



**Facultad de Psicología – Universidad Nacional de Rosario  
Carrera de Psicología**

Prácticas Preprofesionales supervisadas – Área “A”  
Docente titular: Ps. Ignacio Sáenz

Informe abreviado de Trabajo Final

**"El rol del psicólogo en la Atención Primaria de Urgencias en Salud  
Mental. Posibilidades de abordaje interdisciplinario"**

*Autor:*

Ps. Guillermo Alfonso

Dirección de contacto: guille.alfonso91@gmail.com

*Docentes supervisores:*

Ps. Sergio Ribaldo

Ps. Mirta Spedale

Año 2015

## Índice

<b>Introducción</b> _____	<b>P. 3</b>
Tema	
Fundamentación	
<b>Objetivos</b> _____	<b>P. 5</b>
Objetivo general	
Objetivos específicos	
<b>Descripción del efector</b> _____	<b>P. 6</b>
<b>Perspectivas teóricas</b> _____	<b>P. 8</b>
Atención Primaria y Atención integrada	
Conceptualizaciones de la urgencia	
Lo urgente: entre el grito y el llamado	
Generalidades teóricas referentes a las problemáticas atendidas	
<b>Especificación metodológica</b> _____	<b>P.18</b>
<b>Descripción y análisis de indicadores</b> _____	<b>P. 19</b>
Síntesis de lo trabajado en las reuniones de equipo	
Descripción de las demandas	
<b>Conclusiones</b> _____	<b>P.25</b>
El hospital y las urgencias múltiples	
Evaluar el riesgo	
Una perspectiva complementaria de la psicología y la psiquiatría	
<b>Referencias bibliográficas</b> _____	<b>P.29</b>

## Introducción

El Trabajo Integrador Final aquí expuesto se centró en el análisis y la descripción de la tarea del psicólogo en la atención primaria de urgencias en salud mental. Los efectores que reciben tales demandas en el contexto del sistema de salud pública de nuestra ciudad son los hospitales generales o los centros regionales de atención. En ellos, el psicólogo debe realizar sus intervenciones en colaboración con otros profesionales -médicos generalistas, neurólogos, enfermeros, etc., y especialmente *psiquiatras*-. Se realizó un análisis centrado en tres puntos principales: cuál es el rol específico del psicólogo en el contexto definido; de qué manera se diferencia su práctica de las intervenciones propias de la psiquiatría; y qué ventajas, obstáculos o particularidades condicionan la concreción de un abordaje interdisciplinario para las demandas de urgencia en Salud Mental.

Resulta pertinente una breve advertencia relativa las limitaciones del trabajo. En primer lugar, su validez debe adscribirse a una institución en particular: el efector en que el estudiante cursó su Práctica Preprofesional Supervisada. Por otra parte, los requerimientos metodológicos y formales fueron explicitados cuando habían transcurrido las primeras etapas de tal recorrido. A causa de ello, tanto la problemática como las estrategias técnicas resultaron condicionadas por la dinámica de las instituciones involucradas, y se procuró amoldar *la investigación a la experiencia* y no a la inversa. Así, el autor reconoce que las circunstancias pueden haber actuado en detrimento del rigor esperable, pero procuró que las modalidades de recolección de información no fueran excesivamente invasivas, no añadieran una demanda adicional al efector en cuestión y no condicionaran en forma alguna la atención clínica de los consultantes.

Algunos de los puntos abordados en el desarrollo teórico remiten a padecimientos y situaciones particulares, que no necesariamente son los más frecuentes o de mayor complejidad; se articulan con los casos observados por el autor en la práctica clínica, por cuestiones meramente experienciales.

Finalmente, vale aclarar que el presente escrito –en su carácter de Trabajo Integrador Final de la carrera de grado de Psicología- es por fuerza *ecléctico*: reúne conceptualizaciones provenientes de diferentes áreas del saber, cuya conciliación puede resultar dificultosa en algunos puntos. Si bien la perspectiva principal tiene un carácter psicoanalítico, se han recopilado conocimientos pertenecientes a la psiquiatría y el enfoque psicoterapéutico cognitivo, entre otros. Su inclusión y copresencia se consideró necesaria, en especial porque se presentan conclusiones referentes a las posibilidades de un abordaje *interdisciplinario* de las situaciones de urgencia en salud mental. El autor espera que los lectores encuentren satisfactoria la articulación y la comprendan como producto del tránsito por un –también ecléctico- camino de formación.

## Fundamentación

En el curso de la práctica preprofesional supervisada, me propuse explorar las lógicas de funcionamiento del sistema de salud de nuestra ciudad, a través de mi inserción en un dispositivo de atención a urgencias en salud mental que funciona como soporte para los hospitales generales. Tras el recorrido teórico que he realizado a lo largo del cursado de la carrera, la pregunta acerca de la práctica específica del psicólogo en el contexto de atención primaria pública impulsó la necesidad de observar desde adentro qué podemos hacer como profesionales en circunstancias tan distantes de la práctica clínica independiente: cómo operar desde nuestra especificidad, pero posibilitando una articulación con otros saberes operativos; cómo desprendernos de la comodidad de los conceptos y generar un cambio en los escenarios más adversos; de qué manera trascender la crítica al modelo médico hegemónico y proponer una lógica *complementaria*. En tal sentido ¿qué particularidades del hospital limitan –o generan posibilidades insospechadas- para la práctica del psicólogo?

Entiendo que la intervención psicológica clínica en el contexto público puede aportar importantes beneficios para el paciente de salud mental. Creo, también, que sólo puede hacerlo si se dispone al trabajo conjunto con disciplinas diferentes y vislumbra en el complemento y el diálogo un camino que permita no saldar, pero sí atemperar discusiones históricas.

En el transcurso de la práctica procuré, además, observar y escuchar de qué modo se expresan las modalidades actuales de padecimiento psíquico, y comprender cómo podrían conceptualizarse desde una perspectiva analítica, aunque la premura de la urgencia sólo posibilite reconstrucciones parciales.

Los interrogantes así planteados delimitaron algunas de las razones que me impulsaron a emprender una práctica en esta área, con el reparo -pero también la motivación- de que las respuestas serán siempre incompletas.

## **Objetivos**

### **Objetivo general:**

Analizar y describir el rol del psicólogo en la Atención Primaria de Urgencias en Salud Mental en el contexto del Sistema Público de Salud de la Ciudad de Rosario, adoptando como referencia el funcionamiento de un dispositivo orientado a esta problemática.

### **Objetivos específicos:**

1. Determinar qué aspectos diferencian la praxis del psicólogo de la del psiquiatra en la atención interdisciplinaria de Urgencias en Salud Mental.
2. Analizar las posibilidades y obstáculos existentes para un abordaje interdisciplinario en la Atención Primaria de Urgencias en Salud Mental.
3. Describir –de manera exploratoria- algunas estrategias de Atención Primaria a la Salud Mental en contextos de urgencia.

### Descripción del efector

El Dispositivo en el que se llevó a cabo esta práctica comenzó a funcionar a partir de un proyecto presentado por la Provincia de Santa Fe en respuesta a la convocatoria nacional que pretendía instrumentar los medios necesarios para la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010). El texto de la misma afirma que debe promoverse la atención interdisciplinaria en salud mental, incluyendo a las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería y terapia ocupacional, mediante la instrumentación de dispositivos de consulta ambulatoria, inclusión social y laboral, atención domiciliaria y promoción y prevención de la salud mental (Ley 26.657, Cap 5, Art. 8 y Art. 11). Asimismo, deja establecido que la internación ha de considerarse como un recurso excepcional y contempla que se realice en hospitales generales (Cap.7) en vista de un progresivo proceso de desmanicomialización.

Este dispositivo, con sede en la zona céntrica de la Ciudad de Rosario funciona durante los fines de semana y feriados de 8 a 20 hs. Esta decisión responde a una necesidad concreta: no funcionan en esos días -o se ven muy reducidos- los servicios de Salud Mental en los hospitales generales.

Se encuentra conformado por cuatro duplas interdisciplinarias, integradas por un psicólogo y un psiquiatra cada una. Recibe las demandas de urgencia en Salud Mental de los nueve hospitales generales de la ciudad –por lo tanto, la población destino de la intervención es heterogénea-, y evalúa en terreno las características de las situaciones para contribuir a su contención y establecer pautas de trabajo posterior.

El proceso de atención puede esquematizarse en *tres momentos* diferenciados:

1. La recepción telefónica del *pedido* proveniente de un hospital general, y la recuperación de información tendiente al establecimiento de un *diagnóstico situacional* preliminar;
2. La *intervención* en el hospital, en colaboración con el equipo profesional que convoca, el usuario y sus familiares o cuidadores. Se concreta un diálogo con el equipo de referencia (incluyendo a médicos, enfermeros y todo el personal que pueda brindar su percepción de la situación), una entrevista con el paciente y –de considerarse necesario- otra con sus familiares o referentes. El dispositivo funciona a modo de *soporte*, ya que construye sus estrategias en colaboración con el personal de la guardia y procura contribuir a una respuesta integral de las problemáticas en salud mental, con el fin de evitar un desborde que impactaría negativamente en la calidad de la atención y sólo haría posible un abordaje puntual;
3. Finalmente, cada lunes se realiza un *re-trabajo y cierre* de las situaciones con el equipo que continuará como referencia del usuario en cuestión. El referenciamiento puede recaer en el servicio de Salud Mental del hospital general; en equipos de centros de salud generalistas o en profesionales del ámbito privado. La comunicación se realiza bajo una modalidad telefónica o presencial, dependiendo de las necesidades de la situación y las posibilidades concretas del momento.

Los procesos de atención y todas las acciones concretadas se registran en un “Report”, foliado y numerado, que funciona como un respaldo legal y clínico del trabajo del equipo.

