



Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Análisis de las limitaciones y potencialidades del dispositivo de urgencias en salud mental para el abordaje del suicidio, desde la mirada de psicólogos/as y psiquiatras que trabajan en hospitales polivalentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Autoridades Institucionales:

Rectora: Arq. Ruth Fische

Decana: Lic. Beatriz Labrit

Vicedecana: Dra. Analía Verónica Losada

Director de la Carrera: Mgter. Marcelo Godoy

Director de TFI: Lic. Gustavo Nahmod

Alumno: Ezequiel Haedo

N° de Legajo: 23.861

Mail: ezequielhaedo@gmail.com

Julio de 2022

Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción	4
2.1 Delimitación del Objeto de Estudio	4
2.2 Objetivos.....	6
3. Estado del Arte.....	7
4. Marco Teórico	11
4.1 Dispositivo de Urgencias en Salud Mental	11
4.1.a Breve recorrido histórico sobre los dispositivos asistenciales de salud mental.....	11
4.1.b Dispositivo de Urgencia en Salud Mental: Definición.....	13
4.2 Suicidio	16
4.2.a Suicidio: Consideraciones sociales a lo largo de la historia.....	16
4.2.b Consideraciones Clínicas del Suicidio	18
4.2.c Efectos de la pandemia en relación al suicidio	20
4.3 Marco Normativo	24
4.3.a Ley Nacional de Salud Mental	24
4.3.b Lineamientos para la Atención de Urgencias en Salud Mental	26
4.3.c Ley Nacional de Prevención del Suicidio	27
5. Método	30
5.1 Diseño.....	30
5.2 Participantes	30
5.3 Técnica de recolección de datos.....	31
5.4 Procedimiento	33
6. Resultados.....	34
7. Discusión	42
7.1 Conclusión	48
8. Aportes y contribuciones de la Investigación	50
9. Limitaciones de la Investigación.....	51
Referencias.....	52
Anexo	58

1. Resumen

Título: Análisis de las limitaciones y potencialidades del dispositivo de urgencias en salud mental para el abordaje del suicidio, desde la mirada de psicólogos/as y psiquiatras que trabajan en hospitales polivalentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Algunos de los motivos de consulta que se presentan en los dispositivos de urgencia en Salud Mental están relacionados con autolesiones y conductas suicidas, por lo tanto, la intervención en estos resulta de suma importancia en la prevención, detección y tratamiento de una patología que constituye una alarmante problemática de salud pública. A su vez, la reglamentación vigente en la República Argentina procura su intervención en el ámbito hospitalario polivalente. La presente investigación aborda las limitaciones y potencialidades que presenta el dispositivo de urgencias en instituciones generales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el abordaje del suicidio desde la perspectiva de psicólogos/as y psiquiatras que se desempeñan en tales contextos. A través de un enfoque cualitativo, se realizaron entrevistas semiestructuradas a 18 profesionales de salud mental. El análisis de los resultados manifiesta marcadas limitaciones edilicias, como así también, escasa cantidad de recursos humanos disponibles para hacer frente a la demanda, reflejando además, falta de formación y capacitación de los profesionales en salud mental. Las mencionadas deficiencias limitan un adecuado abordaje de la problemática manifestando una considerable disparidad entre lo propuesto por la Ley de Salud Mental y la realidad de lo que pueden ofrecer los dispositivos generales. Por lo tanto, el cambio paradigmático propuesto resulta de dificultosa articulación fáctica en la actualidad de las instituciones polivalentes.

Palabras Clave: Dispositivo de Urgencias. Salud Mental. Suicidio. Ley de Salud Mental. Hospital Polivalente.

2. Introducción

2.1 Delimitación del Objeto de Estudio

Corona Miranda et al. (2016), siguiendo los aportes de la OMS, manifiestan que el suicidio constituye un problema de salud pública muy importante en una gran cantidad de naciones. A pesar de ser evitable, se ha estimado que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas ocurridas en el mundo, traduciéndose en casi un millón de víctimas al año a nivel mundial, con los correspondientes costos familiares, sociales, económicos, entre otros. La misma también, ha realizado proyecciones en las que se estimaba que para 2020 las víctimas fatales podrían ascender a 1,5 millones, sin contar aquellas que quedan con serios padecimientos y discapacidades tras un intento fallido de suicidio. En la República Argentina, cifras arrojadas por el Ministerio de Salud (2021), confirman 31 mil suicidios entre los años 2010 y 2019 convirtiendo a la problemática en una prioridad para la agenda sanitaria.

El intento de suicidio es una urgencia médica que suele llegar a los servicios de emergencia de hospitales generales y representa un 30% de las asistencias por todo motivo de consulta psicológica (López Steinmetz, 2017).

Argentina, con la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental, Ley N° 26.657, implantó en el año 2010 como objetivo principal que el proceso de atención se realice fuera del ámbito hospitalario monovalente, centrándolo en la comunidad, con un marco de abordaje interdisciplinario e intersectorial. Pero a su vez, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales refieren que no fueron establecidos criterios o lineamientos comunes para la organización de los servicios en el trabajo concreto en salud mental (Daray, 2015).

En este sentido, si bien se logró un notable avance en materia legislativa, no fue acompañado por el diseño de políticas públicas acorde, manteniéndose el sistema de salud mental reducido, segmentado, fragmentado (Diaz et al., 2018).

Por su parte, Guzzo (2018), afirma que si bien en Argentina existe una ley Nacional de Prevención del Suicidio (Ley 27.130), son necesarios más estudios, observándose una deuda formativa que atraviesa y trasciende lo asistencial, debiéndose crear espacios de capacitación, supervisión, discusión, y abordaje del paciente con riesgo suicida.

Por lo expuesto anteriormente, resulta de gran importancia la realización de la presente investigación dado que en el poco tiempo que lleva la legislación en vigencia no se han estudiado las variables en su conjunto.

Las cifras estiman que el 30% de los motivos de consulta en los servicios de urgencias de salud mental se encuentran relacionados con autolesiones y conductas suicidas. A su vez, se trata de pacientes que no solo generan una alta demanda asistencial, sino que requieren una asistencia diferente a la medida de su patología. El estigma social, la incomprensión, las condiciones laborales y del entorno, entre otros factores añaden una complejidad sustancial a la problemática en cuestión y deben ser tenidos en cuenta a la hora de diseñar un abordaje óptimo. Por otro lado, se debe tener en cuenta la sobrecarga asistencial con la que cuentan las áreas de urgencia en salud mental, volviéndose un factor contraproducente para la detección y prevención (Guzzo et al., 2018).

Teniendo en cuenta que el servicio de urgencia en salud mental constituye un dispositivo de vital importancia para la prevención, detección y tratamiento del suicidio, resulta de gran valor poder relevar cuales son las limitaciones y potencialidades que ofrece actualmente el sistema de salud para el abordaje de una patología que constituye un alarmante problema de salud pública.

Por tal motivo, la presente investigación se propone indagar: ¿Cuál es la percepción de los/as psicólogos/as y psiquiatras que se desempeñan en instituciones polivalentes acerca de las limitaciones y potencialidades que ofrece el dispositivo de urgencias en salud mental para el abordaje del suicidio?

2.2 Objetivos

Objetivo Principal

Identificar las limitaciones y potencialidades que presenta el dispositivo de urgencias en salud mental para el abordaje del suicidio, desde de la mirada de psicólogos/as y psiquiatras que trabajan en hospitales polivalentes de CABA.

Objetivos Específicos

- Explorar si las guardias de los hospitales generales se encuentran preparadas para responder adecuadamente a la demanda de salud mental desde de la mirada de psicólogos/as y psiquiatras que trabajan en hospitales polivalentes de CABA.

- Evaluar la correspondencia entre la reglamentación vigente en la República Argentina en materia de Salud Mental y la realidad de los dispositivos de urgencias generales.

- Identificar qué aspectos del dispositivo de urgencias en salud mental fueron más perjudicados por la pandemia, como así también, si esta agudizó o cristalizó problemáticas ya existentes en el dispositivo.

