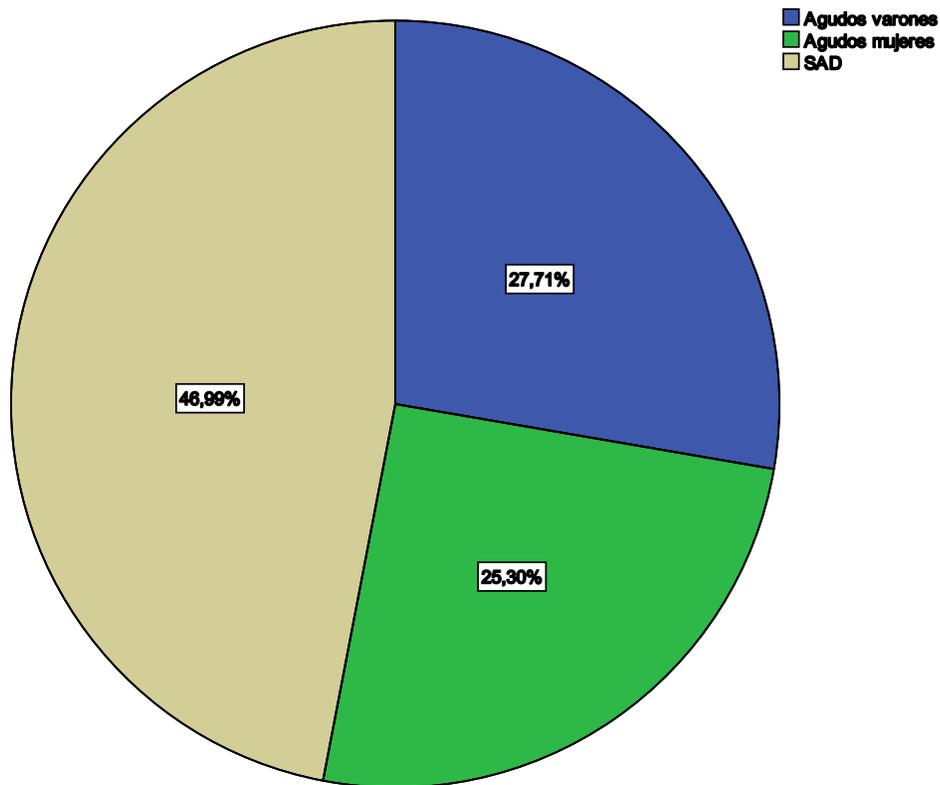


Figura 6. Servicio de ingreso.

En los próximos párrafos se procederá a detallar los resultados obtenidos luego de realizar un análisis en donde se compararon las variables y se las estudio también respecto a las características de la muestra.

Referido a la presencia/ausencia del CSM en cada una de las modalidades de la Condición de ingreso, no se encontraron diferencias significativas, siendo el chi-cuadrado $\chi^2 = 0,500$ ($g=3$). Dicho estadístico explica que se confinó un valor similar en cada una de las modalidades comparado con el total de la muestra.



Tabla 2
Chi-cuadrado CSM y Condición de ingreso

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,366 ^a	3	,500
Razón de verosimilitudes	2,465	3	,482
Asociación lineal por lineal	,009	1	,926
N de casos válidos	249		

Así mismo, del total de casos que sí responden al criterio de internación que indica la ley, el 60,1% exhiben Problemas de relación, mientras que del total de casos que no presentan dicho criterio solo un 32,6% expresan tales problemas. Lo que denota una alta incidencia de lo que se denomina Problemas de relación en aquellos usuarios que presentan el criterio de internación que

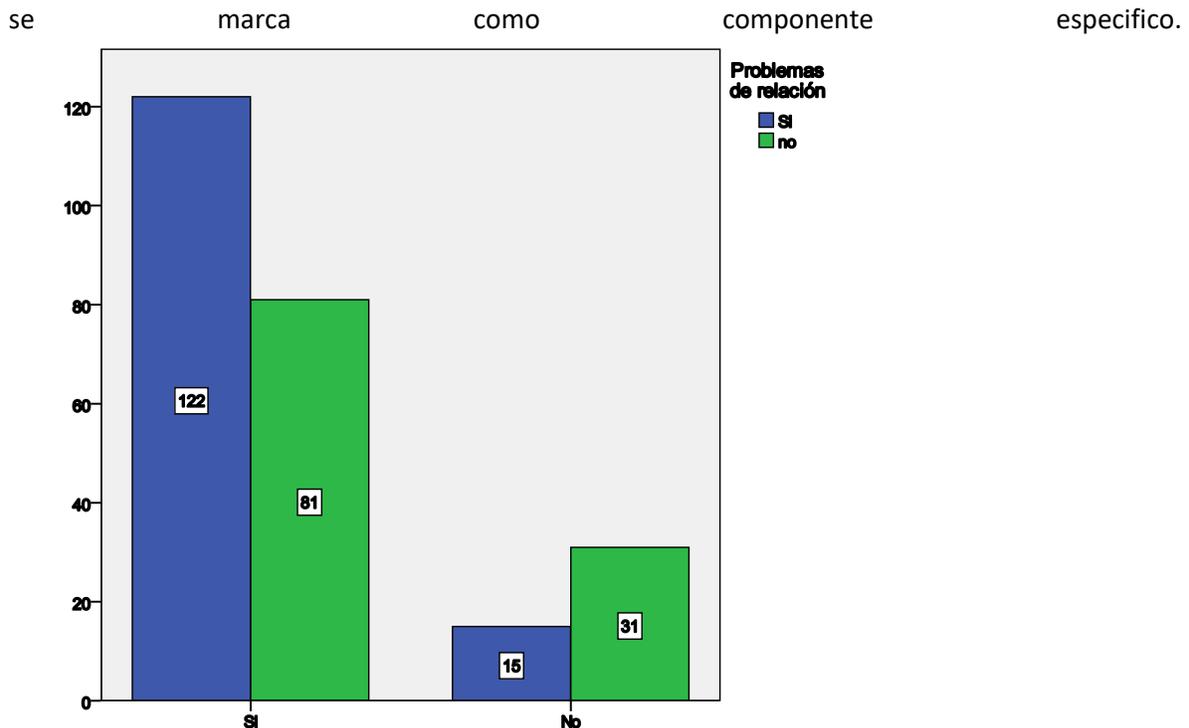


Figura 7. Presencia/ausencia del CSM y casos que presentan Problemas de relación

Siguiendo la línea de la anterior descripción, se encontró que del total de casos que sí presentan el criterio de internación un 46,8% muestran la presencia de Incumplimiento terapéutico, mientras que en los casos que no cumplen el criterio de internación, dicho componente inespecífico se observa en un 41,3%, estos resultados son concordantes con el porcentaje total de la variable que se expuso anteriormente que es del 45,8%.

La Figura 8 muestra la relación, en número de casos, entre el cumplimiento del CSM y cada uno de los diagnósticos antes mencionados, teniendo en cuenta que el 81,5% de la muestra total cumple con tal requerimiento (esto es: presenta criterio de internación), se evidencia en dos grupos de diagnósticos un aumento significativo referido a tal porcentaje, en el caso del grupo "Retraso mental", la presencia del componente alcanza el 100%, mientras que en el grupo "Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos" llega al 94,7%.