Los datos recabados han permitido evaluar el funcionamiento del dispositivo mediante un registro estadístico. El análisis se realizó a un año de la puesta en marcha del dispositivo, y entre las mejoras en la atención de la salud mental durante los fines de semana y los feriados pueden destacarse las siguientes (Equipo del dispositivo, 2014):

- La atención goza de una mayor adecuación al sistema de servicios de salud, ya que responde a los postulados de los instrumentos legales pertinentes a nivel *internacional* –Carta de Ottawa (1986); Declaración de Caracas (1990); Principios de Brasilia para el desarrollo de las Américas (2005); Consenso de Panamá (2010)-, *nacional* –Ley Nacional de Derechos del Paciente N° 26.529 (2009); Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010); Ley de Protección Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes N° 26.061 (2005)- y *provincial* –Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772-;
- El abordaje puede realizarse en el hospital general en colaboración con su equipo local, por lo que se evita la derivación al monovalente “*Centro regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila*”; procedimiento estándar en la situación anterior. Se previenen así la posible estigmatización y las implicancias subjetivas y sociales derivadas del paso por un hospital psiquiátrico;
- Se evita el uso de movilidad del Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), ya que se trasladan las duplas interdisciplinarias y la atención se realiza en el mismo efector que recibe la demanda;
- La modalidad de *interconsulta* ha sido reemplazada por una modalidad *soporte o matricial*, entendiéndose por ella a la utilización de colaboraciones externas para un grupo local con el objetivo de generar un empuje y un sustento recíproco que repercuta en un mejor tratamiento (De Souza Campos, 2005). El hecho de que el paciente utilice un servicio matricial implica que no deja de ser usuario del Equipo de Referencia, que seguirá siendo responsable de su Proyecto Terapéutico individual (De Souza Campos, 1998).

Esta unidad de trabajo surgió mediante una articulación entre municipio, provincia y nación. El pacto asumido implicaba que sería el Estado Nacional el que se haría cargo de su manutención durante los primeros tiempos, y sería el gobierno de Santa Fe el responsable a posteriori. Esta transición jurisdiccional coincidió con el período de prácticas del autor.

### **Perspectivas teóricas**

El recorrido teórico que se expone a continuación se centra en: 1) aquellos elementos conceptuales y legales que han provisto al dispositivo su fundamento; 2) Las distintas modalidades de trabajo compartido entre múltiples áreas del saber: interdisciplina, multidisciplinaria, transdisciplina, lógica soporte, lógica de interconsulta; 3) Necesarias definiciones y delimitaciones en torno al concepto de *urgencia* en el marco de la atención clínica en Salud Mental, y finalmente: 4) Padecimientos y problemáticas que se han observado en los casos que se expondrán más adelante: consumo de sustancias, consumo de psicofármacos y tentativas de autolisis. Tal como se ha aclarado en la presentación, esta selección remite a la experiencia transitada y su consideración debe restringirse a cuestiones meramente circunstanciales: su presencia en este recorrido no se vincula necesariamente con su nivel incidencia epidemiológica, criterios de gravedad o alguna condición específica adicional.

#### **Atención Primaria y Atención Integrada**

El paradigma de la *Atención Primaria de la Salud* tiene por finalidad establecer cuál debería ser el punto de entrada de la mayoría de la población al sistema de salud y qué características debería reunir: se pretende que tenga la capacidad de brindar asistencia sanitaria esencial y práctica en contextos socioculturales bien establecidos y en consideración de las particularidades regionales. (OPS/OMS, 2007). Su concepción original, explicitada en la conferencia de Alma Ata (OMS, 1978), establecía un conjunto de condiciones mínimas entre las que no parecía haberse encontrado un lugar propio para la salud mental: el objetivo eran las enfermedades endémicas y la universalidad era más urgente que la integralidad. Si bien se ha postulado que algunos sectores la consideraron erróneamente como una *solución barata* para países subdesarrollados, treinta años después la OMS recalcó que no se trataba de un llamado a la resolución de todas las problemáticas en el primer nivel de atención. Sí, por otra parte, de un modelo que debería atacar las causas sociales, políticas y económicas subyacentes a la mala salud (OMS, 2008)

En la actualidad, la atención a la Salud Mental suele formar parte de los servicios ofrecidos por el primer nivel de atención. En este sentido, Pérez Álvarez y Fernández Hermida (2008) analizaron la integración de la psicología a este nivel en diferentes países y concluyeron que “existe un crónico desajuste entre demanda y tratamiento, que genera un problema de puerta giratoria que deja a los médicos desmoralizados y a los pacientes insatisfechos”. Los autores no consideran que la derivación a servicios de Atención Secundaria pueda brindar una solución eficaz a esta problemática, por las siguientes razones: a) los servicios de salud mental suelen estar *saturados* y funcionar con largas listas de espera; b) la derivación supone el *traslado del problema* y no necesariamente su resolución; c) la atención y la resolución de las situaciones deberían estar *lo más cerca posible* del lugar donde se generan o manifiestan; y d) la remisión a servicios de salud mental suele generar un *estigma social* que no puede despreciarse, a pesar de haber disminuido en los últimos años.

Por ello, recomiendan asumir la responsabilidad de tratar los trastornos comunes en Atención Primaria. La alternativa que proponen –si bien no es idéntica a la del dispositivo aquí abordado– se denomina *Atención Integrada*. Hace referencia a la colaboración de psicólogos y médicos de guardia, en busca de una rápida



retroalimentación de las intervenciones entre los distintos integrantes del equipo, para así evitar la erección de compartimientos marcados entre la salud física y la mental. En tal sentido, el rol propuesto para el psicólogo es el de un *consultor*, orientado a la estabilización del cuadro y al incentivo de pautas comportamentales que –según consideran- facilitarían la resolución de la problemática.

### **Lógica Soporte vs. Interconsulta**

El dispositivo está referenciado en un andamiaje teórico psicoanalítico. Por lo tanto, su propuesta se diferencia de la de los autores españoles, enmarcados en un enfoque cognitivo. Se trata, como ya se ha mencionado, de una lógica *soporte* organizada como *dispositivo*. Este último término ha sido definido como un “montaje o artificio productor de innovaciones que genera acontecimientos, actualiza potencialidades e inventa lo nuevo radical” (Baremlitt, 1992: 15, citado en De Souza Campos, 1998). Soporte, por su parte, remite al intento de apostar a recursos externos o de apoyo para los equipos de referencia, sin desmedro de su participación en las situaciones a tratar. Este *traer algo* desde fuera implica un impulso o empuje tendiente a evitar la falta de compromiso, la verticalidad, la hegemonía de saberes y la procedimentalidad estanca que suelen generarse en las instituciones de salud. Se abreva en el incentivo del vínculo terapéutico, el abordaje interdisciplinario y el análisis de las técnicas de gestión, con el fin de brindar una mejor atención y resolver situaciones que no encuentran respuestas adecuadas desde el modelo biologicista (De Souza Campos, 1998, 2005)

### **Multidisciplina, Interdisciplina y transdisciplina**

Follari (2005) apuntó que la cuestión de la interdisciplina ha rondado los debates académicos desde la década de 1970, y consideró que bajo “generosas nociones de amplitud” se esconden proyectos y posturas netamente divergentes. En este sentido, remarcó enfáticamente el riesgo de que algunas conceptualizaciones políticamente “correctas” tiendan a una perspectiva eficientista y no a criterios crítico-reflexivos. Lo interdisciplinario no debería entonces equipararse a un aglutinamiento ni a una mera posición pacificadora.

El trabajo de Ribés-Iniesta (2005) analizó el caso específico de la psicología. Partió desde la consideración de cuatro tipos de cuerpos y aplicaciones del conocimiento científico: *disciplinas*, *multidisciplinas*, *interdisciplinas* y *transdisciplinas*. Las primeras se caracterizan por tener un objeto de conocimiento claramente definido en términos de relaciones, propiedades y dimensiones. Las *multidisciplinas* se caracterizan por la convergencia de dos o más disciplinas para analizar cuestiones que no resultan completamente abordables por una de ellas. En tal sentido, la conjunción refiere tanto al objeto de conocimiento en cuestión como a las metodologías disponibles para abordarlo. Finalmente, las *interdisciplinas* se conforman a partir de un *encargo social* determinado (en el caso que nos atañe, la atención de urgencias en el área de la salud mental). Así, refieren a objetos y problemáticas que por su complejidad demandan –más que confluencia- una integración de conocimientos, tecnologías y observaciones prácticas provenientes de diferentes disciplinas para la generación de soluciones y propuestas.

Más allá de que la psicología –como conocimiento básico- no pueda pensarse como un cuerpo propiamente interdisciplinario en el sentido aquí planteado, es aplicable a una variedad de problemáticas sociales. Es esta característica la que condiciona su

particularidad: las demandas que recibe requieren con suma frecuencia la colaboración entre diferentes saberes. Pero vale advertir que la interdisciplina difiere de la *transdisciplina* en un punto fundamental: no niega la especificidad ni la impronta de los conocimientos involucrados.

### **Conceptualizaciones de la urgencia**

Los trabajadores del dispositivo acuden a las *urgencias en salud mental*. Ahora bien, insisten en la necesidad de diferenciar este término de algunos que suelen utilizarse como sinónimos: *crisis subjetiva*, *urgencia psiquiátrica* o *desencadenamiento*. Una urgencia en salud mental se define por la presencia de una situación transitoria que irrumpe y altera las coordenadas de vida de una persona, conllevando un alto monto de sufrimiento subjetivo. Se considera como una parte del proceso salud-enfermedad, un emergente de un malestar pero también de un intento de cura. Este estado de cosas no debe ser pensado de manera negativa, sino que plantea una posibilidad para la intervención tendiente a generar un cambio o una nueva significación. En palabras de Ricardo Seldes (2004):

“No somos compasivos, esa es una *contraindicación* de rigor. No estamos allí para cargar la miseria sobre nuestros hombros... No apuntamos a una vuelta atrás en el tiempo, a que todo se restituya al punto anterior a la emergencia de la crisis. Si vino, si no se pudo evitar, que de ella se saque algún provecho” (Seldes, en Belaga [comp.], 2004, p. 36)”

El psicoanalista también advirtió sobre la necesidad de delimitar qué es aquello que corresponde a los límites de la urgencia, y en qué momento las condiciones –sin desmedro de la dificultad o gravedad que revistan- hacen posible un abordaje diferente. En tal sentido, cuando el goce del síntoma que se padece comienza a ser advertido como displacer, cuando puede surgir una significación acerca de aquello que como *acting-out* o *pasaje al acto* no había encontrado palabras y, en definitiva, cuando la intervención ha podido instaurar una pregunta acerca de la responsabilidad subjetiva, la urgencia en sí misma puede considerarse saldada.