3. Estado del Arte

En un estudio correlacional descriptivo, Fonseca Pedrero et al. (2017) analizaron la ideación suicida en adolescentes españoles de 14 a 19 años utilizando como instrumento el *Strengths and Difficulties Questionnaire*, el *Personal Well being Index* y la Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta. Los resultados evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de la ideación suicida en función del género, donde las mujeres presentaron puntajes más elevados que los hombres, no obstante, no se observaron diferencias en función de la edad. Sin embargo, los autores aclaran que tanto las tasas de ideación suicida como de tentativas varían en función de la edad, siendo más alta en los adolescentes de mayor edad y, en población adulta, las ideas o planes de suicidio disminuyen a medida que aumenta la edad.

Asimismo, López Steinmetz (2017) realizó una investigación de tipo epidemiológica con diseño descriptivo transversal y tratamiento cuantitativo de los datos, con el objetivo de caracterizar los factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio asistidos en el servicio de urgencia de un hospital general de Jujuy, Argentina. Del total de los pacientes asistidos por intento de suicidio (481), los resultaron reflejaron que el 19.54% había realizado uno o más intentos suicidas anteriores, mientras que el 28.07% tenía diagnóstico de patología mental, de los cuales el 56.30% recibía tratamiento al momento del intento suicida. A su vez, entre los diagnósticos concomitantes más frecuentes se encontraron los trastornos de estado de ánimo, especialmente depresivos y trastornos relacionados con el uso de sustancias.

Por su parte, Novas & Barthe (2017) estudiaron las urgencias que se presentaban en el Departamento de Urgencias del Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina, y mediante una investigación descriptiva y exploratoria buscaron analizar los motivos de consulta a raíz de un aumento significativo en la demanda de salud mental para la atención de niños y adolescentes. A su vez, se analizaron las variables determinantes y sus cualidades en la consulta actual junto con el viraje en el perfil de las instituciones convocadas a responder a esta demanda. Los resultados arrojaron que en el periodo comprendido entre 2005 y 2015 la demanda en salud mental aumento durante la década un 132,2%, como así también, se maximizo la duración de las internaciones. Respecto a las causas que incrementaron la demanda, los resultados sentencian que las conductas autolesivas, los intentos de suicidio y las situaciones de violencia y desamparo son las predominantes.

Del mismo modo, López Steinmetz (2017) realizó un estudio clínico epidemiológico de abordaje no experimental y de diseño descriptivo transversal para determinar si los marcadores demográficos de riesgo edad y sexo caracterizan diferencialmente al intento de suicidio en comparación con otros motivos de consulta psicológica en un dispositivo de urgencias. El ámbito de estudio fue el Servicio de Guardia del Hospital Pablo Soria, institución polivalente y principal hospital público de la Provincia de Jujuy, Argentina. Los resultados concluyeron en que el intento de suicidio representa el 25.82% de las asistencias por todo motivo de consulta psicológica. A su vez, determinaron que el sexo no es un marcador de riesgo diferencial – demográfico en pacientes que fueron asistidos por intento de suicidio, pero en contrapartida la edad si lo es, dado que la franja de 15-24 años caracteriza diferencialmente a los consultantes por intento de suicidio.

En otro orden de análisis, Diaz et al. (2018) realizaron una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria basada en un diseño flexible y dinámico a partir de realizar entrevistas semiestructuradas a trabajadores de la salud mental (psicólogos/as, psiquiatras, trabajadores/as sociales, acompañantes terapéuticos) que cumplen tareas asistenciales en hospitales generales de la ciudad de Rosario y Gran Rosario de la República Argentina. El objetivo fue investigar limitaciones o potencialidades percibidas por los trabajadores en su práctica en el hospital general de acuerdo a lo establecido en la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657. Los resultados arrojaron que los trabajadores coinciden en su mayoría que no fueron establecidos criterios ni lineamientos comunes para la organización del servicio, que la Ley está bien diseñada pero no es posible articularla en la práctica, que la articulación con médicos y enfermeros de otros servicios es complicada dado que se muestran resistentes y prestan poca colaboración a atender usuarios de salud mental. Por otro lado, se relevan limitaciones en los espacios físicos para desarrollar estos abordajes, entremezclándose muchas veces, necesidades de cuidado y tranquilidad de pacientes con problemáticas orgánicas, con las necesidades de abordaje en situaciones de excitación psicomotriz y crisis subjetivas.

Por su parte, Rossetti et al. (2018) realizaron una investigación en la Ciudad de Córdoba, Argentina, con la finalidad de identificar la situación actual de los Hospitales Generales de dicha Ciudad en relación al avance de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. El estudio fue de corte cualitativo realizándose entrevistas semiestructuradas a profesionales integrantes de los servicios de Salud Mental en distintas instituciones hospitalarias polivalentes. Los resultados obtenidos reflejaron la necesidad de adecuar los servicios de salud mental incluyendo la habilitación de camas para internación y atención de urgencias, la necesidad de capacitación y formación interdisciplinaria en salud mental a los trabajadores de la salud, la

incorporación de recursos humanos a los servicios de salud mental y la disponibilidad de recursos humanos especializados para poder hacer frente a la urgencia y los servicios de guardia.

Asimismo, Goñi-Sarriés, A., et al. (2018) realizaron en España un estudio descriptivo, multicéntrico y caso-control con el objetivo de comparar el perfil de los pacientes atendidos en urgencias de salud mental por intento de suicidio con aquellos que demandan atención por otros motivos. Los resultados mostraron que aquellos que asistían por intento de suicidio presentaban mayor proporción de intentos de suicidio previo a la consulta, pero menor cantidad de atenciones previas a la urgencia, menores antecedentes de trastornos mentales y menor seguimiento en salud mental. A su vez, el 31.8% mostró ideación de suicidio en el mismo momento de la atención y el 61.4% verbalizó explícitamente su deseo de morir. Por otra parte, si bien no se ha podido establecer un perfil sociodemográfico ni clínico específico entre los pacientes que realizaron un intento de suicidio, se ha encontrado un alto porcentaje de pacientes con ideación suicida en las personas atendidas por otro motivo, subrayando de esta manera la importancia de tener presente y valorar el riesgo de suicidio junto con la ideación de muerte en todos los pacientes que asisten a urgencias de salud mental.

A su vez, Grasso et al. (2020) estudiaron la tendencia suicida en Argentina en relación con la pandemia Covid-19. Bajo un formato de estudio descriptivo probabilístico y transversal buscaron arrojar conocimiento acerca de la tendencia suicida, el afrontamiento a la conducta suicida y parasuicida de acuerdo al impacto de la duración de la cuarentena Covid-19 a nivel nacional. La muestra estuvo compuesta por 1401 personas de entre 18 y 65 años y los resultados arrojaron que un 51,2% de la muestra total alguna vez habían pensado en quitarse la vida, mientras que un 37,2% lo había efectivamente intentado. Frente a la medición del impacto de la pandemia la pregunta formulada fue si la duración de la cuarentena impactó en el riesgo de suicidio. Para ello se realizaron (se realizaron) dos encuestas online, en la muestra 1 (7- 11 días) fueron participes 2631 sujetos, mientras que para la muestra dos (50-55 días) 2068. A partir de estas se obtuvo como resultado un aumento significativo de la tendencia suicida influenciado por la cantidad de días de cuarentena obligatoria.

De modo similar, Ardila – Gomez et al. (2021) realizaron un estudio observacional transversal, para analizar el impacto de la pandemia por Covid-19 en los servicios de urgencias en salud mental en Argentina. Para llevar a cabo el mismo, se entrevistaron a 76 trabajadores del Servicio de Salud Mental en servicios públicos y privados de las jurisdicciones de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Como resultado se obtuvo que a raíz de la pandemia los

servicios de salud tuvieron una reducción en cuanto a su disponibilidad, la demanda se modificó con presencia motivos más críticos, se reconcentro la atención de salud mental en los neuropsiquiátricos, la oferta disminuyo y las intervenciones grupales se vieron especialmente afectadas.