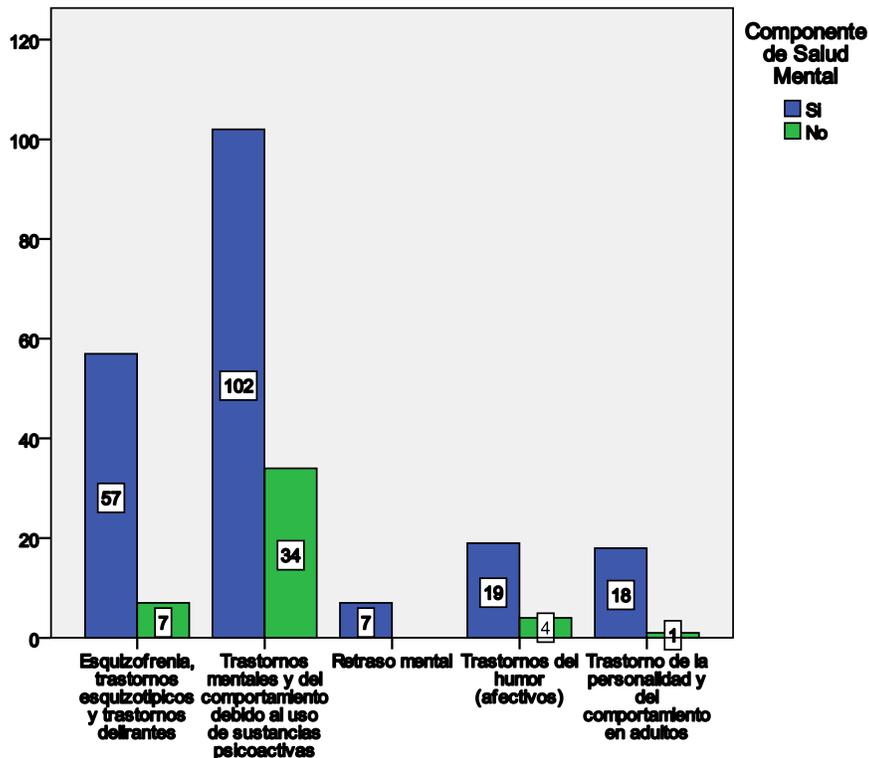


Figura 8. Diagnóstico y Componente de Salud Mental

Continuando con la caracterización mediante el diagnóstico, una vez realizada la valoración con la variable Condición de ingreso, se obtuvieron resultados que difieren sustancialmente de los totales en dos grupos específicos, recordando que del total de casos $N=249$, el 52,6% ingresó bajo la modalidad "Voluntario" y el restante 47,4% se repartió entre las 3 modalidades en donde interviene la justicia. Los ingresos con diagnóstico "Retraso mental" se dieron en un 85,7% con mediación de la justicia, mientras que solo el 14,3% se dieron de forma voluntaria, en tanto que en el grupo "Trastornos del humor (afectivos)", el 73,9% de los ingresos se dieron de forma voluntaria, notándose un considerable aumento en comparación con la muestra total, y el 26,1% lo hizo bajo las modalidades donde tiene injerencia la justicia.

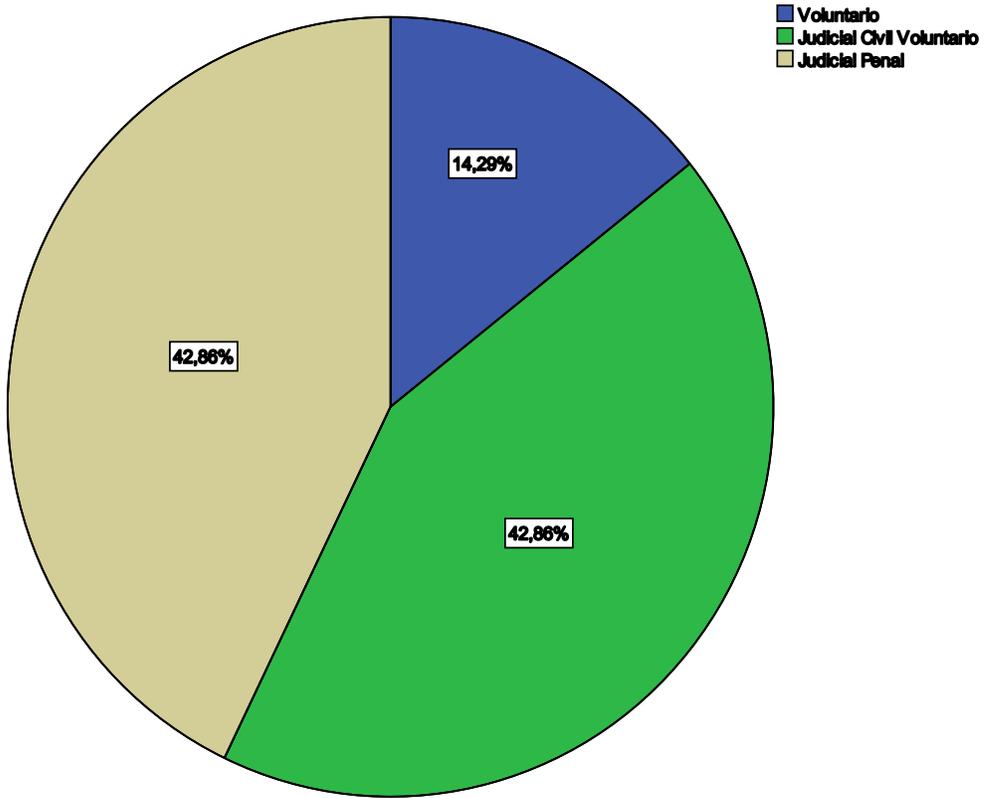


Figura 9. Retraso mental y Condición de ingreso

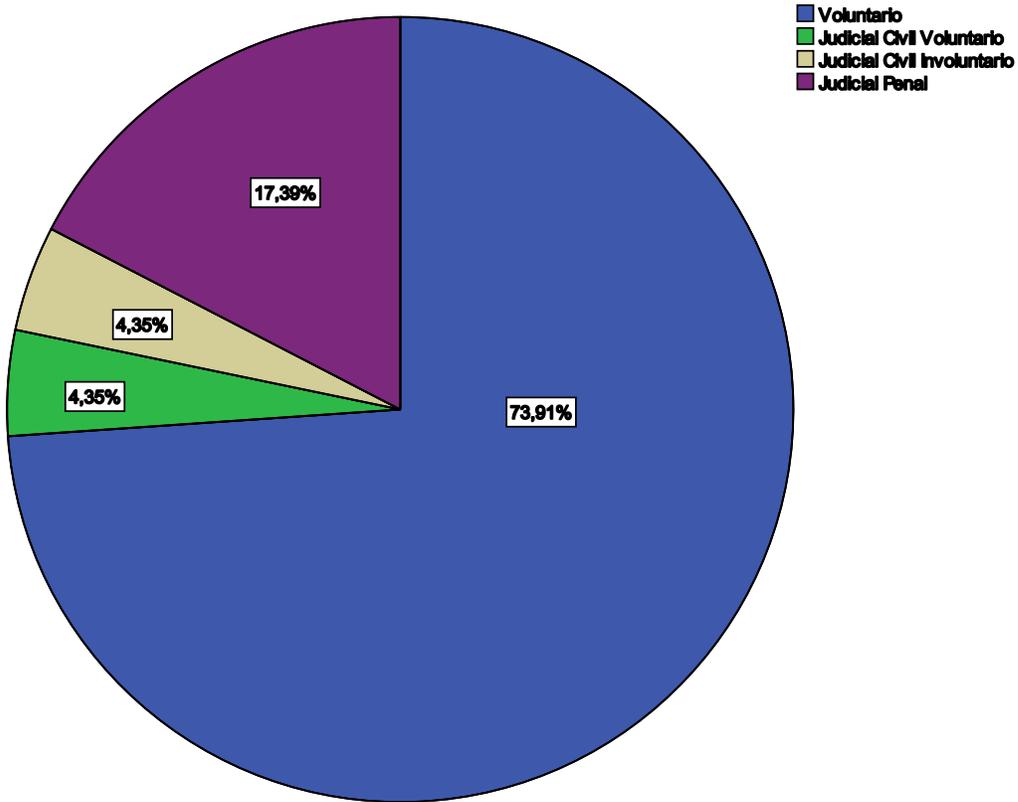


Figura 10. Trastornos del humor (afectivos) y Condición de ingreso

En cuanto a la relación entre la categorización por diagnóstico y la variable Problemas de relación no se encontraron resultados significativos, siendo el chi-cuadrado $\chi^2 = 0,984$ (gl=4). Lo dicho hace referencia a que se han observado porcentajes similares en los 5 grupos de diagnósticos, individualizado cada uno respecto a la presencia/ausencia de este tipo de problemas, arrojaron resultados similares al de la totalidad de la muestra. **Tabla 3**
Chi-cuadrado diagnóstico y Problemas de relación

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,378 ^a	4	,984
Razón de verosimilitudes	,379	4	,984
Asociación lineal por lineal	,066	1	,797
N de casos válidos	249		

También se realizó el cruzamiento entre diagnóstico e Incumplimiento terapéutico, con el objetivo de visualizar cuál o cuáles grupos son los que presentan mayor porcentaje en dicha variable, constatándose, que el conjunto que exhibe menor adherencia al tratamiento es el de “Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes” con un 57,8% de incumplimiento terapéutico, mientras que el grupo que presenta mayor adherencia al tratamiento es el de “Trastornos del humor (afectivos)” con un 34,8% de incumplimiento terapéutico. En medio de ambos grupos y con una adherencia al tratamiento similar al porcentaje del total de casos se encuentran los tres conjuntos restantes que son: “Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos”, “Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas” y “Retraso mental” con niveles de incumplimiento terapéutico del 42,1%, 42,6% y 42,9% respectivamente.