La oferta de un servicio de urgencias –reflexionó- no puede ser igual para todos, ya que refiere siempre a situaciones excepcionales en la vida de las personas. La ignorancia –y aclara, la *docta ignorancia*- es un elemento constitutivo de la ética del psicoanálisis. Es su función promover el cuestionamiento, en la esfera del deseo y el goce, de aquella convicción absoluta que la urgencia subjetiva presenta.

Seldes (en Belaga, 2004) se refirió también a las *contraindicaciones*. Sobre este punto, observó que las orientaciones –respetando la lógica de la singularidad- no versan tanto sobre lo que conviene hacer en determinadas situaciones, sino sobre aquello que no es preferible o pertinente realizar en la premura de la urgencia. Así, no deberían precipitarse las normalizaciones de sentido que, en pos de una rápida salida de la incertidumbre, coagulen en una interpretación unívoca aquel emergente que busca expresión. A la vez, la *escucha psicoanalítica* – y propongo retener este término para diferenciar lo posible en la urgencia subjetiva de aquello que podría edificarse con mayor amplitud en un trabajo analítico minucioso- impone una máxima de rigor: la comprensión de que la palabra, terapéutica en sus potencialidades, puede no hacer bien bajo determinadas condiciones.

Javier Garmendia (en Belaga (comp.), 2004) brindó al respecto una simple pero valiosa

fórmula:

“¿Qué hacer con el que se presenta sin llamar?... Que el hecho mismo de la urgencia no encubra por completo el espacio de la subjetividad; atender la urgencia sin legitimarla. Legitimarla sería responder a la pregunta no formulada, responder con un saber ya adquirido. Atender sin legitimar supone que nos interroguemos por el sujeto, que abramos este espacio.”

Para él, la urgencia se presenta cuando se alcanza una situación insostenible, pero en muchos casos puede entreverse una desresponsabilización de aquél que arriba como afectado. La demanda no formulada se impone al Otro, de quien se espera una resolución para lo que se vivencia como insoportable. No obstante, es diferente la lógica que impera cuando alguien es llevado a un servicio en contra de su voluntad. Lejos de presentarse, el sujeto es presentado como un *incapaz*, inhabilitado para desarrollar su propia vida a causa de un mal que lo trastorna.

Señaló tres salidas alternativas ante la demanda: el paciente es devuelto al exterior tras una prescripción médica o psicológica; permanece en observación durante unos días; o bien ingresa en una internación prolongada. Retomando una metáfora militar, el autor dice que la primera intervención consiste en un breve alejamiento del campo de batalla y la instauración de una serie de medidas paliativas que faciliten el resurgimiento de la posibilidad de luchar.

“En modo alguno es deseable que el paciente, fuera de la transferencia, lleve a la acción en lugar de recordar; lo ideal, para nuestra finalidad; sería que se comportase lo más normalmente posible fuera del tratamiento y que sólo manifestase sus reacciones anormales dentro de la transferencia” (Freud, 1923, citado en Laplanche y Pontalis, 2007)”

### **Lo urgente: entre el grito y el llamado**

Retomando las reflexiones de Lacan en torno al caso Shreber, Silvia Gianni (2008) expresó que la *crisis* es una conceptualización a posteriori de aquello que puede llegar bajo la forma de un *llamado* o un *grito*. La primera alternativa –si bien no instaura una demanda de tratamiento– implica cierta capacidad de simbolizar o significar subjetivamente aquello que provoca malestar. El grito, por otra parte, se presenta como una manifestación plenamente *asignificante* y que, por tanto, es capaz de contener (aunque silenciadas) todas las significaciones.

En cualquiera de las dos versiones, aunque con mayor indeterminación en la segunda, la crisis se presenta como algo que queda *por fuera del discurso*: una escena donde no hay Sujeto. Apuntar, entonces, a restaurar cierta consistencia yoica, puede ser una parte de la intervención, pero no su totalidad. Esto sería una ayuda inicial: un *rescate* y no *atención* propiamente dicha. Posteriormente, resultará imprescindible –en concordancia con el planteo de Seldes (en Belaga, 2004) generar las condiciones para que algo de la enunciación sea reinstalado; para que el paciente pueda relatar lo tocante a su crisis como algo que está en relación a él mismo, y no como un emergente insignificable,

¿Qué posibilidades tiene el psicoanálisis ante el terreno adverso de la urgencia subjetiva? ¿Cuáles son sus respuestas ante la mirada desesperada de aquél que no ha

encontrado una significación para su malestar y se vio limitado en sus opciones para salir de la indeterminación? Seguramente tendrá algunas. Al fin y al cabo –reflexionó Jacques Lacan- “Lo importante no es tanto que el lenguaje diga o no la verdad. Sino que ayude –y punto-” (Lacan, Citado en Seldes, 2004)

### **Generalidades teóricas referentes a las problemáticas atendidas**

Como se indicó más arriba, se abordarán en esta presentación dos problemáticas particulares: el uso y abuso de sustancias y psicofármacos y las tentativas de autolisis. De los casos descritos, varios –fuera ésta o no la problemática principal- incluyeron ingesta de psicofármacos, y en dos oportunidades su consumo estuvo combinado con bebidas alcohólicas. Por otra parte, una de las urgencias estuvo directamente vinculada con el pedido de controlar el abuso de cocaína.

Otras situaciones implicaron autolesiones, de las cuales una fue considerada como una tentativa directa de suicidio. Por tal motivo, se exponen a continuación algunos conceptos básicos atinentes a cada problemática: ciertos indicadores generales y saberes provenientes de distintas disciplinas –consideraciones que no podríamos omitir en el marco de una lógica interdisciplinaria- y una más específica lectura psicoanalítica.

### **Uso y abuso de sustancias y psicofármacos**

Las situaciones que involucran consumo de sustancias suelen estar vinculadas a un gran conjunto de factores, y no pueden comprenderse por fuera de una perspectiva compleja. Desde el enfoque cognitivo, pueden describirse tres características principales que se vinculan al comportamiento adictivo y permiten diferenciarlo del uso y el abuso: *periodicidad* (una cierta reiteración del consumo en intervalos de tiempo), *cronicidad* y factores de *vulnerabilidad* que facilitan la caída de la persona en el circuito adictivo. El *abuso*, por otra parte, se comprende como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias psicoactivas, que conlleva malestar y consecuencias negativas, exista o no una marca de cronicidad. A nivel biológico, la presencia del compuesto en el interior del cuerpo produce una serie de manifestaciones fisiológicas, cognitivas y comportamentales instantáneas, que derivan en forma directa de la *intoxicación*. Estos efectos deben considerarse separadamente de las *consecuencias orgánicas a largo plazo* del abuso o la adicción (Raspall, 2011). El consumo es reforzado a nivel cerebral por la activación de circuitos neuronales, cuya expresión se vivencia como una sensación satisfactoria. Particular importancia tiene aquí el denominado Núcleo Accumbens (estructura del sistema límbico, implicada en la emoción pero que influye también en los procesos cerebrales superiores por sus conexiones con las regiones corticales), relacionado con circuitos dopaminérgicos. (López-Mato *et al*, 2002)

La dopamina y las endorfinas son neurotransmisores que funcionan como “gratificantes naturales del cuerpo”. El deporte, el sexo, los logros y el reconocimiento, entre otras vivencias, también se valen de su acción (a grandes rasgos, disminución de la posibilidad de disparo neural) para provocar satisfacción.

### **Las dos facetas del alcohol**

El alcohol es el psicoactivo más consumido y de iniciación más temprana. Los estudios realizados en nuestro país indican que a los 14 años el 52,4% de los jóvenes lo consumen. Entre los 15 y los 16 este número alcanza el 79,2%, llegando a casi el 90% para los 17 y

18 años (SEDRONAR, 2011). En un estudio local, se ha determinado que alrededor de un 30% de los niños entre 8 y 12 años son consumidores ocasionales, y algunos resultados sugieren que, al menos dentro de este rango etario, las conductas infantiles respecto al alcohol y al tabaco son condicionadas visiblemente por las de sus padres y grupo familiar (Grigoravicius *et al*, 2013). Otros trabajos señalan que la exposición temprana al alcohol aumenta el riesgo de desarrollar un patrón de abuso y dependencia y provoca daños cognitivos análogos a los del alcoholismo crónico (Pautassi, 2011; Abate, P., March, S., Culleré, M., Pautassi, R. y Molina, J., 2012).

Más allá de lo biológico, interesa aquí remarcar que dos efectos potenciales –y contrapuestos– pueden incentivar el consumo de alcohol. Si bien es normalmente considerado como un *depressor*, su consumo moderado produce un intervalo de *desinhibición eufórica*. Algunos autores consideran que estas facetas se vincularían a comportamientos frecuentemente descriptos: tendencias a la violencia e impulsividad, establecimiento de relaciones indeseadas o inseguras, exposición a grandes riesgos. (Lomba, Apostolo y Mendes, 2009).

### **Cannabis: cognición, motivación y problemas de salud mental asociados**

El cannabis ha sido considerado durante mucho tiempo como una droga relativamente inocua y muchas veces se ha defendido su potencial uso terapéutico a causa de ciertos efectos (analgésico, anticonvulsivo, sedante, antidepressivo, etc.). Pese a que estos atributos no han sido legitimados por la comunidad médica y que su uso sólo es prescripto en situaciones claramente excepcionales, la marihuana es la segunda sustancia más fumada en el mundo y para 1999 era ya la sustancia ilegal con mayor prevalencia en nuestro país (Míguez, 2000).

El nivel de las expresiones psíquicas no depende sólo de la cantidad consumida, sino también de las expectativas, estado de ánimo previo al consumo, experiencias anteriores y creencias relacionadas. Por ello, la *dependencia* que genera no se debe sólo a factores propios de la sustancia, sino que también puede fundarse en las representaciones del individuo. (Gutiérrez Rojas, Martínez Gonzáles y De Irala, 2006).