Por último, cabe señalar que Del Sol Calderon (2021) analizó en España la demanda asistencial de conductas suicidas en urgencias de salud mental, durante el primer mes tras la declaración de estado de alarma por Covid-19. Para dicho análisis se llevó a cabo un estudio transversal observacional retrospectivo con el objetivo de comparar la demanda asistencial en pacientes mayores de 18 años que acudieron a urgencias de salud mental entre el 11 de Marzo de 2019 y el 11 de Abril de 2020 en un hospital de Madrid. Las variables analizadas principalmente fueron la conducta suicida, ideación autolítica, autolesiones, gestos o amenazas autolíticas e intentos de suicidio. Como resultado se obtuvo que respecto a los pacientes totales que acudieron a urgencias solicitando atención se produjo un descenso significativo en el año 2020 en comparación con el 2019. Esta baja en la utilización de la urgencia es adjudicada al estado de alarma, pero no una disminución en la patología, dado que se registró un aumento de los intentos de suicidio.

4. Marco Teórico

4.1 Dispositivo de Urgencias en Salud Mental

4.1.a Breve recorrido histórico sobre los dispositivos asistenciales de salud mental

La historia de las prácticas sanadoras para curar la enfermedad mental se remonta en América del Sur a tiempos antes de la llegada de los españoles (Ingenieros, 1957). En este sentido, Sotelo (2001) afirma que el diseño de los dispositivos de guardia, en tanto espacios destinados a alojar las urgencias, guarda estrecha relación con el paradigma histórico que lo sostiene, la época, el concepto de salud mental, enfermedad, subjetividad, tratamiento y cura en la urgencia.

Los nativos que poblaban las tierras, que mucho tiempo después sería Argentina, ya realizaban prácticas sanadoras sobre varias afecciones mentales utilizando distintos métodos curativos. Por aquel entonces, la convicción de quichuas, guaranícos y araucanos era atribuirle causas sobrenaturales tanto a la locura como a su tratamiento (Ingenieros, 1957). Diversos términos eran utilizados para denominar las distintas formas de locura, distinguiendo lo melancólico de lo furioso, lo expansivo de lo susceptible, el desmayo, el delirio, la intoxicación alcohólica. Todos estos eran tratados por curanderos que utilizaban técnicas herbolarias a diferencia de brujos y hechiceros que utilizaban las artes sobrenaturales (Ingenieros, 1957).

Con la llegada de la colonización, las prácticas se entremezclaron con la religión católicas, y desde entonces, obispos y gobernadores lucharon con sobrada severidad en vano, dado que no lograron suprimir “la brujería indígena”, solo se desfiguró la superstición de estos por la nomenclatura del santoral católico. La cura para ese entonces estaba en mano de la iglesia, quien brindaba la asistencia en la vivienda de los enfermos. En 1605 se fundó el primer hospital en Buenos Aires, el San Martín, su construcción terminó 6 años más tarde, y allí no había médicos, enfermeros, ni pacientes, solo un mayordomo que mantenía el lugar y atendía a algún enfermo. En cuanto a la salud mental, los alienados blancos eran asistidos en los conventos mientras que los indios y negros eran secuestrados en celdas de los cabildos si es que no eran previamente ejecutados (Ingenieros, 1957).

Pasó mucho tiempo para que, en el año 1779, aquellos incurables, locos y contagiosos ocuparan dos ranchos apartados del edificio de este primer hospital. Aquí los que eran más sumisos y tranquilos eran utilizados como enfermeros y sirvientes en el hospital, los otros no recibían ningún tipo de tratamiento y los más peligrosos eran encerrados en una habitación con cepo y cadenas (Sotelo, 2011).

En el año 1780 entró en funciones el Protomedicato del Río de la Plata, creado por el Virrey, dos años antes. Está era una institución corporativa que había sido creada en España, mucho tiempo antes del descubrimiento de América, tenía tres funciones fundantes: a) gobernar la enseñanza en cuestiones médicas, quirúrgicas y de farmacia; b) administrar justicia a partir de un tribunal que castigaría las faltas y excesos cometidos por los facultativos y la persecución de curanderos; c) fijar aranceles para exámenes y visitas de boticas (Tobar, 2001). El Protomedicato funcionó hasta el año 1822, fue Rivadavia quien, paulatinamente, fue operando una estatización de los hospitales, y en 1815 estableció un reglamento de hospitales expropiando los religiosos y comunitarios para establecer juntas hospitalarias. Finalmente, en 1822 estableció la Primera Ley de Arreglo de la Medicina, aquí se establecen nombramientos para los médicos, profesional contratado por el Estado que comienza a cumplir responsabilidades públicas y tener cargo rentado (Tobar, 2001).

En ese contexto se planifica la creación de una Casa de Orates (centro para asilar y tratar enfermos mentales) y un asilo de crónicos incurables. Esto recién pudo llevarse a cabo en el año 1852, con la caída del presidente Rosas. Dos años más tarde, 1854, se inaugura “La Convalecencia”, el primer hospicio de mujeres, en donde las alienadas mentales estaban al cuidado de las religiosas, quienes resolvían las medidas de coacción en los casos de urgencia, dado que los médicos hacían una visita diaria (Ingenieros, 1957). En 1880 La Convalecencia cambió su nombre a “Hospital de Alienadas” que en la actualidad se conoce como “Dr. Braulio Moyano”. Dentro del terreno de la La Convalecencia se destinó espacios para el hospicio de masculinos, inaugurándose en 1863 bajo el nombre de Hospital de San Buenaventura. Aquí un médico asistía diariamente y por la noche quedaban cerradas las puertas de las habitaciones quedando dentro los alienados, siendo nula la asistencia médica por las noches. Luego en 1873 pasa a llamarse Hospicio de las Mercedes y actualmente conocido como “Hospital Neuropsiquiátrico J. T. Borda” (Meléndez & Coni, 1880). Si bien se hicieron reformas para aumentar la capacidad, el problema del hacinamiento fue cada vez más complejo hasta que en 1879 el Dr. Melendez, director del hospicio, desarrolla un proyecto para crear colonias de alienados en las afueras de la ciudad que comenzaron

a surgir a partir de 1901, entre tantas las inaugurales fueron la “Quinta de Lomas”, la “Colonia de Luján” (sistema de puertas abiertas actualmente conocido como “Open Door”), (Ingenieros, 1957).

A partir de la segunda mitad del siglo XIX las antiguas concepciones de la locura son modificadas. La locura en un primer momento se transforma en una enfermedad, siendo el enfermo mental un objetivo de la medicina y para fines del siglo XIX aparece la criminología, la peligrosidad como cualidad de la locura (Sotelo, 2011).

La creación del dispositivo de guardia fue paulatina, podría pensarse como un incipiente esbozo de guardia las visitas en los antiguos modelos de asilo a los internados allí, que de a poco fueron dando espacio a las guardias externas, orientadas a la atención de pacientes que llegan al hospital, primero en el área médica para luego incluir psiquiatras. Recién para el año 1967 la sanción de la Ley 17.132 del ejercicio de la medicina, odontología y prácticas auxiliares, englobándose la psicología en esas últimas, comienza a darle un espacio a la salud mental. En 1983 el psicólogo se incluye en la guardia externa en algunos hospitales de Buenos Aires y recién en el año 2008, con la sanción de la ley 448, se vuelve obligatoria la inclusión del psicólogo en la guardia de hospitales generales de la ciudad (Sotelo, 2011).

4.1.b Dispositivo de Urgencia en Salud Mental: Definición

La urgencia en salud mental es definida por Bulbuena et al. (2007) como aquella situación a partir de la cual un paciente percibe síntomas psicopatológicos o un trastorno de conducta de modo amenazante o perturbador y produce una demanda de atención urgente.

Desde la mirada de la salud mental, la idea de dispositivo se corresponde con la noción de diversos procedimientos de asistencia. En este sentido, un dispositivo constituye un artificio construido deliberadamente, con la finalidad de orientar acciones a partir de las cuales se busca obtener un resultado calculable, esperando alcanzar un objetivo delimitado (Sotelo et al., 2014).

El dispositivo de urgencia atiende con mayor frecuencia patologías tales como crisis de ansiedad, riesgo de suicidio, conducta violenta, intoxicaciones, entre otras. La crisis de angustia es un motivo de gran frecuencia de consulta en la urgencia, esta se expresa en síntomas somáticos, respiratorios, cardiovasculares, neuromusculares, digestivos, desaliento, terror, inquietud, etc.,

configurando un cuadro donde el sujeto pierde su anclaje y experimenta una amenaza (Sotelo y Belaga, 2008).