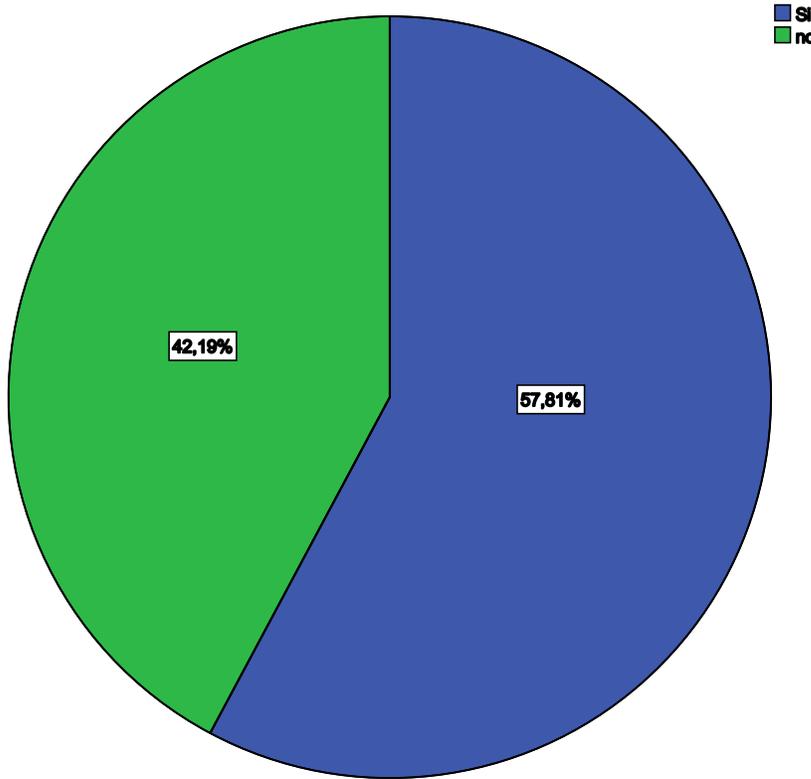


Figura 11. Incumplimiento terapéutico en “Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes”

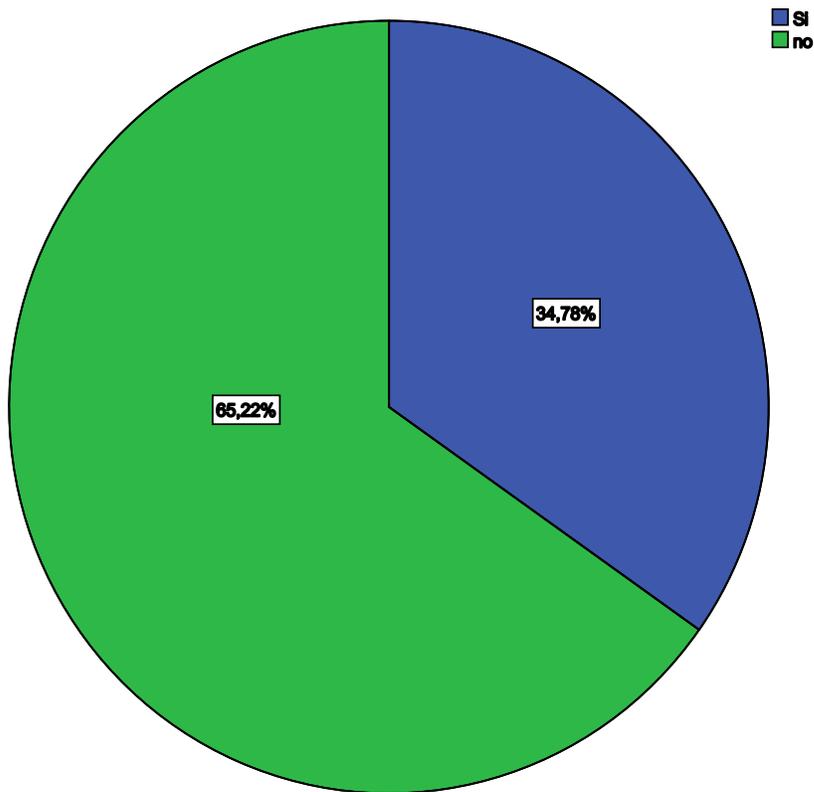


Figura 12. Incumplimiento terapéutico en “Trastornos del humor (afectivos)”

En cuanto a las internaciones previas sometidas al análisis diferenciado por cada uno de los cinco grupos de diagnóstico se encontró que solo el conjunto de “Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos” mostró una diferencia significativa respecto al porcentaje que se obtuvo de la muestra total, las internaciones previas en este grupo fueron del 84,2%, dándose un aumento considerable respecto del 67,9% que se obtuvo en el conteo de todos los ingresos.

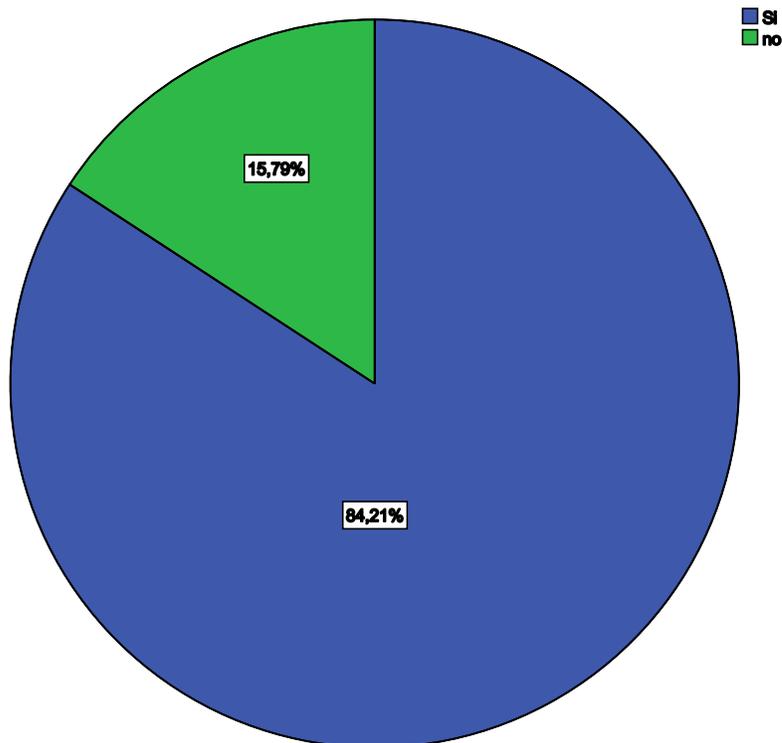


Figura 13. Internaciones previas en “Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos”

En cuanto a la prevalencia de diagnóstico diferenciado entre ambos sexos los resultados obtenidos fueron los siguientes: del total de ingresos masculinos, N=186, el 66,7% ingresó con el diagnóstico “Trastornos del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas”, siendo el diagnóstico de mayor prevalencia entre los hombres; seguido de “Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes” con el 22,6%; en tercer lugar con el 4,3% “Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos”, seguido de “Trastornos del humor (afectivos)” con el 3,8%; y, por último “Retraso mental” con el 2,7%. En cuanto al total de ingresos femeninos, N=63, el panorama cambia sustancialmente, ya que el principal diagnóstico encontrado fue el de “Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes” con el 34,9%; seguido por “Trastornos del humor (afectivos)” que alcanzó la cifra de 25,4%; luego lo siguió “Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas” con el 19%, donde se reduce considerablemente el porcentaje hallado en el conjunto de hombres; en cuarto lugar se ubicó con el 17,5% el diagnóstico de “Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos”; y por último “Retraso mental” con 3,2%.

Ahondando en la caracterización de los datos recogidos, se estableció la relación entre sexo e internaciones previas, donde no hay diferencias significativas, ya que tanto mujeres como hombres presentan similar porcentaje en cuanto a tal característica. En las usuarias femeninas el

66,7% presentó antecedentes de internaciones previas, mientras que en los usuarios masculinos el valor arrojado fue del 68,3%.