La intoxicación instantánea por cannabis afecta todas las áreas del aprendizaje, incluyendo los procesos asociativos y el rendimiento psicomotor, exceptuando la abstracción y el vocabulario. Tras el consumo aparecen dificultades para recordar información recientemente recibida (amnesia anterógrada). Se pierden las capacidades de orientación espacial y temporal (se percibe un enlentecimiento del tiempo), y la facultad de reaccionar ante estímulos adversos.

Con respecto a su comorbilidad con patologías psiquiátricas y psicológicas, se han hallado correlatos con cuadros depresivos (Scopetta Díaz Granados, Pérez Gómez y Muñoz, 2012) y episodios psicóticos (Hall y Degenhardt, 2009). Se la ha asociado también a un cuadro denominado “Síndrome Amotivacional”: estado de pasividad, apatía, desinterés e indiferencia o agresividad, acompañado por disfunción generalizada de las capacidades cognitivas e interpersonales. Esta situación tiende a retroalimentarse por el aislamiento social que fomenta y las dificultades que representa para las actividades cotidianas (Scopetta Díaz Granados, Pérez Gómez y Muñoz, 2012).

### **Cocaína: efectos estimulantes y comorbilidades esperables**

La cocaína es un potente estimulante cuyos derivados pueden ser inhalados, fumados o consumidos por vía endovenosa. Su consumo produce una hiperactividad en los sistemas dopaminérgicos y noradrenérgicos, ya que inhibe la recaptación de estos neurotransmisores y facilita su consecuente acumulación en la hendidura sináptica (Lizasoain, Moro y Lorenzo, 2002). En dosis bajas, genera una sensación de bienestar que se vivencia como una pérdida de la fatiga, un incremento del estado de alerta y la potencia física. No obstante, dosis mayores tienden a producir cuadros de excitación psicomotriz, confusión mental e incluso convulsiones. Su uso crónico suele inducir la aparición de episodios de psicosis tóxica, caracterizados generalmente por la vivencia de pensamientos paranoides de variada intensidad. La depresión y la manía no quedan por fuera de las comorbilidades esperables (Bodino, 2001).

### **Psicofármacos de uso común**

Esta exposición se limitará a una breve y general descripción de los fármacos que estuvieron involucrados en los casos descritos: Clonazepam, Risperidona y Haloperidol. El primero pertenece al grupo de las *benzodiazepinas*, que presentan efectos ansiolíticos, hipnóticos, miorelajantes y anticonvulsivantes. Pese a que algunos estudios han determinado que pueden producir dependencia ante tiempos prolongados de consumo y no se recomienda en general su prescripción durante intervalos superiores a dos meses, están entre los fármacos más prescritos en la mayoría de los países (Bravo Ortiz, 2011).

Por otra parte, el Haloperidol es un *antipsicótico típico*, que atempera la sintomatología positiva de los cuadros psicóticos, aunque no produce efectos sobre la negativa. Su consumo –u omisión en el marco de un tratamiento- puede generar como consecuencia adversa esperable la producción de síntomas psicomotores de tipo extrapiramidal. La Risperidona, finalmente, está dentro del grupo de los más modernos *antipsicóticos atípicos*. Estos últimos se diferencian de los típicos porque intervienen en cierta medida sobre los síntomas deficitarios y no se asocian a una probabilidad tan marcada de extrapiramidalismo. Cabe aclarar que el rasgo común de todos los antipsicóticos es su acción de bloqueo sobre los receptores dopaminérgicos. (Bravo Ortiz, 2011; Boullosa, 2002).

### **Una perspectiva psicoanalítica acerca del consumo de sustancias**

Las consideraciones anteriores resultan necesarias para una adecuada comprensión de los efectos fisiológicos y comportamentales del uso y abuso de sustancias. En tal sentido, constituyen una base imprescindible para el análisis de las intervenciones interdisciplinarias.

Ahora bien, desde una perspectiva psicoanalítica, el centro del debate no refiere a las sustancias particulares, sino a las *relaciones* que el sujeto establece con las mismas. En tal sentido, Lora y Calderón (2010) indicaron que en nuestra cultura, el tóxico ocupa un papel de señal, de vehículo hacia un más allá hipotético: posición que justificaron desde algunos conocimientos antropológicos relativos al rol místico de las sustancias psicoactivas en civilizaciones primitivas. Por otra parte, resaltaron que los límites de legalidad-ilegalidad y aceptación-no aceptación cultural definen aquello que el sujeto pretende alcanzar, rechaza o busca en el consumo. Se produce un fenómeno adicional: el consumidor queda relegado de ciertos segmentos, mientras que parte de su *dependencia*

es social, en tanto condiciona la pertenencia a grupos o sectores que hacen de la sustancia parte de su identidad. No resulta difícil comprender que el rango de lo potencialmente adictivo trascienda los límites de lo neuroquímico y remita prácticamente a todo lo consumible: es que la toxicomanía implica un estilo particular de goce impartido desde el Otro, que probablemente se consolide en momentos de desestabilización fantasmática y ante emergencias insoportables de angustia.

Rosa Aksenchuk (2006) destacó que esta condición no puede ser aislada del malestar propio de nuestra cultura globalizada y mercantilizada. La posmodernidad parece haber generado un ideal hedonista, bajo la falsa premisa de que la angustia, el dolor, la impotencia y el duelo pueden ser acallados o revertidos con objetos de consumo. Desde esta perspectiva, el uso y la adicción serían síntomas sociales y no meramente individuales: el usuario de hoy en día no es un transgresor, sino un hiperadaptado. La renegación de la castración –algo que el psicoanálisis sitúa en el seno de la perversión – parece haberse transformado en un imperativo que no conoce diferencias económicas ni sociales. La adicción puede entenderse entonces como una salida ante las inquietudes existenciales. En palabras de la autora:

“un adicto no es aquél que ha perdido el control en el consumo, ni aquél que ha perdido la voluntad, sino un sujeto que ha renunciado a responder por las consecuencias de sus actos, que ha renunciado a preguntarse si existe otra voluntad que no sea la de obedecer el deber de consumir –como la cultura le pide-. “Soy adicto”, entonces, es un enunciado común para consolidar la evasión de la pregunta por el ser. La toxicomanía maquilla dicha cuestión enarbolando una identidad supuesta que posee sólo el valor de una máscara, la que deberá caer para que las verdaderas preguntas del sujeto se hagan oír. (Aksenchuk, 2006, p.4)”

En *Tres Observaciones sobre la toxicomanía*, la posición de Eric Laurent (1994) no fue análoga a la de Aksenchuk (2006) en lo tocante al vínculo entre la adicción y lo perverso. El psicoanalista francés consideró que mientras en la perversión existe un uso específico del fantasma, en la adicción se instala un goce por fuera del mismo. En consecuencia, añadió una interesante observación: la adicción marca el surgimiento de un goce Uno, que no puede por lo tanto ser sexual. Efecto social vinculado a la forma del mercado que unifica goces inconmensurables. En concordancia, Miller (1994) indicó que la droga no puede nunca funcionar como una causa del deseo, sino de un goce particular, ligado a una exacerbación de la satisfacción que confluye con la pulsión de muerte. La sustancia se transforma así en un partenaire esencial y exclusivo, que permite hacer un impasse con respecto al Otro, anularlo. La toxicomanía representaría entonces una solución al problema sexual sin siquiera plantearse: no pasa por el Otro, pero tampoco por el goce fálico. Naparstek (2010) retomó los postulados anteriores y recapituló algunas reflexiones lacanianas en torno al concepto mismo de goce. En su acepción más sencilla –Seminario 20-, “se reduce a no ser más que una instancia negativa” (Lacan, 1985, p.11). Coincide con la pulsión de muerte Freudiana en tanto tendencia a la satisfacción que va más allá del placer. De lo primero que podemos gozar es del cuerpo. Se trata del “goce a secas”, previo al encuentro de la pulsión con el lenguaje. En el caso de las adicciones, se trataría de un “goce cínico, que rechaza al Otro, que rehusa que el goce del cuerpo propio sea metaforizado por el goce del cuerpo del Otro” (Naparstek, 2010, p.59)

### **Agresividad, autoagresión: un llamado sin mensaje**

Eduardo Müller (2010) definió como situaciones de autoagresión a aquellas en que el sujeto *se hace o le hace* al cuerpo: a uno que cuesta vivenciar como propio. Tras la banal explicación del intento de “llamar la atención” se oculta un llamado verdadero, dirigido a alguien que pueda operar allí donde algo no se ha construido en forma satisfactoria; alguien que pueda saldar un tipo particular de ausencia que enajena al sujeto de su corporalidad. No obstante, no se trata aún de un mensaje. La agresividad -en sentido general- puede considerarse como una expresión de la pulsión de muerte, pero esto nada nos dice de su estructura ni sus condicionantes. Podemos inferir que proporciona al sujeto un marco que contribuye a crear una imagen de sí mismo como fuerte, poderoso y dominante, y una imagen del otro como débil, disminuido y dominado. (De los Santos, 2003). Importan al respecto algunas consideraciones de Lacan:

a) La agresividad se manifiesta en una *relación entre sujetos*, es un modo de relación subjetiva, es un sentido captado por un sujeto en su relación con otro y un sentido que circula por alguno de los tantos dialectos que habla lo inconsciente.

b) En la experiencia psicoanalítica la agresividad se expresa como intención e imagen de fragmentación o dislocación corporal, como discurso reivindicativo, reproches, ausencias; retrasos en las sesiones, apartamiento de las reglas básicas, reacciones delirantes, etc. En el fondo, castra y conduce a la muerte: ésa su intención final.

c) Los resortes de la agresividad deciden las razones que organizan la técnica del psicoanálisis: el diálogo analítico, la actitud – posición del analista (su neutralidad o imparcialidad; su apatía), el dispositivo psicoanalítico mismo, constituyen una renuncia a la agresividad, aunque paradójicamente la provocan al frustrar la demanda. (Citado en De los Santos, 2003: 66)

Resumimos entonces las generalidades: toda agresividad involucra una relación entre sujetos; puede expresarse en una imagen de fragmentación corporal o en una postura reivindicativa y por su vínculo con la pulsión de muerte presenta particulares dificultades al tratamiento analítico. La autoagresión puede ser un intento de llamar, inscribir o vivenciar. Incluso, un castigo dirigido a otro. Sería demasiado pretencioso para el presente trabajo penetrar más allá de estos lineamientos. En todo caso, el eje que debe indagarse con mayor énfasis en la atención de urgencias remite a lo que se desarrollará en el siguiente apartado.