Sotelo (2011) define a la consulta de urgencia como aquella que se presenta sin cita previa dado que, el paciente que consulta o la persona que lo trae, considera que determinado padecimiento requiere de una atención inmediata. Desde el psicoanálisis se le imprime un carácter de subjetiva, dado que compromete al sujeto que es quien tiene una percepción íntima del sufrimiento que padece, más allá de la opinión del profesional tratante acerca de la gravedad del caso.

En cuanto a los dispositivos de atención de la urgencia en Salud Mental, Sotelo et. al (2014) afirma que en los hospitales polivalentes públicos de la Argentina la asistencia se asemeja a la guardia clínica médica tradicional, apuntando a una rápida resolución del motivo de consulta en un plazo máximo de 24 horas, resolviéndose generalmente por alta o derivación. A su vez, destaca, que algunas veces, determinadas instituciones pueden no contar con psiquiatras o psicólogos/as de guardia, siendo el médico clínico quien debe evaluar la urgencia en estos casos. En su lugar, aquellos dispositivos que sí presentan servicio de psiquiatría, generalmente apuntan a la remisión de los síntomas a partir del suministro farmacológico, pudiendo ir o no, acompañado de un espacio que dé lugar a la palabra de quien está padeciendo. Ahora bien, los dispositivos que cuentan con trabajo interdisciplinario de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, añaden al alojamiento de la urgencia factores tales como la resolución o el alivio sintomático, pretendiendo que el paciente logre una subjetivación del padecimiento, dando lugar, en caso de ser necesario, a una eventual iniciación de tratamiento.

Intervenir en la urgencia, por lo tanto, representa un desafío para los profesionales que de una u otra forma deben brindar atención a los pacientes que presentan afecciones catalogadas como trastornos mentales según los manuales de diagnóstico. Dentro de lo denominado multicausalidad de la enfermedad mental, bajo un modelo biopsicosocial, los trastornos exponen una gran variedad de presentaciones (Rivera y Gómez, 2018). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (2011) afirma que, en el mundo, la demanda de atención en salud mental es significativamente superior en comparación con la capacidad de brindar respuesta de las instituciones.

La urgencia puede ser solicitada por el paciente mismo, su familia, el juez, un profesional de otra área de la salud u otros. Su caracterización de espontánea hace que sus presentaciones sean variadas, pero con irrupción sintomática como manifestación común, como así también, el exceso de un sufrimiento que se vuelve insoportable para el paciente requiriendo resolución inmediata.

Responder desde la lógica psicoanalítica, es considerar que tales síntomas tienen un sentido que puede ubicarse en el despliegue del relato del sujeto, aunque muchas veces, la palabra se encuentra abolida (Sotelo, 2011).

Es necesario e importante diferenciar la urgencia en salud mental de otros términos que suelen utilizarse como sinónimos, tales como: crisis subjetiva, urgencia psiquiátrica o desencadenamiento. En contraposición a estos, la urgencia en salud mental implica la presencia de una situación, de carácter transitorio, que irrumpe alterando las coordenadas de vida del paciente, trayéndole un alto monto de sufrimiento subjetivo. A su vez, debe ser considerada como parte del proceso salud-enfermedad, dado que si bien, se manifiesta como un emergente estado de malestar también implica un intento de cura, perdiéndose bajo esta concepción su connotación negativa, sino que, por el contrario, plantea una posibilidad de intervención que tiende a generar un cambio o una nueva significación (Alfonso, Ribaudó y Spedale, 2015). Al tratarse de una crisis, que implica la ruptura de un relativo equilibrio homeostático presente hasta el momento en la vida del paciente, los profesionales concluyen en que la primera estrategia de atención en la urgencia es localizar los acontecimientos relacionados con dicho quiebre, pudiendo dar apertura a una dimensión significativa que fue arrasada en la crisis. A partir del relato de los acontecimientos que el paciente considera ligados al quiebre de su homeostasis, a partir de desplegar sus dichos, se escucha y aproxima a una hipótesis provisoria sobre la causa de la ruptura, pudiéndose paulatinamente apropiarse de su sufrimiento (Sotelo et al., 2014). Es por este motivo que Alfonso et al., (2015) afirman que tales acontecimientos deben ser tratados en el primer nivel de atención, siendo su resolución lo más cercana posible del lugar donde se generaron o manifestaron y no simplemente derivados a la atención secundaria, dado que esta última suele estar saturada y funciona con gran espera, además de que la derivación supone el traslado y no la resolución del problema.

Luego de haber realizado un recorrido histórico y descriptivo general del dispositivo de urgencia en salud mental, resulta necesario profundizar en la instancia que hace al objetivo de la presente investigación. La misma surge del abordaje asistencial del suicidio en tal dispositivo descripto anteriormente. En este sentido, López Sterinmetz (2015) sostiene que el intento de suicidio constituye una urgencia y una de las causas que, con mayor frecuencia, se presenta en pacientes que suele llegar a los servicios de emergencia de hospitales generales predominantemente sobre los hospitales psiquiátricos.

4.2 Suicidio

4.2.a Suicidio: Consideraciones sociales a lo largo de la historia

La palabra “suicidio” etimológicamente deriva del latín, *sui* cuyo significado es “sí mismo” y *caedere* que significa “matar”; por lo tanto, se entiende como “el acto de matarse voluntariamente a sí mismo” (Osnaya et al., 2007).

En tanto conducta específica del hombre, a lo largo de la historia de la humanidad, el suicidio ha tenido múltiples consideraciones sociales que mutaban entre la aceptación o el castigo del mismo. Su visión positiva o negativa es un fiel reflejo de los valores morales latentes en el contexto sociocultural histórico en el que se sitúe. En este sentido, los primeros registros se remontan a las civilizaciones antiguas, los egipcios ofrecen el primer registro escrito en un papiro que se considera de 4000 años de antigüedad. Allí, por medio de poemas, se refleja la consideración del estado mental del suicida, definido como el padecimiento de una grave depresión con posibles síntomas psicóticos e ideas de auto denigración (Daray, Grendas y Rebok, 2016).

Una de las primeras culturas en abordar seriamente el constructo del suicidio es la Grecia antigua, allí Aristóteles y Platón terminan castigándolo y considerándolo un delito contra el Estado, siendo la mutilación del cadáver y la deshonra familiar algunos de los castigos previstos para quienes lo llevaban a cabo. No obstante, se conoce una visión menos punitiva del acto de quitarse la vida en las culturas más antiguas, quienes la consideraban como una forma de supervivencia de la aldea, donde el deforme, el enfermo o el anciano debían abandonarla sin comida ni agua para poder garantizar mayores recursos para los miembros más aptos de la comunidad (Amador Rivera, 2015).

En el Imperio Romano los suicidios se daban con gran frecuencia, los motivos eran la furia (condición adjudicada a los pacientes dementes), la avanzada edad (enfermedad, debilidad y dificultades de la vejez), el dolor físico, la vergüenza y la desesperanza. Eran consumados con distintos métodos que portaban importancia simbólica, entre ellos, el uso de armas, la inanición, el ahorcamiento y el envenenamiento eran los predominantes. En cuanto a su consideración, éste era visto como un privilegio, forma de amor y heroísmo para nobles y ricos, pero a su vez, era prohibido y penado para esclavos. A fines del imperio la influencia del culto pre cristiano lo volvió

condenable, negándole la sepultura a quien se quitara la vida sin motivo justificado, destruyendo su testamento y confiscando sus bienes (Daray et al., 2016).

Por su parte, en América Latina, las culturas Mayas e Inca le daban una particular significación al suicidio. Los Mayas lo consideraban como una conducta honorable, relacionada a la naturaleza humana, siendo que todo aquel individuo que se inmolará a los dioses ascendería al paraíso. Algunos documentos históricos registran durante la conquista española los primeros suicidios colectivos para no sufrir el dominio de los colonizadores. Contemporánea a la cultura Maya, los Incas, lo consideraban como un derecho religioso, creyendo en la existencia de una vida terrenal similar después de la muerte, los emperadores debían ser acompañados en la muerte por sus seres cercanos que se suicidaban, denotando de esta manera que para las culturas precolombinas el politeísmo no penaba el suicidio, sino que por lo contrario podía promoverlo ante determinadas circunstancias (Daray et al., 2016).