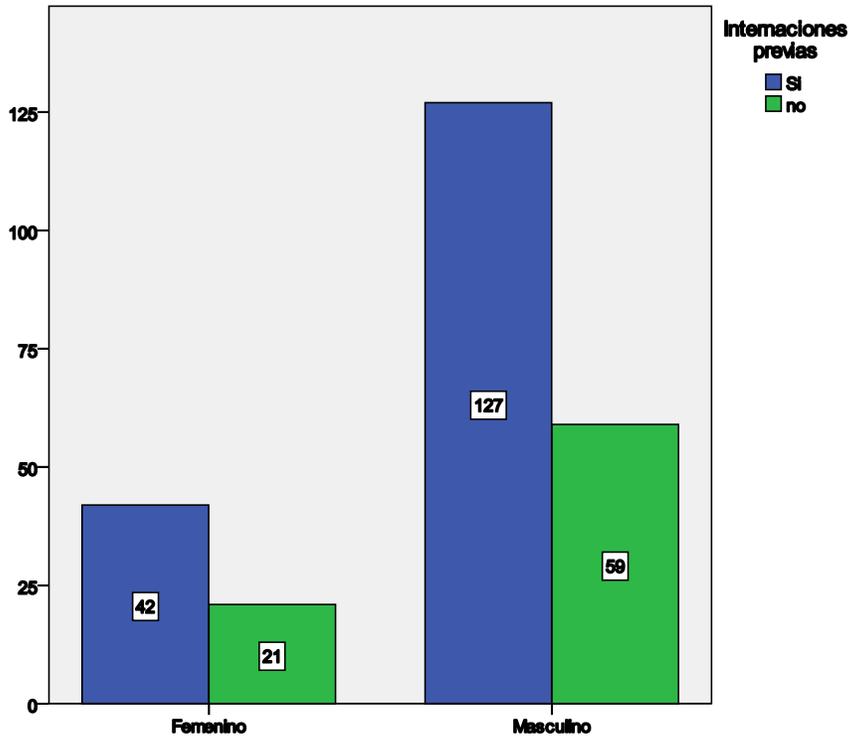


Figura 14. Sexo e internaciones previas

En cuanto a la Condición de ingreso respecto a hombres y mujeres, la injerencia judicial en el grupo femenino es del 34,9% mostrando una reducción en comparación con la muestra total, mientras que en el conjunto masculino se produce un acrecentamiento de tal condición llegando al 51,6%, esto permite visibilizar que más de la mitad de los hombres que ingresan a los servicios de agudos del Hospital lo hacen por intermedio de una orden judicial.

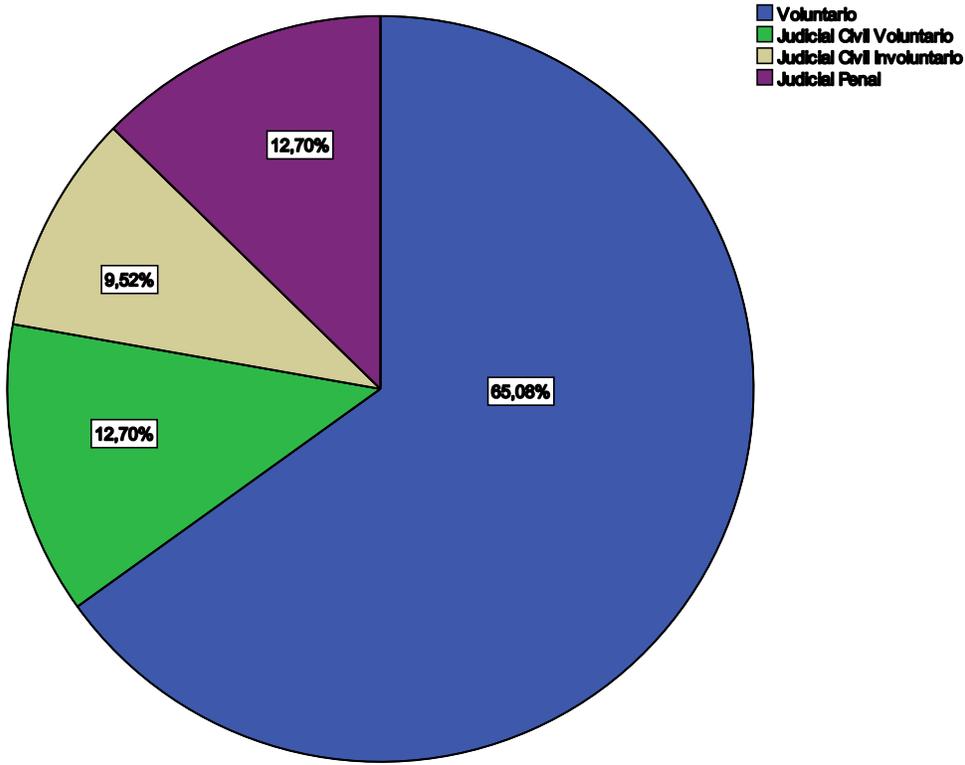


Figura 15. Condición de ingreso del grupo femenino

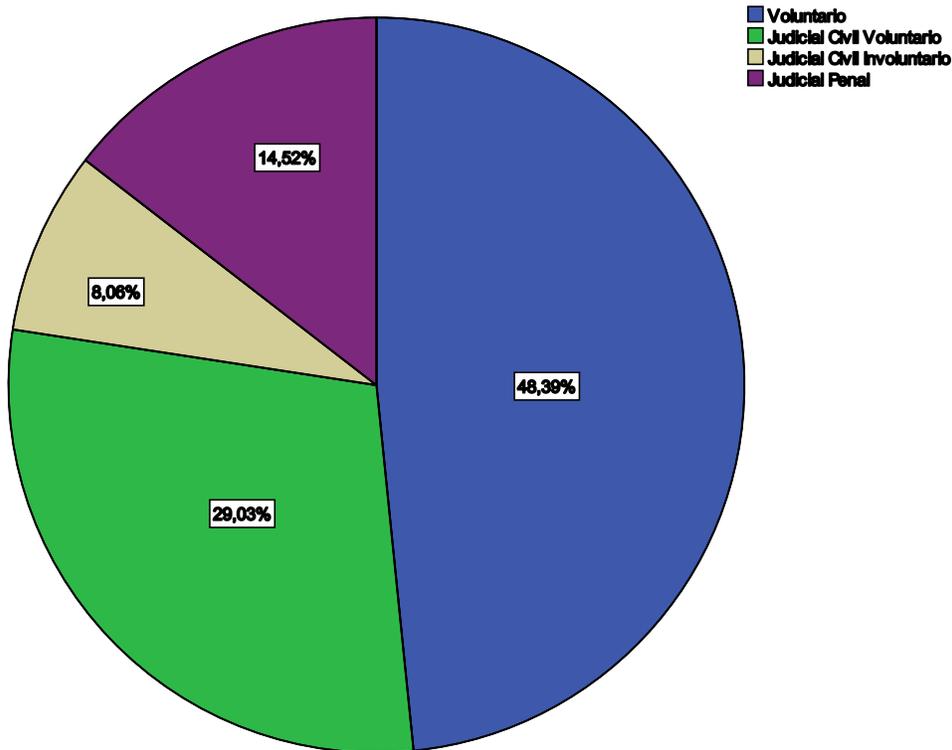


Figura 16. Condición de ingreso del grupo masculino

Dichos datos permiten valorar que más de la mitad de las mujeres asisten e ingresan al establecimiento en forma voluntaria, cifra que se ve reducida al ser contrastada con el conjunto de hombres que son admitidos con relación a la misma condición.

Siguiendo con la exposición de los resultados, con relación al análisis de datos, se constató que el 65,1% de las mujeres presentaron Problemas de relación, indicando un aumento con relación a los ingresos masculinos en los cuales se observó que tales problemas estuvieron presentes en el 51,6% de los casos.

En cuanto a la presencia/ausencia del criterio específico y necesario de internación señalado en la Ley de Salud Mental, se observó que en los ingresos femeninos se cumple tal condición en un porcentaje considerablemente mayor que en los ingresos masculinos, a saber: el 95,2% de las mujeres presentaron dicho criterio, mientras que la cifra se ve reducida cuando se examina el conjunto de hombres, siendo la misma del 76,9%.