### **Esclarecer las tentativas suicidas**

Particular importancia en la atención de urgencias reviste la distinción entre autoagresión y tentativa suicida. En ese marco –y aunque la noción despierte ciertas controversias- despejar el *riesgo cierto e inminente* es una condición fundamental.

El Ministerio de Salud de la Nación (2013) difundió algunas pautas para evaluar el potencial daño para sí mismo y otras personas en el contexto de la Atención Primaria de urgencias en Salud Mental: 1) Presencia de alucinaciones que den órdenes de daño o amenaza, o que agravan al sujeto; 2) Estado de desesperación con planes concretos o



ideación suicida, acompañados o no por autoagresiones consumadas; 3) Vivencias de desesperanza, ausencia de proyectos o perspectivas futuras en cualquier área relevante para la vida de la persona; 4) Padecimiento de enfermedades crónicas o incapacitantes; 5) Episodios autoagresivos previos, cuya ponderación debe ser mayor en tanto más letal pueda resultar el método utilizados y cuanto menos tiempo haya pasado desde el mismo; 6) Incidentes significativos que puedan fundamentar la conducta riesgosa, y 7) Agitación, vivencia de descontrol y/o impulsividad severa

Pérez Galvez (2014) realizó una detallada revisión epidemiológica acerca de la relación entre la adicción a sustancias psicoactivas y la conducta suicida. En la población adicta, el riesgo de suicidio llega a multiplicarse hasta 17 veces. Así, en más de la mitad de los trastornos psicóticos o afectivos inducidos por sustancias parece hallarse ideación suicida, y llamativamente es la dependencia a benzodicepinas la que se asocia a un mayor riesgo. La población adolescente con problemáticas de consumo parece ser la más perjudicada: la alta prevalencia de ideación y tentativas autolíticas en el rango etario situado entre los 12 y los 17 años ha sido repetidamente asociada con rasgos impulsivos de personalidad y con tendencias a la búsqueda de sensaciones. Se ha propuesto que los intentos autolíticos constituyen una manera de eliminar o rebajar emociones negativas como la ansiedad, la depresión o la ira mientras que la conducta asociada sería el resultado de una búsqueda de experiencias.

El autor retomó diez puntos básicos para la prevención de la conducta suicida en sujetos con problemáticas de consumo. Se sintetizan a continuación:

- Casi todos los pacientes con tendencias suicidas se encuentran ambivalentes con respecto a seguir o no viviendo. Ninguna ideación debe ser trivializada y los argumentos de apoyo deben alimentar expectativas realistas;
- Las crisis suicidas pueden ser superadas, ya que los estados autolíticos son agudos y transitorios. Pero no puede perderse la oportunidad de trabajar en una mejoría;
- La valoración del riesgo es obligada, y aunque el evaluador sea un experto nunca constituye una certeza;
- La prevención del riesgo autolítico debe extenderse a todos aquellos estados que tienen alguna vinculación con el mismo (consumo de sustancias, patologías psiquiátricas o incapacitantes, etc.)
- Los “contratos terapéuticos” son de dudosa utilidad y eficacia, y su uso no se recomienda
- El Riesgo suicida puede sostenerse aunque se haya superado una situación conflictiva que se encontraba en su base;
- Cualquier intento autolítico debe ser tomado en consideración, incluso si el sujeto manifiesta arrepentimiento o se ha interrumpido antes de consumarlo;
- Suelen poder reconstruirse señales previas de la intención autolítica, sean estas concretas y directas o difusas y metafóricas;
- Las preguntas sobre las intenciones autolíticas deben ser directas y frontales. (CSAT, 2009, citado en Pérez Gálvez).

### **Especificación metodológica**

En el presente proyecto, se aplicó una metodología cualitativa de alcance exploratorio (Hernández-Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 1998). Se recolectó la información pertinente para el cumplimiento de los objetivos propuestos mediante concreción de las siguientes actividades:

1) La observación no participante –o participante, dependiendo de las instrucciones de los tutores- en la atención de algunas demandas recibidas por el equipo. Las entrevistas realizadas con el consultante y sus familiares fueron sintetizadas a posteriori en breves narraciones descriptivas, incluyendo una posterior explicación referente a los roles asumidos y las acciones realizadas por cada uno de los integrantes de las duplas interdisciplinarias (psicólogo-psiquiatra). El alcance del registro estuvo siempre limitado a la prioritaria atención clínica

2) la observación participante en las reuniones de re-trabajo del equipo. En estas situaciones y de manera no sistemática, se recopilaron representaciones, reflexiones y apreciaciones de los integrantes en relación a la diferencia de roles entre psicólogos y psiquiatras en la atención de urgencias en salud mental, y en relación a los obstáculos o particularidades derivados de las características institucionales hospitalarias. Se consideraron también aquellas contribuciones que cada uno realizó en pos de la intervención o planificación estratégica posterior de los casos abordados.

Si bien para el abordaje de estos contenidos podría haber sido conveniente realizar entrevistas individuales con algún grado de estructuración previa, se decidió realizar solamente la reconstrucción aquí propuesta para no añadir una nueva demanda al efector.

## Descripción y análisis de indicadores

### Descripción de lo trabajado en las reuniones de equipo

Se resumen aquí algunas de las cuestiones abordadas en las reuniones de re-trabajo y supervisión que el equipo del Dispositivo concretó cada lunes. La organización de los temas en esta presentación refiere a motivos expositivos.

### El hospital como efector de Atención a la salud mental

Los integrantes del equipo expresaron repetidamente que gran parte del trabajo desde su creación consiste en fomentar en los hospitales generales una conciencia de responsabilidad en lo tocante a problemáticas de salud mental. La nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) impulsó una tendencia hacia prácticas de desmanicomialización, no segregación e instalación de la internación como recurso excepcional. Pero las guardias de los hospitales deben atender a una gran diversidad de problemáticas, y quienes allí trabajan muchas veces realizan considerables esfuerzos por mantener un ambiente de trabajo relativamente calmo. El paciente de salud mental puede generar disturbios, vociferar, inquietarse, agredir y agredirse. Resulta entonces comprensible que su presencia moleste; que se pretenda un alta rápida y que la responsabilidad recaiga sobre otros profesionales. Si bien en los cinco años que han transcurrido desde la creación del dispositivo parece haberse generado un avance importante en pos de la aceptación de las urgencias subjetivas, este trabajo es reforzado diariamente, hospital a hospital, profesional a profesional y mediante instrumentos específicos (reuniones, llamados de coordinación, etc). En síntesis, que la situación del paciente de salud mental sea considerada en pie de igualdad con la de todos los demás no es ni ha sido tarea fácil, y demanda un trabajo constante. En palabras de uno de los integrantes: *“no es que el alta voluntaria sea negativa: el problema se produce cuando ésta es alentada por las condiciones de la internación”*

### Circunstancias que dificultan el tratamiento deseable

Algunos pacientes necesitan atención o cuidados que su permanencia en el hospital no garantiza: algunas de sus reglas de funcionamiento no son lo suficientemente flexibles como para adaptarse a los requisitos del caso. En otras ocasiones, es el contexto del consultante el que genera ciertos obstáculos: ningún familiar puede o quiere acompañarlo, no tiene con quién dejar a sus hijos, o bien necesita distanciarse temporalmente de aspectos de su entorno significativo que guardan vínculo con su sufrimiento. En este sentido, definir si un paciente debe quedarse internado o puede regresar a su casa es siempre delicado: *¿Lo acompañarán como necesita? ¿El ambiente del hospital resultará iatrogénico? ¿Regresará si lo dejamos ir y lo convocamos a una nueva entrevista mañana?* Estos aspectos requieren una fina evaluación, y en muchos casos el uso de creativas estrategias de gestión para generar las condiciones propicias para el alta o la permanencia.

### *“Pero esta es una guardia de urgencias”*

El dispositivo no está destinado a intervenir en todas las situaciones vinculadas con la salud mental. En ocasiones, y ante la falta de profesionales del área en las guardias, el equipo es convocado por situaciones que no representan urgencias, sino más bien,

desórdenes en el hospital: pacientes que desean retirarse, se niegan a permanecer acostados, se rehúsan a esperar, quieren fumar; o bien familiares querellantes o insistentes que no cesan en sus exigencias al médico. Cuando el equipo recibe estas solicitudes, se esfuerza en aclarar su función y explicar que no cuenta con recursos para actuar en todas las situaciones que involucren incomodidad o alteración. No se persiguen metas de control social, y esto es recurrentemente señalado. En ocasiones, -dependiendo de la circunstancia en particular-, el equipo acepta acudir a estas *no-urgencias*: las situaciones de guardia son complejas. Por ello, brindar soporte o generar dispositivos involucra cooperación y acompañamiento ante vicisitudes cambiantes.

### **Luchar contra la lógica de interconsulta**

Se ha indicado anteriormente que el dispositivo propugna una lógica *soporte*: su propuesta implica un trabajo conjunto con los profesionales de guardia en los hospitales, sin importar su especialidad. Pero en ocasiones las solicitudes tienden a que “otro se haga cargo” de la situación: “*este paciente es de salud mental*”. No resulta sencillo instaurar el concepto de que la colaboración es un requisito para que las situaciones puedan atenderse de una manera más adecuada: a veces no se comprende que el equipo en cuestión no puede asumir el rol de referente o que necesita re TRABAJAR el caso con los equipos locales. No obstante, estos *mecanismos* han mejorado progresivamente: los desajustes parecen haber disminuido de manera notoria con el avance del tiempo y el trabajo constante.

### **Conciliar perspectivas divergentes**

Para toda intervención, el equipo procura lograr el consenso de los profesionales internos y externos involucrados. Si bien esto se logra en la mayor parte de los casos, existen situaciones en que las perspectivas de cada uno son distintas: están atravesadas por diferentes saberes, recorridos, posicionamientos disciplinares y éticos. Las discrepancias se re TRABAJAN grupalmente. Y aún si no pueden resolverse para un caso particular, se analizan estrategias para mejorar la coordinación futura.