En la edad media el castigo del suicidio continuo vigente por la fuerte influencia de la religión, en cambio, la edad moderna y contemporánea, iniciada por el renacimiento es marcada por la pretensión de despenalización del suicidio. El siglo XVII y XVIII fue marcado por la estigmatización del suicidio donde la aristocracia lo consideraba vergonzoso y característico de las clases bajas. A su vez, Burton en “Anatomía de la melancolía” fue uno de los primeros autores en asociar el suicidio a la depresión. Con la edad contemporánea comienza a despenalizarse a lo largo de Europa (Amador Rivera, 2015). Desde el siglo XIX el debate moral y religioso comienza a ceder terreno al ámbito médico, comenzando el desarrollo psicopatológico ligado a la metodología científica que permiten desplazar el enfoque punitivo moral y religioso. Paralelamente, la mirada social del constructo nace en el año 1897, siendo Emili Durkheim su máximo exponente (Daray et al., 2016).

Si bien son muchas las observaciones que se han realizado en cuanto a la intencionalidad, en este sentido, Durkheim (1989) sostiene que el suicidio “es todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, cometido por la víctima, a sabiendas que va a producir dicho resultado”

Por su parte, Beck et al. (1979) definen el suicidio como el acto intencional causando a sí mismo a partir del cual se pone en peligro su propia vida siendo su resultado la muerte, incluyendo dentro del constructo todas las circunstancias que rodean al fallecimiento.

4.2.b Consideraciones Clínicas del Suicidio

Dado que son muchos los términos relacionados en torno al suicidio, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1976, con la intención de unificar el significado, propone los términos de: *acto suicida*, bajo este se define al hecho mediante el cual un sujeto se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos. *Suicidio*, como la muerte que resulta de un acto suicida e *Intento de suicidio* como aquel acto suicida cuyo resultado no fue la muerte. Por consiguiente, Villardon (1993) sostiene que el adjetivo suicida se aplica a una serie de comportamientos que no necesariamente concluirán con la muerte, pero que son causados voluntariamente por el sujeto, siendo su propia intención el fin de la vida.

Cooper et al., (2002) afirman que el suicidio se encuentra asociado con eventos adversos vividos por las personas en los anteriores tres meses a que esté ocurra, y particularmente en la semana anterior a la comisión del acto suicida. A lo largo de sus estudios advierten que los mencionados eventos de vida adversos preceden al suicidio en personas jóvenes con y sin enfermedad mental severa. Sin embargo, pueden cumplir un rol causal menor en individuos con dicha enfermedad.

De igual forma, se ha hallado que los adolescentes con intento suicida habrían experimentado mayores disturbios familiares del orden de separación de sus padres, (cambio de cuidadores, abandonos, entre otras), como así también mayor inestabilidad social en el año anterior al intento comparándolos con otros adolescentes deprimidos no suicidas y normales (De Wilde et al., 1993).

Resulta de vital importancia echar luz al concepto de conducta suicida, en lo referente al mismo Pérez (2004) establece que dicho término referencia un proceso conformado por tres fases, instancias:

- La ideación suicida: La misma consiste en pensamientos de finalizar con la propia existencia
- Intento de suicidio: también denominado, tentativa de suicidio, parasuicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Constituye aquel acto a partir del cual un individuo se hace daño a sí mismo, pero sin resultado de muerte; también llamado suicidio fallido.

- El suicidio consumado: Se enmarca en está cualquier lesión autoinfligida de forma deliberada por el sujeto con el propósito de morir cuyo resultado es la muerte.

La Organización Mundial de la salud (OMS), considera al suicidio como un grave y alarmante problema de salud pública por su crecimiento a nivel mundial, a su vez refiere que por cada muerte por suicidio se registran veinte intentos (OMS, 2008). En ese sentido, la OMS asegura que las tasas de suicidio han aumentado un 60% en los últimos 50 años, siendo dicho incremento más marcado entre los jóvenes, muy cerca de convertirlos en el grupo más vulnerable y con mayor riesgo en más de un tercio de los países del mundo. El suicidio, al nivel mundial, se encuentra entre las primeras tres causas de muerte entre las personas de 15 a 44 años, generando un alto impacto estos, aspectos tales como la pérdida de un ser querido, el aislamiento social y sentimientos de fracaso y soledad (OMS, 2008).

Entre los factores de riesgo e intentos suicidas en adultos jóvenes, se incluyen los trastornos del estado de ánimo, trastornos por uso de sustancias, escaso apoyo social, conflicto de familia y sentimientos de desesperanza; además múltiples factores de riesgo aparecen en mayores proporciones entre aquellos con intentos pasados de realizar el acto o intento suicida (Esposito et al., 2003).

Por su parte, Mosciki (2001) afirmo que el riesgo de suicidio resulta de complejas interacciones entre factores de riesgo y la falta o acceso limitado a factores de protección tales como mejores habilidades de afrontamiento, apoyo social, cohesión familiar y acceso adecuado a los servicios de salud mental, entre otros.

La conducta suicida constituye una emergencia de primera magnitud, por este motivo los servicios de urgencias son el primer lugar de contacto para los sujetos con patologías mentales y con conductas suicidas, cumpliendo un rol fundamental tanto en la detección, como en la prevención y en el tratamiento del suicidio (Goñi-Sarriés et al. 2018). Del mismo modo, Knox et al. (2011) explica que los departamentos de urgencias no solo funcionan con frecuencia como el principal punto de contacto con la asistencia sanitaria para individuos suicidas, sino que muchas veces, es el único. Dicho encuentro ocurre a menudo, ya sea, inmediatamente seguido de un intento de suicidio o cuando los pensamientos suicidas se intensifican y el individuo se siente en peligro de actuar en consonancia con estos. Consecuentemente, afirma que el riesgo de suicidio es muy alto después del contacto con los servicios de salud mental, convirtiendo la problemática en un gran desafío de realizar un seguimiento, brindando continuidad de atención una vez dada el alta.

Por su parte, Milner et al. (2013) afirman que un gran porcentaje de pacientes que han muerto o han realizado un intento de suicidio, previamente, buscaron ayuda en los servicios de urgencia de los hospitales, en una o más de una oportunidad, por diversas razones tales como: autolesiones, trastornos depresivos, abuso de sustancias, lesiones no intencionales, agresión, entre otras. Por lo tanto, los servicios de urgencia hospitalarios deben estar capacitados para poder desempeñar un importante papel en la identificación de personas con riesgo potencial de suicidio.

En este sentido, resulta de vital importancia que los servicios de urgencia se encuentren bien equipados, en tanto, personal capacitado, no solo para la evaluación, sino que también, que estén entrenados para el manejo particular de estos pacientes, a su vez, resulta indispensable que el servicio se encuentre dotado de los suficientes recursos para su abordaje. Resulta de gran valor, además, la posibilidad de contar con dispositivos de seguimiento tras el alta en la urgencia, como así también, el uso de protocolos de evaluación de riesgo y la aplicación de intervenciones breves, viables y efectivas para mejorar la atención sanitaria de estos pacientes (Goñi-Sarriés et al., 2018).

Fontão, et al. (2018) afirman que los equipos de profesionales de salud mental que brindan servicios en los dispositivos de urgencias y emergencias desempeñan un papel de suma importancia en el tratamiento de pacientes con características suicidas, dado que, no solo definen la intervención para su abordaje, sino que también, son determinantes en la prevención del suicidio a partir de establecer vínculos interpersonales con los pacientes, que permitirán una mayor aceptación y adherencia al futuro tratamiento. De este modo, la evaluación y el adecuado manejo de estos pacientes resulta fundamental para prevenir futuras conductas suicidas.

4.2.c Efectos de la pandemia en relación al suicidio

Las pandemias, a lo largo de la historia, demostraron tener la característica común de provocar un profundo desajuste generalizado en las múltiples áreas vitales que componen al ser humano, generando de esta manera, grandes afectaciones y cambios a nivel personal, social, laboral y/o académico. A raíz de estos, la confusión e incertidumbre se adueñan de la escena provocando sentimientos de miedo intenso en la población afectada, sobrepasando en cierto punto la capacidad de tolerancia del ser humano y dando lugar a un aumento de trastornos psicopatológicos y diversas alteraciones emocionales (Claros y Álvarez, 2021). Anteriormente, la epidemia que se mas asemejo al COVID-19 fue el brote de SARS en el año 2003 o, un tiempo más

atrás, la gripe española en 1918, tales acontecimientos mostraron en los estudios posteriores un aumento significativo de enfermedades mentales y quedaron asociadas con mayores tasas de suicidio en poblaciones de alto riesgo (Zalsman et al., 2020).