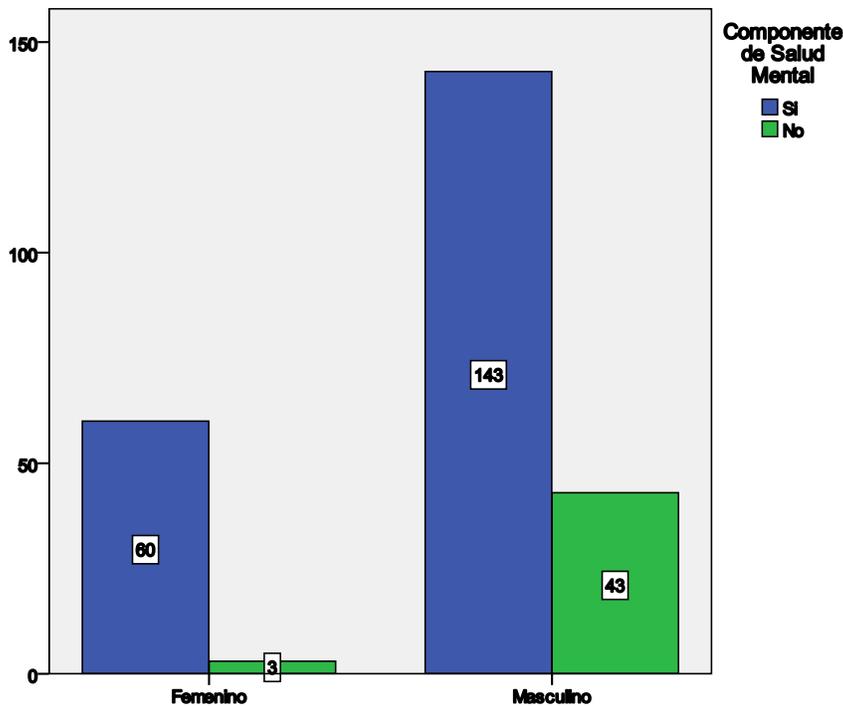


Figura 17. Presencia/ausencia del CSM en ambos sexos

4.1. Análisis de contenido de los registros documentales

De lo anteriormente expuesto y con la intención de avanzar hacia un momento de triangulación cuanti-cualitativa, a partir del cual se persigue la ampliación del conocimiento mediante la observación y comprensión del fenómeno en estudio, se prosigue ahora en profundización en cuanto a la caracterización de los datos recogidos, por medio del análisis de contenido de los registros documentales con los cuales se ha trabajado en la presente investigación.

Como ya se figuró anteriormente el 81,5% de los ingresos presentaron criterio específico de internación (CSM), lo cual se ve reflejado en la foja de admisión de las historias clínicas de distintas maneras, todas las cuales dan cuenta en su redacción acerca de la presencia de diversos sucesos que pueden ser catalogados por el equipo interdisciplinario de salud mental interviniente como actos, conductas o fenómenos clínicos que implican la presencia de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. A los fines de profundización se presentarán, a continuación, algunas de dichas modalidades transcribiéndose literalmente y entrecorillado (esto es fiel al escrito en registros de historias clínicas revisados). En numerosas historias clínicas se advirtió que hubo *“intento de suicidio”*, no especificando el modo ni la forma en que se llevó a cabo dicho intento, en otras y refiriéndose a tal acción de objetivo autolítico, sí se especificó y se pudieron recoger las siguientes expresiones: *“corte en el cuello”*, *“ingesta de medicación e intento de*

ahorcamiento”, *“autoagresión*”, tales conductas referidas a episodios concretos. En los casos en los que no ocurrió un hecho concreto como los antes mencionados pero si se advirtió que eran factibles de suceder y por lo tanto se precedió a dar curso a la indicación de internación, dichos motivos se presentaron de la siguiente manera: *“ideas de daño*”, *“ideas recurrentes de muerte*”, *“marcada ideación tanática*”, *“ideas de quitarse la vida*”, en tales comentarios entonces se objetiva la posibilidad de que la persona atente contra su integridad es por ello que se lo apunta como riesgo cierto para sí mismo.

Ahora bien, lo descripto anteriormente corresponde a lo denominado riesgo de daño para sí y más específicamente en relación a la autoagresión dentro del CSM; por cuanto en relación al riesgo de daño hacia terceros (entendido en su descripción como un comportamiento o ideación de agresividad dirigida hacia terceros) se obtuvieron las siguientes expresiones: *“amenaza de atentar contra su hija de 7 años*”, *“las voces le dicen que mate a su esposo*”, *“agresiones verbales y físicas que ponen en peligro la integridad de la madre*”, *“episodios de heteroagresividad*”, *“problemas de violencia, no puede contener sus impulsos*”, *“episodios de agresividad hacia su padre*”, *“denuncias por conductas inapropiadas, abuso sexual*”, *“maltrato a sus hijos y su madre*”, *“pelea con su pareja, le incendió el rostro*”, *“detenida por agresión a su hijo de 2 años*”, *“intentó ahorcar a su hija*”, *“estado agresivo con su padre, ‘lo agarré del cuello’*”. Como es pasible de asir, algunas de estas expresiones recopiladas dan cuenta de un hecho ya ocurrido y una posterior cavilación de posibilidad de recurrencia (que vuelva a ocurrir) en otras, dicha conducta descripta, por sí misma, hizo que interviniera la justicia y dictara una orden de valoración o internación en el Hospital.

En la misma dirección, con relación al cumplimiento del criterio específico de internación, se recuperan dos motivos, con mayor anuencia en los escritos de los profesionales intervinientes: *“se encuentra descompensado de su cuadro psicopatológico*” y *“episodio psicótico agudo descompensado*”, los cuales hacen referencia a un momento agudo del padecimiento del sujeto el cual puede llevarlo a incurrir en alguna de las modalidades que objetiven riesgo para sí o para terceros.

Respecto al restante 18,5% que no presentó criterio específico de internación (CSM), pero que aun así fue admitido para la realización de tal medida terapéutica, no se observó en esas historias clínicas ningún comentario como acaece en los casos mencionados. Dándose la peculiaridad de que en un particular registro se observó la nota *“no presenta criterio alguno de internación*”, pese a lo cual de igual manera se llevó a cabo tal medida por el hecho de que el sujeto arribó al establecimiento con una orden judicial para que se materializara su internación.

Como se desprende de las afirmaciones plasmadas anteriormente, algunos de los episodios que propician el criterio de internación están referidos a la variable Problemas de Relación, dentro de la cual se presentan diferentes aristas y modalidades que insieren permitir observar tales problemas, toda vez que, por ejemplo muchos de los comportamientos y/o



vivencias subjetivas que representan riesgo de daño u heteroagresividad, son dirigidas hacia familiares o contra otros miembros de la comunidad, lo cual otorga nuevamente valor a la evidencia de los Problemas de Relación que se han explicado a lo largo del trabajo. Ahora bien, en cuanto a los Problemas de Relación que condicionan a los usuarios en su momento vital particular (el de ser evaluados y admitidos para cursar una internación en salud mental), el 55% de la muestra total presentó este tipo de problemas, mientras que si se toma solo el conjunto de usuarios que exhibieron el CSM el porcentaje aumenta hasta el 60,1%, lo que da cuenta de una mayor presencia de la variable recientemente mencionada en aquellos sujetos que presentaron criterio específico de internación. Dicha variable se desprende de anotaciones o registros dentro de la foja de admisión de las historias clínicas en expresiones tales como: *“violencia familiar”, “padre agresivo y golpeador”, “padre violento”, “manifiesta conflictiva familiar”, “refiere problemas con su esposo y sus tres hijos, que fue golpeada”, “manifiesta que su madre consumía drogas (al igual que él), fue abandonado por ella y criado por una familia sustituta”, “vinculo disfuncional con la familia y problemas laborales”, “disfunción familiar”, “padre muy violento”, “ideas de fuga de su hogar”,* lo mencionado solo hace referencia a la conflictiva en el grupo familiar sin enunciar los casos en donde, por existir tales inconvenientes, interviene la justicia, ya que, en esa otra coyuntura los comentarios plasmados en la foja son los siguientes: *“problemas con la tía, le puso una orden de restricción, no tiene donde vivir”, “orden de restricción para ver a la novia”, “restricción con sus hijos”, “discusión con la familia, producto de ello intervino la justicia”, “orden de restricción con su pareja”, “paciente acusó a su padre de abuso sexual, restricción de acercamiento del padre”, “tiene restricción con su madre y su hermano”, “restricción por violencia y abandono de los tres hijos”.* Tanto los casos anteriores donde no interviene la justicia, como los recientemente mencionados en los cuales sí acaece la intervención de la misma, se evidencia una conflictiva en la dinámica familiar de distinta índole, algunos casos de mayor severidad que otros, unos de padres a hijos mientras que otros de hijos a padres, en numerosos casos se presenta la variante de la violencia de género, la violencia hacia la pareja o propiciada por parte de la pareja al usuario en evaluación. Cabe aclarar que la variable Problemas de Relación no se sustenta solo en las ocasiones en las que se presenta conflictiva familiar, también retoma aquellos eventos en los cuales se demuestran otros tipos de problemas, como lo son la violencia hacia distintos actores y/o en distintos ámbitos de la comunidad, problemas económicos, de empleo y distintas dificultades sociales que pueden afectar la salud mental de una persona. Dentro de las historias clínicas dichos inconvenientes pueden referirse en fragmentos tales como: *“problemas con vecinos”, “discusión con un vecino que ocasiona una pelea”, “denuncia por abusar de una menor”, “conductas antisociales (robo)”, “no podemos, no tengo trabajo, nadie me ayuda”, “admite haber tenido problemas con la ley por robos y hurtos”, “denuncia por tenencia de armas ‘hay personas que roban animales, tenían dos armas y les disparé”.*