### **Confluencia de diferentes saberes**

El bagaje conceptual que portan los psicólogos y los psiquiatras no es idéntico. Aún cuando exista consenso en cuanto a las medidas terapéuticas, las modalidades de sufrimiento psíquico pueden ser comprendidas de diferentes maneras. Esto trasciende la clásica distinción entre etiologías biológicas o psíquicas: tales argumentos han sido suficientemente atemperados. Pero no es idéntico –por citar un ejemplo- el concepto de *psicosis* que puede conocer en profundidad un psicólogo, al de *esquizofrenia*, cuyo estudio es generalmente adscrito al psiquiatra. Así, se trata generalmente de la necesidad de instaurar un *lenguaje común*, más que de marcadas y profundas diferencias de criterios

### **La estrategia posterior**

Por regla general, el dispositivo se propone facilitar la instauración de un tratamiento sostenido luego de la consulta de guardia en los casos en que esto resulta necesario. Usualmente, el equipo gestiona un turno en el Centro de Salud que el paciente prefiere, conoce o le resulta accesible. No obstante, no cuenta con mecanismos para verificar posteriormente si el paciente acude o realizar un seguimiento de su situación. Es ésta una

problemática que ha sido planteada, pero cuya resolución todavía no se ha logrado.

### **Descripción de las demandas**

#### *Nota del autor:*

El trabajo original incluyó una detallada descripción de las demandas. En ella, se especificaron las circunstancias relativas al momento de crisis, así como algunas vicisitudes de la vida personal de los pacientes que guardaban relación con la consulta y sus problemáticas particulares. Aquí, por razones de ética profesional y respeto a la privacidad, sólo pueden presentarse en términos excesivamente generales.

#### *Demanda N°1*

Hombre de unos 40 años que arribó al hospital con un cuadro de rigidez y escasa capacidad de respuesta a causa de un síndrome extrapiramidal originado por la omisión de medicación antipsicótica.

#### *Intervenciones psiquiátricas*

En la entrevista del día sábado, el trabajo específico de la psiquiatra del equipo se centró en la evaluación de las afectaciones orgánicas derivadas del síndrome extrapiramidal (tono muscular, grado de vigilia, capacidad de respuesta) y en el esclarecimiento de lo que había acontecido realmente con respecto a la medicación. Prescribió un retorno temporal a la medicación anterior (Risperidona) hasta tanto el paciente pudiera consultar a su psiquiatra de referencia. Por otra parte, indicó la administración de biperideno para revertir el cuadro de rigidez.

En la entrevista del día domingo, superado en gran medida el síndrome, sus intervenciones se centraron en enfatizar la importancia de no alterar ni omitir el consumo de la medicación, y en advertir al paciente acerca de las consecuencias negativas potenciales del sobreconsumo ocasional que refirió. Para ello, recurrió a una explicación sencilla acerca del modo de funcionamiento de los psicofármacos.

#### *Intervenciones psicológicas*

El día sábado, y al tomarse constancia de la conflictiva relación del paciente con su padre, se procuró que pudiese ser acompañado por otro familiar

Se ofreció al paciente la posibilidad de generar un tratamiento psicoterapéutico - adicional al psiquiátrico en curso- para trabajar algunas problemáticas que mencionó. Él expresó que había acudido a psicólogos en algunas ocasiones, pero se mostró reticente ante la oferta de un nuevo espacio de escucha.

#### *Demanda N°2*

Hombre de unos 35 años con problemática sostenida de consumo de cocaína, que ingresó al hospital solicitando una desintoxicación para iniciar un proceso de rehabilitación en una clínica vinculada a la religión católica.

#### *Intervenciones psiquiátricas*

El psiquiatra del equipo se centró en la necesidad de generar un plan farmacológico para transitar el período de desintoxicación. Como el paciente ya había utilizado –en

anteriores intentos de rehabilitación- muchos de los medicamentos potencialmente adecuados a tal fin, entabló con él un diálogo para evaluar conjuntamente las distintas opciones, contemplando los efectos positivos y adversos que Joaquín había experimentado anteriormente. Resulta destacable que no se haya centrado exclusivamente en sus conocimientos y su criterio clínico, sino que haya considerado también el recorrido anterior del paciente.

#### *Intervenciones psicológicas*

Las intervenciones de la psicóloga – aunque este énfasis fue compartido por ambos integrantes del equipo- intentaron atenuar la querrela que dirigía el paciente hacia el hospital y su personal y generar tanto una mayor paciencia como un buen nivel de aceptación institucional. Procuró enfatizar que el período de desintoxicación sería breve, pero que era necesario para que pudiese ser posteriormente alojado en la clínica. Por otra parte, indicó al paciente que no se le proveía una cama porque no había ninguna disponible, pero que se le asignaría una en cuanto se produjera una vacante.

#### *Demanda N°3*

Paciente adolescente de sexo femenino que ingresó al hospital tras un episodio de autolesiones (cortes superficiales en la muñeca). El equipo fue convocado para evaluar si se trató de un intento de autolisis.

#### *Intervenciones psiquiátricas y psicológicas*

En este caso, no resultó posible diferenciar los papeles desempeñados por ambos profesionales del equipo, ya que se centraron en posibilitar que la madre comprendiese la demanda exteriorizada en el acto de su hija. Se sugirió que realizara un trabajo terapéutico personal orientado a esclarecer su rol particular dentro de la familia. Tras ciertas manifestaciones de afecto que interpretó como indicadores favorables, era posible que su hija hubiese intentado lograr un mayor acercamiento. Por ello, se le indicó a la madre –y no a la adolescente- que acudiera a su centro de salud de referencia para abordar las dificultades planteadas con mayor profundidad.

Luego de finalizadas ambas entrevistas, se realizó una devolución conjunta, explicando que no se evaluaban aspectos psicopatológicos y compartiendo con la joven lo que se había acordado con su madre. Se le indicó que ella también podía acudir a una consulta psicológica si lo consideraba necesario, pero que no debía sentirse obligada a hacerlo.

#### *Demanda N° 4*

Paciente adolescente que ingresó de urgencia al hospital por un intento grave de autolisis.

#### *Intervenciones psiquiátricas*

Tanto el sábado como el domingo, las intervenciones de la psiquiatra se orientaron a descartar la existencia de efectos adversos de los psicofármacos (evaluación del tono muscular, grado de vigilia y orientación global). Como verificó la existencia de un síndrome confusional agudo, realizó modificaciones en el esquema incorporando antipsicóticos, ya que la indicación del equipo del hospital no era suficientemente específica para el caso.

### *Intervenciones psicológicas*

La psicóloga del equipo intentó establecer el grado de comprensión familiar con respecto a la problemática, así como determinar la existencia de manifestaciones previas del malestar, pérdidas acontecidas recientemente o casos previos de autolisis que el joven pudiese haber conocido e imitado. Su madre no pudo identificar cambios en el comportamiento o las manifestaciones emocionales de su hijo que pudiesen haber condicionado su actuación.

Algunas explicaciones de la psicóloga tuvieron por meta ayudar a la madre a desnaturalizar la situación y tomar constancia de su gravedad. También se le señaló que debían existir motivaciones, hechos o emociones previas que hubiesen motivado su intento. En tal sentido, se le indicó que –una vez reestablecidas ciertas condiciones de salud- el trabajo terapéutico resultaba imprescindible. No se coordinaron medidas prospectivas, ya que el joven debía continuar internado por largo tiempo y estaría a cargo del equipo de salud mental del hospital.

### *Intervenciones conjuntas*

Ambas integrantes del equipo trabajaron conjuntamente en el asesoramiento de la madre en relación a algunas inquietudes que planteó, entre ellas: cómo explicar al joven lo que había pasado y cómo tratar el tema en el marco de su familia.

### *Demanda N° 5*

Paciente adolescente de sexo femenino que ingresó al hospital tras una sobreingesta de benzodiazepinas y medicación antipsicótica.

### *Intervenciones psiquiátricas*

En este caso, la intervención psiquiátrica tuvo por fin establecer una medicación S.O.S para que la paciente pudiese descansar adecuadamente en caso de encontrar dificultades para dormir por la noche, pero procuró situar también las causas y motivaciones del consumo excesivo. La indicación quedó a cargo del padre, ya que se consideró riesgoso delegar a la paciente la portación de los psicofármacos.

### *Intervenciones psicológicas*

Las intervenciones de la psicóloga propendieron a establecer las causas del consumo excesivo y evaluar la capacidad de significación de la joven sobre el propio padecimiento, así como la comprensión de su padre respecto del cuadro en cuestión. Enfatizaron también en la pertinencia de establecer espacios terapéuticos de diálogo, a los cuales la paciente se mostró reticente. En respuesta a sus objeciones, se intentó aclarar el valor y los objetivos de un tratamiento psicológico, así como la temporalidad propia de tales abordajes.

### *Demanda N°6*

Varón adolescente que fue llevado por su padre al hospital a causa de una sobreingesta de alcohol y psicofármacos

### *Intervenciones conjuntas*

En este caso, y considerando que el equipo médico del hospital había descartado la

existencia de efectos indeseables relativos a la ingesta de alcohol y psicofármacos, ambas integrantes del equipo trabajaron de forma conjunta y sin aplicar otra estrategia que la entrevista. No obstante, cabe indicar que fue la psicóloga quien realizó la mayoría de las preguntas e intervenciones. La psiquiatra realizó algunos comentarios esporádicos y puntuales, dando lugar a su compañera.

En primer lugar, se intentó que el paciente pudiese contar qué había ocurrido y por qué habían acudido al hospital. La mayoría de las preguntas tuvieron el objetivo de reconstruir las características de la vida cotidiana del adolescente y localizar gustos y preferencias que pudiesen servir como vía de entrada para el establecimiento de cierta transferencia. En los momentos en que se refirió a los conflictos que tenía con su familia, dos aspectos fueron indagados: con quiénes se producían tales diferencias, y qué emociones vivenciaba. Se le preguntó si había tenido alguna vez un tratamiento psicológico. Como esto nunca había acontecido, se le explicó que un psicólogo era una persona que podía brindarle un espacio para pensar y que en la consulta podían abordarse de manera privada aquellos temas que lo preocupaban.