Por lo tanto, estos hallazgos en la historia sugieren que la actual pandemia, que aún transitamos, ya vislumbra, pudiendo ser aún peor, un fuerte impacto en la salud mental en general y específicamente en el riesgo de suicidio, siendo de vital importancia el diseño de estrategias de prevención (Zalsman et al., 2020).

Recién estamos comenzando a ver las secuelas de la pandemia en el ámbito de la salud mental, la cual será objeto de muchísima investigación en los años venideros. No obstante, al momento ya se registran múltiples investigaciones en varios países del mundo que reflejan un incremento de la conducta suicida durante el transcurso de la pandemia provocada por el Covid-19 y, particularmente, por el confinamiento y los factores asociados a éste (Camacho, 2021). Llegados a este punto, resulta de gran valor poder profundizar en la incidencia de la pandemia Covid-19 en el desarrollo de la sintomatología depresiva y las conductas suicidas (Claros y Álvarez, 2021).

En México durante los más de 150 días de aislamiento social estricto se ha identificado un mayor número de personas con intento de suicidio, en los cuales se ha podido intervenir a tiempo. De igual manera, en Julio de 2020 se ha recibido un mayor número de llamadas pidiendo ayuda que en Marzo del mismo año, pedidos directos de la persona padeciente o bien por algún familiar o vínculo cercano. Entre los motivos más recurrentes, el intento de suicidio, el sentimiento de soledad, el miedo, la ansiedad y la depresión eran los más escuchados (Camacho, 2021).

Por su parte, en un estudio llevado a cabo en la población adulta de Estados Unidos por Daly et al. (2021) se investigó si la pandemia había provocado un aumento en los niveles de depresión, observándose un aumento entre un 1.9% y 5.7% en los meses de Marzo y Abril del año 2020 en comparación con años anteriores. A su vez, Fountoulakis et al. (2021) realizaron una investigación en Grecia con una muestra de 3.399 participantes para comprobar el impacto psicológico causado por la pandemia, los resultados arrojaron evidencias de tales afectaciones siendo que el 9.3% de los participantes mostraba depresión clínica, observándose conjuntamente un aumento de los pensamientos y la conducta suicida en un 10.4% de los casos estudiados, sin ser un dato menor, que el 9% de los participantes, sin tener historial previo, acusó haber tenido un primer episodio depresivo a consecuencia de la crisis sanitaria atravesada. Conclusiones similares fueron alcanzadas por Balluerka Lasa et al., (2020) en un estudio llevado a cabo en España, en

donde una muestra representativa de adultos evidencio un aumento en los sentimientos depresivos del 36% en los hombres y el 48% en mujeres, y la ideación autolítica, por su parte, también reflejo un incremento del 4.4% en los hombres y 4.7% en mujeres a consecuencia de la pandemia y los efectos que está causó en las distintas áreas vitales de los participantes. Por otro lado, los resultados obtenidos muestran que aquellas personas con mayor cercanía y exposición al Covid-19 manifestaron mayores niveles de depresión e ideación suicida que aquellos que no experimentaron un contacto tan próximo con la enfermedad (Claros y Álvarez, 2021).

A partir de los datos expuestos anteriormente se podría afirmar que el Covid-19 tuvo un significativo impacto en la salud mental de las personas y, específicamente en el intento o muerte autoprovocada. En este sentido, resulta oportuno poder ahondar en las variables que pudieran estar involucradas en esta asociación, sin dudas, en primer lugar, la crisis económica y laboral mundial que produjo la pérdida de más de 25 millones de empleos constituye uno de los principales factores de afectación, dado que tiene un efecto directo en el autoconcepto y la autoestima de quien sufre la pérdida, exacerbando el estrés y la desestabilización emocional, provocando sentimientos de vergüenza, frustración, culpa y pérdida potencialmente generadores de ideas de muerte y conducta suicida (Camacho, 2021).

Análogamente, otro de los factores que resaltan en la asociación planteada es la suspensión de la atención y el abandono de los tratamientos por parte de las personas padecientes de trastornos psiquiátricos por temor a visitar las clínicas durante la pandemia o bien por la imposibilidad de brindar asistencia por parte del sistema de salud debido a la redistribución de los recursos destinados a la salud mental a otros sectores reduciendo el acceso de los pacientes a la atención habitual, esto produjo la disminución de hospitalizaciones y la imposibilidad de llevar a cabo la derivación a urgencias psiquiátricas, reflejando también un aumento en las dificultades para obtener los medicamentos, abandonándose muchas veces los planes farmacológicos (Zalsman et al., 2020).

Sin dudas, el confinamiento, de acuerdo a las variables que lo acompañan (estabilidad laboral/ económica, estado y tipo de vivienda, vínculos familiares, etc.), puede volverse un factor predisponente de patología mental. En muchos casos éste es experimentado como aislamiento social produciendo implicancias emocionales y psicológicas dado que en muchos casos produjo la pérdida de las redes de apoyo, cambios en la rutina y hábitos alimenticios y de descanso, problemas interpersonales, cambios en los estados de ánimo, aumento en el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, y la potencial posibilidad de vivir o ser testigo de violencia intrafamiliar o abuso

sexual. Todas estas implicancias conforman una delicada suma de estresores que rebalsan los mecanismos habituales de defensa exacerbando la sintomatología de quienes ya presentaban algún tipo de patología o la generación de cuadros de ansiedad y depresión que sumados a otros factores como pueden ser la incertidumbre del contexto, el sentimiento de desesperanza o la imposibilidad de una proyección futura devienen en ideación o intento de quitarse la vida por quien se encuentra sumamente vulnerable al contexto (Jerónimo et al., 2021).

Por último, las pérdidas y el duelo constituyeron un elemento de relevancia a la hora de pensar el factor predisponente de patología mental que fue la pandemia, en sí la elaboración de la pérdida de un familiar o vínculo cercano es dolorosa y compleja per se, durante la pandemia, las condiciones hicieron que lo sea aún mucho más, la imposibilidad de los ritos funerarios y las despedidas no dieron la posibilidad de asimilación y comienzo del duelo, por otro lado, la enfermedad y la muerte sucedían rápidamente sin posibilidad de procesamiento emocional ni preparación para tal acontecimiento, la sensación de ver al enfermo estable y que esté concluya en la muerte produce sentimientos de poder haber hecho algo más conduciendo a la aparición de culpa y estados de depresión y ansiedad (Camacho, 2021).

La creciente investigación refleja altos índices de nivel de estrés, ansiedad, insomnio, síntomas depresivos e ideación suicida en muchos segmentos de la población. En este sentido, la pandemia ejerció una gran presión sobre los servicios de salud mental, por lo tanto será de vital importancia seguir de cerca como se desarrollan de aquí en adelante las tasas de suicidio a lo largo del tiempo y en los grupos más vulnerables, la pandemia pareciera no haber terminado ni terminar en el corto plazo pudiendo producir aumentos en las tasas, debiendo más que nunca, los servicios de apoyo, estar bien preparados y trabajar fuertemente en la prevención (Zalsman et al., 2020).

4.3 Marco Normativo

Resulta de gran pertinencia y relevancia poder destacar, en este apartado, los aspectos más sobresalientes de la normativa vigente que reglamenta, define y delimita la Salud Mental, la Salud Pública, los lineamientos para la atención de las Urgencias en Salud Mental y la prevención del suicidio. Para ello, se realizará una mención de cada uno de los artículos y puntos, considerados de importancia relevar, en las siguientes Leyes: La Ley N° 26.657 Ley Nacional de Salud Mental y su correspondiente decreto 603/13, La Ley 27.130 Ley Nacional de Prevención del Suicidio y su correspondiente decreto 603/21 y los lineamientos para la Atención de Urgencias de Salud Mental de la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de la República Argentina.