Finalmente, el 45,8% de los usuarios que ingresaron al hospital presentaron una baja adherencia al tratamiento terapéutico, variable que es consignada aquí bajo la denominación de Incumplimiento Terapéutico. Tal variable puede apreciarse en distintos pasajes de los registros y

es expresada de la siguiente manera: *“tratamiento psiquiátrico iniciado hace 15 años ‘por nervios’, lo abandonó hace 3 o 4 años”, “sin adherencia al tratamiento ambulatorio”, “ha intentado realizar tratamiento pero no puedo sostenerlo”, “abandonó el tratamiento ambulatorio”, “cuando le dan el alta deja de tomar la medicación”, “tratamiento en forma discontinua”, “falló tratamiento ambulatorio”, “no culminaba los tratamientos”, “tratamiento interrumpido”, “refiere haber discontinuado terapéutica psiquiátrica y psicológica”, “mala adherencia al tratamiento y la medicación”.*

Con todo, además de haberse conseguido advertir la modalidad de trabajo de un profesional psicólogo en la tarea de admisión en conjunto con el resto de los profesionales, a la luz del reciente análisis realizado en base a las expresiones vertidas por los propios profesionales intervinientes, según consta en las fojas de admisión de las historias clínicas; también quedan expresados textualmente cuales son los actos, conductas y/o vivencias subjetivas que motivan el curso de una internación, y que vinieron pues a sustentar la elección de las variables aquí estudiadas. Por lo tanto, se pone de manifiesto la articulación entre la entrevista propiamente dicha, el análisis que realiza el equipo de esta y las posteriores expresiones enunciadas en el registro, todo lo cual permitió realizar el estudio y la descripción sobre la complejidad que conllevan estos componentes (específicos e inespecíficos) que intervienen en una internación en salud mental.

5. Conclusiones

¿Por qué se encuentra una persona internada en el Hospital?, fue la pregunta que dio inicio a la presente investigación, de la cual se desprendieron nuevos interrogantes que apuntalan a la interpelación inicial; ¿Qué aspectos se tienen en cuenta al momento de admitir a una persona para que realice tal indicación?; ¿En base a cuál o cuáles saberes, como justificativos o argumentación, se decide una internación?; ¿Existe alguna reglamentación específica que indique los criterios a tener en cuenta?; Así, al buscar respuestas sobre dichas incógnitas es que florece la necesidad de acudir a la lectura de la Ley Provincial N° 9848 y la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental, es allí donde en un primer momento me encuentro con un concepto de salud mental, hartamente interesante, el cual la enuncia como un proceso determinado por múltiples componentes, esto es, advierte que existen muchos factores en la vida de un sujeto que determinan su salud mental. Conceptualización que se aparta y supera la concepción biologicista de antaño. Luego, en el apartado destinado a la reglamentación de las internaciones emerge el criterio que se debe tener en cuenta para realizar una internación, que es el de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, siempre dejando tal evaluación y decisión en manos y observancia del equipo interdisciplinario en salud mental interviniente en cada caso. Ahora bien, el apartado de internaciones no contempla ni enuncia como motivos a observar y llegado el caso para tener en cuenta dentro de una internación, a estos otros componentes que según la propia conceptualización que marca la Ley Nacional son determinantes para la salud mental. Es en esa coyuntura que surge el tema aquí estudiado, a saber: considerando la existencia de variados

componentes que en su interacción y complejidad determinan la salud mental de un individuo, resulta coherente pensar que esos mismos componentes podrían hacerse presentes al momento de la admisión de un usuario al Hospital, y observar (caracterizar) de qué manera lo hacen, porque justamente de lo que se trata es de evaluar en una entrevista en pos de decidir cuál es la terapéutica más aconsejable, recomendable o indicada según la valoración que se realiza sobre el subjetivo del usuario, sobre su salud mental. Es así que llego al planteamiento del problema y al objetivo alcanzado en el trabajo, de poder discernir, dilucidar y principalmente describir cuales son los componentes que intervienen en las admisiones para las internaciones en el Hospital: “Dr. Emilio Vidal Abal”.

A continuación, se procederá a la comparación entre los resultados aquí obtenidos y aquellos datos que surgieron de las investigaciones que sustentaron los antecedentes del presente trabajo.

Dentro de la actual investigación se encuentran resultados tales como: un 54,6% entre los diagnósticos principales obtenidos es el de “Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas”, en tanto que el 25,7% es de “Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes”, mientras que el 9,3% presentó “Trastornos del humor (afectivos)”, lo cual contrasta de manera considerable con los resultados obtenidos tanto en la investigación de Buedo y Fiarandon (2016) como en la de Schiavo et al (2017), donde el principal diagnóstico obtenido fue el de “Trastornos psicóticos” con 31,96% y 45,4% respecto a cada trabajo, seguido por “Trastornos del humor” con 18% y 18,1% respectivamente y por último “Uso indebido de sustancias” con 9,69% y 5,4%.

En cuanto a la presencia de Problemas de Relación, aquí se exhibe en un 55% de la muestra, mientras que en el estudio realizado por Melgarejo et al (2017) asciende hasta 77,6% la presencia del Código Z. Tal y como es catalogado en dicho trabajo, toma la denominación que responde al aporte de la mirada psicosocial del CIE-10, ya que considera aquellas circunstancias socioeconómicas, psicosociales y las relacionadas a la historia familiar y personal que puedan influir sobre el estado de salud de la persona.

Respecto a la variable Incumplimiento Terapéutico, el resultado obtenido en mi trabajo coincide en el cotejo con las demás investigaciones, aquí el 45,8% de la muestra total mostró mala adherencia al tratamiento terapéutico previo, en tanto si se observa dicha variable referida a los ingresos con diagnóstico de “Trastornos psicóticos” asciende al 57,8%, mostrando semejanza con las investigaciones citadas en el marco teórico donde el porcentaje varía entre el 40% y el 60%.

En cuanto a las internaciones mediadas por el componente Judicial, se denota un aumento significativo en el presente trabajo, siendo tal porcentaje del 47,4%, en tanto que en las demás investigaciones el porcentaje fue del 3%, 4,8% y 39,2%.



Asimismo, se encuentra una interesante aproximación en cuanto al porcentaje de existencia de internaciones previas, siendo del 67,9% aquí, y del 62,7% y 57% en los otros trabajos ya mencionados. En cuanto al promedio de edad, se hallaron resultados casi idénticos, en esta investigación es de 35 años, y en las de los antecedentes citados, dicha media es de 34,5 y 36. Referido a los ingresos de acuerdo con el sexo se han producido diferencias sustanciales, siendo aquí el 74,7% de la muestra de sexo masculino, mientras que en las demás investigaciones fue mayor el porcentaje femenino.

Como se intentó dar cuenta desde un principio, la visión global de la presente investigación se construye sobre los cimientos de la salud mental como campo interdisciplinario, campo construido a lo largo del tiempo y que viene a ser revalorizado en su coyuntura en derredor al objeto de ésta como social, en donde como marca Galende, se da la confluencia de distintos componentes culturales, psicológicos, biológicos e históricos. Siguiendo el mismo modelo es que la Ley Nacional enuncia su conceptualización de la salud mental en donde también brinda una visión histórica y determinada por distintos componentes. Es por ello que los objetivos de este trabajo fueron deliberados en sintonía con esa misma lógica, en donde a partir del cumplimiento de los mismos se pudiera lograr una visión amplia de cómo distintos componentes pueden intervenir en las internaciones en salud mental. Y entonces poder visibilizarlos, al describirlos.

En alusión a los objetivos planteados en la investigación, tanto el objetivo general como los específicos, considero que han sido cumplidos satisfactoriamente, ya que se pudo dilucidar concretamente en primer lugar cuántos de los ingresos cumplen el criterio de internación que actualmente indica la Ley de Salud Mental, y en segundo lugar visibilizar y categorizar la incidencia de otras variables que influyen y/o tienen injerencia al momento de decidir si se realiza o no una internación, como así también se han obtenido importantes datos en cuanto a la caracterización de los usuarios que utilizan el servicio del Hospital, tal información alcanzada es de suma jerarquía por partida doble, en primer lugar para la institución, ya que no cuenta con una sistematización de dichos datos, y, a su vez, para todo el sector de la salud mental, al ser tan escasos los trabajos de esta índole realizados en el país.