Posteriormente, se trabajaron con el padre algunos aspectos vinculados al cuidado de los hijos y al manejo de situaciones conflictivas en el ámbito familiar. Se hizo énfasis en la edad del adolescente y en la gravedad que podrían adquirir a futuro estas primeras experiencias de consumo vinculadas a sentimientos de desarraigo. En este sentido, el padre sólo las relacionó con el contexto social del joven y expresó que solía aplicar medidas prohibitivas con respecto al contacto con sus amigos. Por ello, se intentó que pueda ampliar su perspectiva e implicar al adolescente en determinadas decisiones, aún cuando éstas fueran sólo las más simples y adecuadas a su edad.

Aceptó que su hijo pudiese acudir a una consulta psicológica en su centro de salud de referencia para trabajar sobre las problemáticas que vivenciaba. Esta decisión fue enunciada posteriormente frente a ambos y se otorgó el alta.



## Conclusiones

Atendiendo a los objetivos del presente trabajo y tomando como referencia su recorrido conceptual y práctico, pueden delinearse algunas conclusiones. Valga una reiteración de las advertencias anticipadas en otras secciones del informe: lo que aquí figura responde a una experiencia particular y porta el sesgo de la contingencia y la resonancia personal. Su rigor, entonces, es menos metodológico que experiencial. Por otra parte, algunos de los argumentos siguientes se centrarán en un encuadre psicoanalítico. Esto responde al enfoque del dispositivo y a la tendencia teórica principal de la carrera. No obstante, el autor considera que la mayoría de las siguientes reflexiones referentes a la atención en urgencias podrían ser asumidas por numerosas escuelas de psicoterapia. Al menos, por aquellas que no comprendan al trabajo del psicólogo en esta área como una *consultoría*.

### El hospital y las urgencias múltiples

Cuando los integrantes del dispositivo son convocados, habitualmente reciben un pedido por parte del equipo médico de guardia en un hospital general. La Ley de Salud Mental N°26.657 (2010) ha tenido un rol central en instalar el tratamiento de tales situaciones en el mismo ámbito que reciben atención las urgencias *biológicas*. ¿Están dadas las condiciones para que su abordaje se realice de manera adecuada?

Más allá de las diferencias *de clase*, las guardias lidian con el problema de *lo múltiple*. Es comprensible que sus convocatorias en ocasiones se deriven de la saturación y no de una lectura situacional objetiva: el desborde es siempre un riesgo posible. El equipo dedica gran parte de sus esfuerzos a encuadrar correctamente su función y fomentar un trabajo soporte fundado en una lógica interdisciplinaria: “*este paciente es de Salud Mental*” es una frase que, por fortuna, aparece cada vez con menor frecuencia.

La palabra del médico no es una mera formalidad: es trascendental, ya que ayuda a definir cómo será el acercamiento a ese paciente en particular y porque el diálogo interprofesional permite delinear una estrategia conjunta.

*SopORTE* significa justamente eso: *aquí estamos, pero no ocuparemos tu lugar; vamos juntos*. Si la interdisciplina no es una mera superposición de saberes, sino su conjunción tendiente a la resolución de un encargo social determinado (Ribés Iniesta, 2005), instaurar un *lenguaje común* y una *comunidad de criterios* es el paso fundamental para una atención operativa.

Lo anterior es fácil de escribir, pero difícil de implementar: el hospital tiene una lógica propia, una serie de reglas de funcionamiento y la particularidad de alojar numerosas variedades de padecimiento. Lo subjetivo atenta frecuentemente contra ese orden: *no se queda quieto, no para de gritar, está agresivo por la abstinencia*. Quizás el problema principal del hospital sea seguir exigiendo plenipotencia al médico de guardia: Él también es un sujeto: uno que lidia constantemente con los aspectos más adversos de la sociedad.

### Intervenir en la urgencia

En este punto, interesa retomar un interrogante que ha sido analizado desde el punto de vista teórico: *¿Qué es una urgencia en salud mental?* Siguiendo los argumentos de Seldes (2004) y Gianni (2008), este concepto remite a la emergencia de una situación que no tiene lugar en el entramado discursivo del sujeto, una ruptura en su cadena simbólica que se expresa como grito asignificante o llamado. Un acting-out o un pasaje al acto que expresa aquello que las palabras no pueden. Palabras que –con frecuencia– tampoco

aparecen en las entrevistas iniciales ¿Qué hace entonces un psicólogo? Intenta encontrar algún esbozo de descripción y comprender el registro que la persona tiene acerca de lo acontecido. ¿*Soporta el silencio?* Sí, pero sólo en la medida que el paciente pueda tolerar: en ocasiones, no emerge siquiera una cuota de angustia que evite la confrontación directa con el vacío. Instalar una pregunta cuya respuesta pueda restituir la cadena simbólica tiene gran importancia. Pero esa operación conlleva un proceso y demanda una temporalidad que la premura de los primeros cuidados puede no facilitar. Las intervenciones tienden a la restauración, pero difícilmente pueden agotarla. Sí deben –y esto es fundamental- comenzar a instalar las condiciones necesarias para un trabajo personal, entre cuyos frutos se espera una inscripción de los acontecimientos que motivaron la llegada al hospital.

En algunos casos, y tal como apuntó Gianni (2008), corresponde incentivar cierta consistencia Yoica que ayude al Sujeto a incluirse en la escena: Si no está ahí, nada puede cuestionarse. Este *rescate* que la autora menciona no tiene una importancia menor: ¿*Entiende la gravedad de lo que pasó?* ¿*Se reconoce en ese acto?* ¿*Puede asociarle algún malestar, algún dolor, algún desencadenante?* La mayoría de las escuelas de psicoterapia –también el psicoanálisis- han sabido apartarse de una lógica unicausal. Esto no resta importancia alguna a la recolección de hechos recientes y vivencias históricas del paciente: aquí, se impone formular una estrategia adecuada, cuya concreción el consultante demande, aunque pueda no demandarla en una primera instancia. Como premisa deseable, siguiendo a Seldes (2004) este primer encuentro con un equipo de atención debe instalar una pregunta que implique la responsabilidad subjetiva. Como contraindicación, tal como indicó Garmendia (2004) no debe obturarla con un saber asumido. Si esto se logra, una *problemática* ha tomado el lugar que la *urgencia* ocupaba.

### **Evaluar el riesgo**

En la exposición teórica, se abordaron dos problemáticas particulares que estuvieron involucradas en diferente medida en todos los casos expuestos: la autoagresión y el consumo de sustancias y psicofármacos. No es difícil comprender que en estas situaciones –en realidad, en todas las de urgencia- estimar el riesgo es imperativo: no sólo porque pueda ser *cierto e inminente*, sino porque puede justificar que el paciente sea externado (con indicación de acompañamiento familiar, en la mayoría de los casos) o permanezca internado por más tiempo.

A partir de la experiencia transitada y una síntesis personal de lo planteado por el Ministerio de Salud de la República Argentina (2010) y Pérez-Gálvez (2014) pueden proponerse algunos puntos para la estimación del riesgo:

1. La orientación global (alo y autopsíquica, temporal y espacial);
2. La conservación de la atención y la memoria;
3. La existencia de ideación delirante;
4. La presencia o ausencia de alucinaciones sensorceptivas;
5. La persistencia de ideación tendiente al daño o la repetición del acto lesivo;
6. Las posibilidades de comprensión e implicación en lo acontecido;
7. La cercanía o distancia emocional con respecto al acto;
8. La presencia o ausencia de angustia frente a lo ocurrido y la situación vivencial;
9. La ocurrencia anterior de experiencias similares: reiteración o novedad del emergente;

10. Las condiciones contextuales y vinculares que puedan brindar contención o agravar el padecimiento.

Este listado -no exhaustivo- contiene aspectos que pueden adscribirse a la perspectiva semiológica propia de la psiquiatría. Cabe aquí recordar la propuesta del clásico tratado de Ey, Bernard y Brisset (1978) que contempló tres planos de análisis: 1) *el comportamiento y las conductas sociales*, 2) *la actividad psíquica basal actual* y 3) *el sistema permanente de la personalidad*. Otros, remiten a una perspectiva netamente psicológica: son aquellos que se consideraron en la conceptualización psicoanalítica de la urgencia. Pero ¿Cómo pueden articularse estos saberes? ¿Quién –psicólogo o psiquiatra?- conduce la entrevista? ¿Son sus roles invariables?

### **Una perspectiva complementaria de la psicología y la psiquiatría**

Rodríguez Ponte (1993), aportando a la lectura del Seminario 23 de Lacan (El Sinthome), caracterizó con el siguiente ejemplo las lógicas complementaria y suplementaria:

“El suplemento del diario La Nación es algo que puede agregarse a una, a varias, incluso a todas las ediciones del diario. Este agregado no vuelve al diario otro que el que es, ni vuelve más acabada su identidad de diario; su falta —si pudiera decirse, pero no se puede: cuando no hay suplemento, éste no falta—, tampoco. En este punto, y al remitirse al valor de uso del significante, nuestro momentáneo apoyo se reveló más sabio que el diccionario que no obstante invocaba, donde el suplemento no deja de remitir al complemento: “lo que completa una cosa” (Rodríguez Ponte, 1993: 3).

Retomando esta distinción en sentido metafórico, podríamos decir que lo deseable para una interdisciplina posible entre psicólogo y psiquiatra es el establecimiento de una lógica complementaria: un trabajo conjunto tendiente a la resolución de una problemática, que adquiera una identidad *sui generis* y trascienda el bagaje teórico atribuible a cada una de las disciplinas.

Un aspecto básico para lograr este objetivo es el establecimiento de un *lenguaje común* y una mutua –respetuosa- comprensión de las diferencias de constructo en cada tradición. Que se comprendan no significa que se superpongan, combinen ni sustituyan: sí, en cambio, que puedan operar de manera colaborativa para combatir una situación de gravedad.

Así, ¿Quién conduce la entrevista? Como pudo evidenciarse en la descripción de las demandas, esto es muy variable (a veces, indiscernible). Pero algunos factores condicionan el *protagonismo*: Qué se intenta averiguar; qué tan predispuesto a hablar está el paciente; si puede o no simbolizar algún aspecto de su padecimiento; si establece empatía o un esbozo de transferencia con alguno de los integrantes del equipo; si requiere un clima de contención o una intervención directiva tendiente a la restitución de las legalidades y el funcionamiento yoico.