4.3.a Ley Nacional de Salud Mental

Sancionada el 25 de Noviembre de 2010, promulgada el 2 de Diciembre de 2010 y reglamentada el 25 de Mayo de 2013, la Ley Nacional de Salud Mental reconoce a esta última “como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. En este sentido, en su capítulo IV, detalla los derechos de las personas con padecimiento mental, entre ellos se encuentran el derecho a recibir una atención sanitaria, social integral y humanizada, con acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones, a recibir una atención basada en fundamentos científicos y éticos, a recibir la alternativa terapéutica y el tratamiento más conveniente y que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo, la integración comunitaria, familiar y laboral. A su vez, el derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento y a, que en caso de internación, ya sea voluntaria o involuntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión. También explicita el derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental pasado o actual, a ser informado de sus derechos y lo inherente al tratamiento, derecho a poder, dentro de sus posibilidades, tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento como así también

a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.

En cuanto a la modalidad de abordaje, La Ley, es clara y dictamina que debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores debidamente capacitados y acreditados por la autoridad competente, incluyendo las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional entre otros campos pertinentes.

En cuanto a la atención, determina que la misma debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario, con el marco de un abordaje intersectorial basado en los principios de atención primaria de la salud promoviendo el reforzamiento o la restitución de los lazos sociales. En este sentido, La Ley prohíbe explícitamente la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes ya sean públicas o privadas, y en el caso de las ya existentes deben adaptar sus objetivos hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos aclarando que tanto la atención como la internación en salud mental deben realizarse en hospitales generales y, por lo tanto, a tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios, constituyéndose el rechazo de la atención de pacientes por acudir con problemáticas de salud mental como un acto discriminatorio. A tales efectos, el decreto reglamentario 603/2013 se expide y determina que la autoridad de aplicación junto con los responsables de cada jurisdicción, que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para estos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con cumplimiento de plazo en el año 2020, siendo el personal debidamente capacitado y destinado a dispositivos sustitutivos en funciones acordes a su capacidad e idoneidad.

A su vez, el decreto reglamentario entiende la expresión “hospitales generales” incluyendo a públicos y privados, y define a que los efectos de contar con los recursos necesarios para poder efectuar internaciones de salud mental en hospitales generales del sector público el Ministerio de Planificación Federal y el Ministerio de Salud deberán contemplar la construcción de nuevos hospitales con áreas destinadas específicamente a la atención de salud mental, promoviendo que igual criterio adopten todas las instituciones, estableciéndose planes de apoyo para el reacondicionamiento o ampliación de los Hospitales Generales, con el mismo objetivo.

Por último, resulta de importante relevancia destacar que la Ley dictamina que la Autoridad de aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los

principios, políticas y dispositivos de la presente ley. Asimismo, deberá promover espacios de capacitación y actualización para profesionales en particular para aquellos que se desempeñen en servicios de salud mental.

4.3.b Lineamientos para la Atención de Urgencias en Salud Mental

En el año 2019, la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación publicó una actualización y revisión de los “Lineamientos para la Atención de Urgencias de Salud Mental” publicado en el año 2012. La misma consta de una renovación de las recomendaciones para el mencionado abordaje. Aquí la Secretaría de Gobierno de Salud, quien ejerce su rol de rectoría sanitaria en el país, promueve como política central la Cobertura Universal de Salud (CUS) proponiendo una articulación e integración entre la Nación, las Provincias y los Municipios, marcando un fuerte componente territorial que tiene como principal estrategia la Salud Familiar y Comunitaria, proponiendo el trabajo integral del sistema de salud, abordando las problemáticas desde las dimensiones psicológica, social, y cultural en el ámbito comunitario y relacional de las personas.

El desarrollo del mencionado abordaje comunitario delimita la implementación de una Red de Salud Mental que tenga base en la comunidad, es decir, que este integrada con los servicios de salud general y con articulación intersectorial. Para ellos se necesita del desarrollo de diferentes efectores articulados en red, tales como los equipos de salud mental interdisciplinarios en los centros de salud del primer nivel de atención, servicios de salud mental en los hospitales generales, sanatorios y policlínicos con atención ambulatoria, abordaje de urgencias las 24 horas, interconsulta e internación, centros de día comunitarios, entre otros. A su vez, los dispositivos mencionados deben disponer de los recursos necesarios, lo cual implica una mayor inversión en el sector para poder contar con el personal de trabajo en diferentes disciplinas y roles, la infraestructura adecuada para poder hacer efectivo lo propuesto, insumos, psicofármacos, etc. Para esto, se considera necesario la descentralización de recursos existentes en las instituciones monovalentes hacia las estructuras que conforman la Red, para poder así, ir progresivamente, sustituyéndolas.

El objetivo de las recomendaciones para la red integrada de Salud Mental con base en la comunidad es poder acercar recomendaciones y sugerencias, como así también, herramientas de

trabajo para orientar el abordaje y la asistencia de las personas que padezcan o refieran un padecimiento mental, incluyendo sugerencias para la correcta práctica clínica como así también importantes herramientas para brindar asistencia a las urgencias en salud mental. Para ello, enuncia como medidas básicas más sobresalientes: brindar una atención humanitaria, digna y receptiva, atender la urgencia en la inmediatez para evitar y/o disminuir el padecimiento de la persona en situación de crisis, garantizar sus condiciones de cuidado, como por ejemplo, no dejar a la persona sola garantizando el acompañamiento por parte del equipo de salud o referentes vinculares, evitar la presencia de elementos potencialmente riesgosos (medicamentos, elementos corto punzantes, bisturí, etc.), evitar cercanías con ventanas y puertas, quedando más próximo a la salida el profesional de salud mental, en caso de riesgo de violencia elevado será con la puerta abierta y con acompañamiento de otros profesionales o seguridad. También enuncia disponer del tiempo necesario para la atención, un ambiente de privacidad e intimidad para poder atender.

4.3.c Ley Nacional de Prevención del Suicidio

Sancionada el 11 de Marzo del año 2015 y siendo publicada un mes más tarde en el Boletín Nacional, la Ley Nacional de Prevención del suicidio (Ley N° 27.130) tiene por objetivo ser funcional a la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio a partir de la implementación de la prevención, asistencia y postvención. A los efectos de la misma, el suicidio es entendido como toda acción autoinfligida con el objeto de generarse un daño potencialmente letal, declarándose para tal acción, como interés nacional, su atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la debida capacitación profesional para la detección y atención de las personas con riesgo de suicidio y la asistencia a las familias de víctimas de suicidio.

En su artículo 4°, enuncia los objetivos más específicos del espíritu de la Ley, estos son: un abordaje interdisciplinario, coordinado e interinstitucional de la problemática del suicidio, el adecuado desarrollo de los servicios asistenciales conjuntamente con la capacitación de los recursos humanos, como así también, el desarrollo de acciones y estrategias con el fin de lograr la sensibilización de la población. Por último, la promoción de la creación de redes de apoyo que nazcan en la sociedad civil con importantes fines en la prevención, en la detención de personas en riesgo, en el tratamiento y en la capacitación.

El Ministerio de Salud rige como autoridad de aplicación ante esta Ley, debiendo coordinar su accionar con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como así también, con las áreas y organismos competentes con incumbencia en la materia. Sus funciones como tal autoridad de aplicación son: la capacitación de los recursos humanos en salud y educación, bajo una formación con carácter sistemática y permanente, para la detección de personas en situación de riesgo; la elaboración de un protocolo de intervención para los servicios de primer nivel de atención de salud y de los de emergencia hospitalaria, junto con un protocolo de coordinación entre los servicios de salud; la línea de atención telefónica de emergencia, entre otros ámbitos comunitarios intervinientes; la elaboración de un registro de aquellas instituciones, asociaciones, organizaciones no gubernamentales y profesionales del sector público y privado, que cumplimenten los estándares establecidos por la misma autoridad; la creación de convenios con instituciones públicas y privadas y con organizaciones no gubernamentales que se deban ajustar a las planificaciones estratégicas establecidas; la creación de un registro estadístico con la información de los intentos de suicidios, los suicidios cometidos, la causa de los decesos, edad, sexo, evolución mensual, modalidad utilizada y toda información útil a los fines de mejoramiento estadístico epidemiológico, siendo está proporcionada a los sectores dedicados al trabajo en la problemática; y por último, la obligatoriedad de notificación de los casos de suicidio y las causas de los decesos a la autoridad sanitaria más próxima.