Cabe aclarar que no se intenta determinar respecto de estas variables, llamadas aquí Componentes Inespecíficos, su grado de causalidad en la materialización de las internaciones, es decir, no se buscó correlación ni vengo aquí presurosamente a proponer que si alguno de estos componentes o en su conjunto todos ellos están presentes en un sujeto eso quiere decir que inevitablemente se debe avanzar hacia una medida terapéutica de internación, sino, que el espíritu de la presente investigación, en este punto, se limita a visibilizar que cuando un equipo de salud mental realiza una entrevista integral de valoración para decidir sobre la admisión para internación en el Hospital se ponen en juego distintos factores que atraviesan la vida de un sujeto y no son reducibles al único hecho de si representa su estado actual riesgo de daño para sí mismo o terceros, dichos componentes pueden o no estar presentes, pueden o no surgir en la entrevista, pero es indudable de que al ser el individuo un sujeto bio-psico-social, que se desarrolla en

constante intercambio con su medio, y que su salud mental es determinada por una multiplicidad de factores, dichos determinantes pueden influir e incluso agravar la situación de padecimiento mental con la que una persona llega al momento de la entrevista. Por todo ello es interesante advertir de que dicha condición, dicho Componente Específico, se vislumbra como necesario para realizar una internación, pero no por ello como único ni como suficiente, puesto que los demás Componentes Inespecíficos aparecen aquí acompañando taxativa y variablemente tal proceso.

Es a partir de las conclusiones anteriormente expuestas que surgen varios caminos por los cuales transitar y desde donde se podrían desprender futuras investigaciones a realizar con el fin de ampliar el conocimiento sobre la temática, interrogantes tales como ¿existen otros componentes que no se hayan estudiado aquí que puedan también intervenir al momento de realizarse una indicación terapéutica de internación?; ¿Cuáles son los componentes que presentan las personas que son entrevistadas pero no admitidas para cursar una internación?, ¿Cuáles son los recursos o los dispositivos alternativos con los que cuentan dichas personas?; Una vez que un usuario está cursando una internación, ¿qué aspectos se tienen en cuenta a la hora de realizarse e indicarse el momento de la externación?; ¿Al momento de otorgar el alta aún están presentes los componentes aquí estudiados?, ¿en qué medida?, ¿cuáles han sido modificados, además del esperable atemperamiento atribuible a la condición de riesgo inminente?

En cuanto a sesgos y limitaciones de la investigación, es válido aclarar que cuando se hace referencia a la ausencia del CSM, no se está afirmando contundentemente que el usuario no debió cursar una internación, sino que más bien en la lectura de esa historia clínica no se observó que tal criterio estuviera presente, lo mismo sucede con las otras variables, a saber, Problemas de Relación e Incumplimiento Terapéutico, todo estuvo subyugado a las expresiones de los profesionales vertidas en las historias clínicas.

Como se puede observar en los datos recogidos una gran parte de la muestra presentó el criterio específico y necesario de internación, mientras que una porción minoritaria no exhibió tal criterio, de allí surgen interrogantes tales como: ¿todavía se está dando un proceso de implementación de la ley?; ¿Es la ley contemplativa con todos los casos que puedan suceder?; ¿La ley brinda las suficientes herramientas a los profesionales para llevar a cabo una internación?; ¿Es prudente y suficiente decidir indicar la internación de una persona evaluando solo un potencial riesgo de daño?; Y dicho riesgo, ¿es pasible de ser objetivado sin dejar espacio a posibles alternativas o es que es siempre interpretativo y basado en los distintos saberes profesionales?. Evidentemente no son pocas las preguntas que han ido surgiendo a lo largo de la investigación, y menos lo es su complejidad intrínseca, así como el reñido embrollo concerniente a sus respuestas, si es que a todas se las pudiese responder. Por empezar, es indudable que la Ley Nacional de Salud Mental se hizo presente para romper con ciertos paradigmas muy arraigados, vetustos y hasta peligrosos, los cuales han sido tratados en el marco teórico de la presente investigación, tarea aquella (la de derribar paradigmas) en la que la ley como instrumento de empoderamiento de derechos ha obtenido un indudable éxito, ya que actualmente se cavila de un modo diferente al



padecimiento mental y principalmente al considerar a los usuarios del sistema de salud precisamente como sujetos de pleno derecho, sumado a un respeto profundo por el sufrimiento psíquico y una consecuente observación de prudencia y cuidado, por cuanto por algún motivo sea necesario dar curso a una internación en un hospital psiquiátrico. Ahora bien, puntualizando en las internaciones que se indican y materializan (en su faz voluntaria y más aún en su vertiente de involuntariedad), considero que la ley en su cuerpo escrito y en su cualidad de marco interpretativo, a la luz de la presente discusión, presenta matices de oscuridad, en derredor a la problemática, o al menos, podría contemplar la anuencia, presencia y/o articulación necesaria de otros factores y condicionantes como componentes a presentarse (y de qué manera) y no solamente el riesgo de daño. Los y las psicólogos y psicólogas, como parte de un equipo que realiza la tarea de admisión, evalúan también otras dimensiones del padecer subjetivo que pueden ser susceptibles a la inclinación en la indicación como opción de tratamiento una brevísima internación, pero que no están enunciadas como criterios. Si bien considero tan indiscutible como válida la expresión de que la internación es una medida restrictiva y que debe ser la última práctica a tomar si ninguna de las otras opciones son posibles o aportasen mayores beneficios, y que la ley brinda la potestad de la decisión al equipo interdisciplinario de salud mental, a sabiendas de que es a criterio de este equipo por medio del cual se resuelve la internación, reflexiono pues que yace allí un zona gris que debe ser resuelta, pensada y repensada entre todos los actores del sistema de salud mental. La ley indica que no se debe internar a una persona con el fin de solucionar problemas de vivienda o problemas socioeconómicos, pero hasta el día de hoy no se han creado medios alternativos que puedan contener a esos usuarios de servicios de salud mental que no presentan criterio de internación pero que necesitan apoyo y tratamiento por parte de un equipo especializado de salud, y aun siendo que la ley es precisa respecto a este tema, desde su creación no se han instaurado los dispositivos correspondientes que puedan dar solución a los casos que termino de nombrar y tampoco se ha avanzado demasiado por la adecuación de los hospitales psiquiátricos para que sean transformados en lo que la ley pretende que se conviertan. Entonces, se profundiza la disyuntiva respecto a las internaciones: ¿es el último recurso al cual recurrir?, en tal caso, ¿existe y funciona una red de contención y de dispositivos de hecho para evitar tal medida?, o termina y empieza siendo la internación breve un recurso necesario ante la confluencia de componentes tales que, en su interacción profundizan el sufrimiento de los usuarios, más allá o más acá del riesgo inherente a tal padecer, ya que no es posible, en muchos casos, brindar la atención adecuada por otros medios, que propicie un alivio, un abordaje de contención especializado en observancia a la complejidad del sufrimiento.

Ahora también: el hecho de catalogar a un sujeto con el criterio de que puede dañarse o dañar a otras personas, ¿no es en cierta medida estigmatizar al padecimiento mental?, ¿no es contribuir a la representación social de que un sujeto con padecimiento mental es peligroso, y desde allí leer la internación como una medida puramente separatista y segregativa?; Aun cuando la ley venga a pretender separarse del concepto de peligrosidad en su reglamentación y en los acuerdos reglamentarios en derredor de la misma. Pues dichos interrogantes surgen del análisis

de datos, ya que, como se ve en el triangulación cualitativa en numerosos casos el hecho de daño ha ocurrido, pero en muchos otros surge solamente como una idea o presunción, entonces ¿es posible atribuir un riesgo cierto e inminente cuando tal particularidad se presenta solamente en el esfera de la ideación?; ¿Qué relevancia tendría el considerar los componentes inespecíficos en su internación como condicionantes del sufrimiento a asistir, para no incurrir en una práctica leída en términos de restricción?

En resumen, las decisiones reales en el campo de las prácticas de internación en salud mental se dan a partir de la presencia de distintos componentes que no responden esencialmente a discursos y/o saberes objetivos, y donde tal disposición no siempre se puede ajustar o reducir a un único criterio específico.