No se trata tanto de *quién*: los aspectos de la escucha psicoanalítica que pueden funcionar en la urgencia remiten –como ya se mencionó repetidamente- a la creación de condiciones de posibilidad para la restitución de la cierta agencia significativa. No se aplica la regla técnica de la *asociación libre* que Freud y Breuer comenzaron a formular

en sus *Estudios Sobre la Histeria* (2013, edición original de 1893). Para comprender por qué, baste recordar algunas de sus características: 1) su libertad se acentúa cuando no se proporciona ningún punto de partida; 2) tiene por objeto eliminar la selección voluntaria de pensamientos, suprimiendo la segunda censura entre preconsciente y consciente; y 3) tiende a evidenciar un determinado orden del inconsciente (Laplanche y Pontalis, 2007). La indagación en la urgencia debe ser operativa y –aunque no obture significados- debe generar un buen número de informaciones importantes.

Algo similar puede decirse respecto de su contrapartida, la atención flotante. Sobre ella indicó Freud en sus *Consejos al Médico*:

“...no intentar retener especialmente nada y acogerlo todo con una igual atención flotante. Nos ahorramos de este modo un esfuerzo imposible de atención... [*en caso contrario*] comenzamos también, sin quererlo, a seleccionar el material que se nos ofrece... Si al realizar tal selección nos dejamos guiar por nuestras esperanzas, corremos el riesgo de no descubrir jamás sino lo que ya sabemos”. (Freud, 2010, p.1654)

En la urgencia, es necesario que las hipótesis provisionales comiencen a construirse rápidamente: que puedan realizarse más de dos entrevistas (una con el paciente y otra con alguno de sus familiares) es a todas luces excepcional. A partir de información que de ellas se desprenda, debe procurarse una tendencia a la restitución simbólica del paciente y un diseño estratégico para el posterior abordaje de su situación.

Para finalizar, una pequeña diferenciación: sólo los psiquiatras están capacitados para evaluar la existencia de alteraciones de carácter biológico (por citar un ejemplo, la presencia o ausencia de efectos adversos de los psicofármacos). Y si bien pueden conocer y aplicar aquellos elementos de la escucha psicoanalítica que son pertinentes en la urgencia, también pueden obturar algunos emergentes lingüísticos mediante el hábito del interrogatorio médico. Es importante que sean conscientes de tal tendencia (en caso de que les sea propia) y sepan dar lugar al psicólogo, más formado habitualmente para el trabajo discursivo. Como se mencionó más arriba: ni superposición ni sustitución: complemento.

### Referencias bibliográficas

- Abate, P., March, S., Culleré, M., Pautassi, R. y Molina, J. (2012) *La intoxicación ética en tempranas fases del desarrollo: Impactos morfológicos y funcionales*. Presentado en III Congreso de Psicología. Facultad de Psicología: Universidad Nacional de Córdoba
- Aksenchuk, R. (2006). Toxicomanía y psicoanálisis. Del goce globalizado a la ética de la diferencia. *Psikeba: Revista de psicoanálisis y estudios culturales*.
- Álvarez, M. P., y Hermida, J. R. F. (2008). Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 251-270.
- Bodino, C. (2001) *Las adicciones: Del uso a la dependencia*. Buenos Aires: Longseller
- Boullosa (2002) Antipsicóticos. En López-Mato, A., Boullosa, O., Cetcovich-Bakmas, M., Corbella, G., Cortelezzi, M., Cozzani, C., Dorado, G., Fernandez-Labriola, A., González-Toledo, E., Illa, G., Illa, L., Márquez, C., Semper, L., Soria, C., Taragano, F., Vázquez, G., Vene, V. y Vieitez, A. (2002) *Psiconeuroinmunoendocrinología: Aspectos endocrinológicos, clínicos y terapéuticos*, pp.411-421 Buenos Aires: Polemos.
- Bravo Ortiz, M.F. (2011) *Psicofarmacología para psicólogos*. Madrid: Síntesis
- De los Santos, J. E. (2003). Agresividad y transferencia negativa. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 97, 60-73.
- De Souza Campos, G. (1998) *Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud*
- De Souza Campos, G. (2005) Paideia y Gestión: Un Ensayo sobre el Soporte Paideia en el Trabajo en Salud. *Salud colectiva*, 1(1): 1-13
- Ey, H., Bernard, P., y Brisset, C. (1978). *Tratado de psiquiatría*. España: Elsevier.
- Follari, R. (2005). La interdisciplina revisitada. *Andamios*, 1(2), 7-17.
- Freud, S. (2013) *Obras completas: tomo XII*. Buenos Aires: Siglo XXI
- Freud, S., y Breuer, J. (2013). *Obras completas: tomo I*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Garmendia, J. (2004) Urgencia psiquiátrica: una perspectiva psicoanalítica. En Belaga, G. (Comp). *La urgencia generalizada: La práctica en el hospital*. Buenos Aires: Grama
- Gianni, S. (2008) Clase desgrabada inédita. Facultad de Psicología UNR. Fecha: 6 de junio de 2008.
- Gringoravicius, M., Iglesias, A., Ponce, P., García Poulter, J., Pandolfi, M., Nigro, V., y Bradichansky, L (2013) Contexto familiar y consumo de sustancias psicoactivas en niños entre 8 y 12 años. *Acta de investigación Psicológica* 3(2), 1149-1162.
- Gutiérrez-Rojas, L., De Irala, J., Martínez-González, L. (2005) Efectos del cannabis en consumidores jóvenes. *Revista médica de la Universidad de Navarra* 49(2), 9-15
- Hall, W. and Degenhardt, L. (2009), Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet* 374, 1383–91.
- Hernández-Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B., y Pérez, M. D. L. L. C. (1998). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Lacan, J. (1986). *Seminario 20: aún*. Paidós: España.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (2007) *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós
- Laurent, E. (1994) Tres observaciones sobre la toxicomanía. En Salamone, L.D y Godoy, C. (Comps.) *Sujeto, Goce y Modernidad*, Tomo 2 ,15-21.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) *Boletín Oficial de la República Argentina*, 03 de diciembre de 2010
- Lomba, L., Apóstolo, J. y Mendes, F. (2009) Consumo de drogas, alcohol y conductas sexuales en los ambientes recreativos nocturnos de Portugal. *Adicciones* 21(4) 309-325.

- López-Mato, A., Boullosa, O., Cetcovich-Bakmas, M., Corbella, G., Cortelezzi, M., Cozzani, C., Dorado, G., Fernandez-Labriola, A., González-Toledo, E., Illa, G., Illa, L., Márquez, C., Semper, L., Soria, C., Taragano, F., Vázquez, G., Vene, V. y Vieitez, A. (2002) *Psiconeuroinmunoendocrinología: Aspectos endocrinológicos, clínicos y terapéuticos*. Buenos Aires: Polemos.
- Lora, M. E., y Calderón, B. (2010). Un Abordaje a La Toxicomanía desde el Psicoanálisis. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSA*, 8(1), 159-180.
- Míguez, H (2000) Marihuana en adolescentes de 12 a 15 años. *Revista Argentina de Psiquiatría* 9, 195-198.
- Miller, J.A. (1994) Para una investigación sobre el goce autoerótico. En Salamone, L.D y Godoy, C. (Comps.) *Sujeto, Goce y Modernidad*, tomo I ,13-21.
- Ministerio de Salud de la República Argentina (2010) Lineamientos generales para la atención de la Urgencia en Salud Mental. Visita noviembre de 2015: [http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-10\\_lineamientos-atencion-urgencia-salud-mental.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-10_lineamientos-atencion-urgencia-salud-mental.pdf)
- Müller, E (2010) Cómo trabaja un psicoanalista con autoagresiones. *Topía: psicoanálisis, sociedad y cultura*. Visita Octubre de 2015: <https://www.topia.com.ar/articulos/como-trabaja-con%E2%80%A6-autoagresiones>
- Naparstek (2010) Los goces y la toxicomanía. En: *Introducción a la clínica con toxicomanía y alcoholismo*, 51-63. Buenos Aires: Grama
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata, URSS, 6-12.
- Organización Mundial de la Salud (2008) *Regreso a Alma Ata*. Visita Septiembre de 2015: <http://www.who.int/dg/20080915/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2007) *La renovación de la APS en las Américas*. Washington: OPS
- Pautassi, M. (2011) La sensibilidad hedónica al alcohol en la adolescencia como factor de riesgo para la iniciación y escalada en el consumo de la droga; en AAVV (2011) *Compendio de Investigaciones Actuales en Psicología y Ciencias Afines*, 577 – 591.
- Pérez Galvez, B (2014) Prevención de la conducta suicida en personas con adicciones a sustancias. En Ansean, A. (Comp) *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención en conducta suicida*, 597-610. España: Fundación Salud Mental
- Raspall, L. (2009) *La tercera cosa: neurociencias y psicoterapia*. Rosario: UNR Editora.
- Ribes-Iñesta, E. (2005). Reflexiones sobre la eficacia profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(1), 5-14.
- Rodríguez Ponte (1993) El Síntoma: entre lo suplementario y la suplencia. *Cuadernos Sigmund Freud*, 16
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B., y Pérez, M. D. L. L. C. (1998). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Scoppetta Díaz-Granados, O., Pérez Gómez, A. y Muñoz, V. (2012) Sobre la supuesta inocuidad del consumo de marihuana: diferencia entre consumidores y no consumidores en encuestas nacionales en Colombia. *Liberabit* 19(1), 55-66.
- SEDRONAR (2011) *Informe Final de resultados: Quinta encuesta Nacional a estudiantes de nivel medio*. Visita Noviembre de 2015: <http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Quinta%20Encuesta%20Nacional%20a%20Estudiantes%20de%20Ense%C3%B1anza%20Media%202011.pdf>.

Seldes, R. (2004) La urgencia subjetiva: un nuevo tiempo. En Belaga, G. (Comp). *La urgencia generalizada: La práctica en el hospital*. Buenos Aires: Grama