Para culminar y haciendo un reconocimiento sobre mi trayecto en esta PSI, teniendo en cuenta los distintos sectores del Hospital a los que tuve la oportunidad de asistir, considero que ha sido una experiencia de aprendizaje y de adquisición de conocimientos muy fructífera, ya que pude palpar la realidad del nosocomio in situ. Al haber elaborado la investigación sobre la lectura de historias clínicas pude conocer y aprender sobre como los profesionales vuelcan allí las expresiones de cada intervención que se realiza con cada usuario, y a su vez, pude instruirme también sobre la forma en que se efectúa dicha escritura, cómo lo hacen, qué vocabulario se utiliza y qué aspectos son los que se tienen en cuenta para registrar allí. Pude presenciar también, bajo la modalidad de observador no participante, entrevistas de admisión que realizó el equipo interdisciplinario, lo que considero de gran valor para mi formación como futuro psicólogo, ya que aprecié cómo se indaga y se busca lograr asir el conocimiento sobre los distintos componentes que se han estudiado en este trabajo, para poder lograr un entendimiento del padecimiento subjetivo del individuo, como así también pude observar entrevistas que realizó mi asesor en el Servicio de Agudos Varones, lo cual fue de suma importancia para tomar contacto con la tarea que realiza allí un profesional psicólogo y así poder comprender cuál es el rol que desempeña en tal lugar, a su vez, lograr un acercamiento y comprensión sobre el padecimiento mental de los usuarios allí internados, lo que, en su conjunto considero que ha sido una experiencia invaluable respecto a mi formación. Así pues, en la tarea de observador pude apreciar cómo el psicólogo en sus distintas intervenciones en pos de aliviar el sufrimiento que acarrea un usuario contempla de lleno los componentes aquí estudiados, a saber, Problemas de Relación e Incumplimiento Terapéutico, como así también programa su trabajo de acuerdo con la situación judicial de dicho usuario, enfatizando la relevancia y presencia de cada componente de acuerdo a cada sujeto con el cual trabaja.

6. Anexo

Anexo A. Grilla de recolección de datos

C.I	P.R	I.T	I.P	Diag.	S.I	Sexo	Edad	C.S.M	R.L.P
. V	. SI	. SI	. SI		. A.V	. F		. SI	
. JCV	. NO	. NO	. NO		. A. M	. M		. NO	
. JCI					. SAD				
. JP									

Aclaraciones:

- . C.I: condición de ingreso.
 - . V: Voluntario.
 - . JCV: judicial civil voluntario.
 - . JCI: judicial civil involuntario.
 - . JP: judicial penal.
- . P.R: problemas de relación.
- . I.T: incumplimiento terapéutico.
- . I.P: internaciones previas.
- . Diag.: diagnostico presuntivo.
- . S.I: Servicio de ingreso
 - . A.V: agudos varones.
 - . A.M: agudos mujeres.
 - . SAD: servicio de alcoholismo y drogadicción.
- . C.S.M: componente de salud mental (criterio de la ley).
- .R.L.P: registros literales de los profesionales.

Referencias

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (4º ed., Texto rev.). Washington, DC, EE.UU. (DMS-IV-TR).
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (5º edición). Washington, DC, EE.UU. (DMS V).
- Baylé, F.J. (2015). Medication adherence in patients with psychotic disorders: an observational survey involving patients before they switch to long-acting injectable risperidone. *Patient Prefer Adherence*, 9, 1333-1341. doi: 10.2147 / PPA.S89748.
- Buedo, P.O y Fiarandon, R. (2016). Descripción en las internaciones en Salud Mental de una Institución Monovalente de la Ciudad de Bahía Blanca, Argentina. *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, 26(2), 36-42. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Paola_Buedo/publication/325130704_Description_of_mental_health_hospitalization_in_a_monovalent_institution_in_te_city_of_Bahia_Blanca_Argentina/links/5af9ee080f7e9b3b0bef85d7/Description-of-mental-health-hospitalization-in-a-monovalent-institution-in-te-city-of-Bahia-Blanca-Argentina.pdf.
- Bustamante, J.A y Cavieres, A. (2018). Internación psiquiátrica involuntaria. Antecedentes, reflexiones y desafíos. *Revista Médica de Chile*, 146(4), 511-517. doi: 10.4067/s0034-98872018000400511.
- Cámara, A., Paladino, M.E. y Oñativia, X.A. (2017). Las internaciones involuntarias en la Ley 26657 y en el Régimen de Inimputabilidad Penal: Tensiones y actualidad de un debate en torno a la noción de peligrosidad. En 1er Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones. Buenos Aires. Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosaludmentalyadicciones/2017/05/13/las-internaciones-involuntarias-en-la-ley-26657-y-en-el-regimen-de-inimputabilidad-penal-tensiones-y-actualidad-de-un-debate-en-torno-a-la-nocion-de-peligrosidad/>.
- Czobor, P. (2015). Treatment adherence in schizophrenia: a patient-level meta-analysis of combined CATIE and EUFEST studies. *Eur Neuropsychopharmacol*, 25(8), 1159-1156. doi: 10.1016 / j.euroneuro.2015.04.003.
- Dinamarca, M.S y Riberiro A.P. (2017). Internar/externar. ¿En qué condiciones? Escollos en las prácticas y reflexiones posibles. En 1er Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones. Buenos Aires. Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosaludmentalyadicciones/2017/05/13/internarexternar-en-que-condiciones-escollos-en-la-practica-y-reflexiones-posibles/>.



- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud en la sociedad actual*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- García, S. et al: (2016). Adherence to Antipsychotic Medication in Bipolar Disorder and Schizophrenic Patients: A Systematic Review. *J Clin Psychopharmacol*, 36(4), 355-371. doi: 10.1097/JCP.0000000000000523.
- Goffman, E. (2001). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Hermosilla, A y Cataldo, R. (2012). Ley de Salud Mental. Antecedentes y Perspectivas. *PSICENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4 (2), 134-148.
- Ley Nacional de Salud Mental. Ley 26657/2010. Publicada en boletín oficial en 3/10/2010.
- Ley Provincial de Salud Mental. Ley 9848/2010. Publicada en boletín oficial el 5/11/2010.
- Mantilla, M. (2010). “Riesgo”, “peligrosidad” e “implicación subjetiva”: un análisis de las decisiones de internación psiquiátrica en la ciudad de Buenos Aires. *Revista Interface*, 14 (32), 115-126.
- Melgarejo, O.J., Torales, J. y Brítez Cantero, J. (2017). Código Z: necesidad de integrar un trabajador social psiquiátrico a la sala de internación del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*, 50(3), 29-40. doi: 10.18004.
- Novick, D. et al. (2015). Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatient observational study. *BMC Psychiatry*, 15. doi: 10.1186 / s12888-015-0560-4.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f). Diez datos sobre la salud mental. Recuperado de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index1.html.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f). Conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía. Recuperado de <http://www.asociaciondeostomizados.com/pdf/documentos/diferencia-y-minusvalia.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10, 2015)*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.



- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado de https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Ginebra. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Salud Mental: un estado de bienestar. Recuperado de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Documentos básicos, suplemento de la 48ª edición. Recuperado de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, EE.UU. Recuperado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y.
- Ottaviano, L. (2011). La institución psiquiátrica y el proceso de la reforma en el campo de la salud mental. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 26, 44-52. Recuperado de http://www.psicopol.unsl.edu.ar/agosto11_notas3.pdf.
- Paladino, M.E. (2017). Consideraciones sobre la inserción e intervención de los psicólogos en los servicios de internación en salud mental. En 1er Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones. Buenos Aires. Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosaludmentalyadicciones/2017/05/13/consideraciones-sobre-la-insercion-e-intervencion-de-los-psicologos-en-los-servicios-de-internacion-en-salud-mental/>.
- Pérez, V. et al. (2015). Descripción de la población asistida en la sala de salud mental del Hospital Maciel en un año. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 79(1), 13-28. Recuperado de http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2015/08/02_TO.pdf.
- Ponce C, Treibel M, Greif V y Menéndez C. (2017). Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Hacia un cambio de paradigma en políticas de Salud Mental. *Revista Medicina Infantil*, 24, 169-173. Recuperado de http://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2017/xxiv_2_169.pdf.
- Rodríguez, Gabriela. (2013). El Wits de la salud mental. *Revista Estrategias: psicoanálisis y salud mental*, 1, 59-62. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/370829>.



- Rubistein, A. (1994). Sobre la admisión. Jornadas Provinciales de Dispositivos de Salud Mental en Instituciones Públicas. Paraná, Entre ríos. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/146_acercamiento/material/rubistein_%20sobre_la_admision.pdf.
- Sampieri, R. (2014). Metodología de la investigación. Recuperado de <http://observatorio.epcartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>.
- Schiavo, C. (2017). Análisis comparativo sobre las características de las internaciones en una sala de Salud Mental en un hospital general de agudos. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 29, 183-187. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/320305617_Analisis_comparativo_sobre_las_caracteristicas_de_las_internaciones_en_una_sala_de_Salud_Mental_en_un_hospital_general_de_agudos_VERTEX_Rev_Arg_de_Psiquiat_2017_Vol_XXIX_183-187.
- Velligan, D.I. et al. (2017). Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Prefer Adherence*, 11, 449-468. doi: 10.2147/PPA.S124658.
- Vergara Quintero, M. (2017). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 41-50. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689003>.