En cuanto a la prevención, importante dimensión para evitar los desenlaces terminales de la problemática, la Ley hace hincapié en el desarrollo de programas de capacitación destinados a los responsables de todos los ámbitos intervinientes (educativo, laboral, recreativo) promoviendo desarrollar habilidades, como así también, campañas de concientización sobre los factores de riesgo y conjuntamente la generación de factores de protección en medios masivos de comunicación, de la misma forma, que la elaboración de recomendaciones sobre un abordaje responsable de las noticias relacionadas al suicidio por parte de estos. Por último, la habilitación de una línea telefónica gratuita en donde sus operadores se encuentren correctamente capacitados en la problemática y con la necesaria información acerca de posibles redes de derivación y contención.

En términos asistenciales, la normativa entiende que toda persona que realizó un intento de suicidio tiene derecho a ser atendida según la legislación vigente, debiéndosele ofrecer atención por parte de un equipo interdisciplinario según la Ley 26.657, asegurando el debido acompañamiento del paciente durante todas las etapas del proceso de tratamiento, rehabilitación, e inclusive, la reinserción social, promoviendo la integración de su familia y comunidad de

referencia por el plazo determinado por el equipo asistencial especializado. En caso de tratarse de un niño, niña o adolescente con intento de suicidio, será de carácter obligatorio la comunicación, no denuncia, a la autoridad administrativa de protección de los derechos del niño que corresponda en el ámbito local donde ocurra, a los efectos de solicitar medidas de protección integral en los derechos que se estimen convenientes.

La capacitación constituye el último apartado de la Ley y en este se remarca un fuerte interés en capacitar debidamente a los trabajadores de la salud, educación, seguridad, justicia y contextos de encierro, en las distintas áreas de prevención asistencial y postvención diseñando capacitaciones continuas. En este sentido, el Decreto reglamentario 603/2021 detalla que la autoridad de aplicación promoverá tales espacios de formación permanente en servicio de los equipos de salud de los diversos niveles de atención.

5. Método

5.1 Diseño

El método utilizado para la presente investigación es de tipo cualitativo. Tal como lo plantea Hernández Sampieri et al. (2014), este enfoque se focaliza en comprender los fenómenos a partir de su exploración desde la perspectiva de los participantes desarrollándose en su ambiente natural y en relación con su contexto, procurando de este modo, construir teoría a partir de la recolección empírica de datos en el campo y buscando lograr el objetivo central de comprender diversas perspectivas a partir de una lógica inductiva. En este sentido, se entrevistan profesionales en su lugar de trabajo, con el objetivo de indagar el funcionamiento del dispositivo de urgencia en el abordaje del suicidio.

El diseño utilizado en el presente trabajo es teoría fundamentada, el cual se propone construir conceptos que se derivan directamente de la información obtenida de los participantes que vivencian las temáticas investigadas, permitiendo una explicación general de las limitaciones y/o potencialidades que presenta el dispositivo de urgencia para el abordaje del suicidio desde la perspectiva de diversos profesionales de la salud mental en un contexto concreto de instituciones hospitalarias públicas / privadas polivalentes. A partir de los datos empíricos recabados se desarrolló teoría acerca de tal funcionamiento con posibilidad de mejoras sugeridas por los participantes.

5.2 Participantes

La muestra estuvo compuesta por 18 profesionales de la salud mental, psicólogos/as y psiquiatras, que se desempeñen o se hayan desempeñado en guardias de instituciones hospitalarias polivalentes, públicas o privadas, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fue utilizado como criterio de inclusión una permanencia mínima de trabajo en el dispositivo no menor a un año de antigüedad. Por el contrario, se excluyeron profesionales de otras profesiones afines como trabajadores sociales, como así también de otros servicios, tales como, enfermeros o médicos de cualquier otra especialidad. Asimismo, fueron excluidos también profesionales que se desempeñen en instituciones monovalentes o especializadas, de igual forma, que aquellos que se desempeñen en instituciones polivalentes fuera de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

5.3 Técnica de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue la entrevista semidirigida que se le administró a cada uno de los profesionales de la salud mental. A su vez, se realizó un planteo cuidadoso de las mismas para lograr que los participantes narren sus experiencias y puntos de vista. Su condición de semiestructurada se debió a que condujo al participante sobre los asuntos a indagar, pero, a su vez, también le dio libertad a éste para que pueda expresarse en temas relacionados. Su condición cualitativa, le imprimió flexibilidad, con la existencia en primera instancia de preguntas más generales que sirvieron como disparadoras y permitieron, luego, con otras más estructurales o de contraste, explorar más profundamente la problemática, siempre enunciadas desde una posición neutral que permitió obtener la perspectiva, experiencia y opinión del profesional (Hernández Sampieri et al., 2014). Cabe destacar que se procuró no influenciar a los participantes en sus respuestas, logrando objetividad en estas y evitando cualquier tipo de condicionamiento.

El diseño de las mismas fue pensado en cuatro secciones que engloban las temáticas principales a indagar, la primera de ellas intentó investigar acerca del funcionamiento general del dispositivo de urgencias en salud mental, la segunda buscó reducir tal funcionamiento general a la problemática específica del suicidio, la tercera indagó acerca de las implicancias de la pandemia en el dispositivo investigado y por último, la cuarta tuvo como finalidad recibir, de los principales actores, los aportes que consideren pertinentes para mejorar el abordaje de la problemática estudiada.

A continuación, se presenta la lista de preguntas, agrupadas en las secciones anteriormente descritas, a las que los profesionales de la salud mental dieron respuesta:

Datos Sociodemográficos:

- Género
- Profesión (Psicólogo/a o Psiquiatra)
- Experiencia en el Área de urgencias
- Características de la institución en la que trabaja (Polivalente Pública o Privada)

Dispositivo de urgencia en salud mental:

- 1- ¿Se cuenta con los recursos humanos capacitados, en tanto personal hospitalario, e infraestructura necesaria para atender adecuadamente las demandas de salud mental en los hospitales generales?
- 2- ¿Qué posibilidades y/o limitaciones presenta el hospital general para alojar las internaciones? ¿Cuenta con salas / sectores específicos o se mezclan con pacientes de otros servicios?
- 3- ¿Cómo es la articulación y el trabajo con los médicos y el personal sanitario de otros servicios? ¿Identifica u observa resistencias o prejuicios por parte de estos?
- 4- ¿Existen casos en los que se derive a hospitales monovalentes? ¿Cuáles?
- 5- ¿Considera que está preparado el sistema de salud mental para prescindir de estos?

Dispositivo de urgencia en salud mental para el abordaje del Suicidio:

- 6- ¿Están preparadas las guardias de hospitales generales para recibir pacientes con intento de suicidio? ¿Qué limitaciones considera que presenta?
- 7- Dado que la persona con dicho padecimiento no debe permanecer sola en ningún momento ¿Se cuenta con personal sanitario capacitado para acompañar al paciente?
- 8- ¿Dispone la institución de la infraestructura necesaria para llevar a cabo la internación en guardia o sala del hospital polivalente para la observación y seguimiento del paciente?

Dispositivo de urgencia en salud mental y Pandemia:

- 9- ¿Qué aspectos del dispositivo de urgencias en salud mental fueron más perjudicados? Considera que agudizo o cristalizó alguna problemática ya existente en el dispositivo.

Aportes:

- 10- ¿Qué mejoras considera necesarias o de relevancia en el dispositivo de urgencias en salud mental para el abordaje del suicidio?

5.4 Procedimiento

La administración de las entrevistas se llevó a cabo dentro de las instituciones en las que desempeñan su trabajo los profesionales y de forma virtual sincrónica mediante videollamada por plataforma Zoom. La duración estimada de las mismas fue, en promedio, de 45 minutos. Para acceder a los profesionales se solicitó la correspondiente autorización a las autoridades de las instituciones en las que se desempeñan, brindando la adecuada información acerca del marco normativo en el que se desarrolla la presente investigación. Previo a efectuar la entrevista se solicitó a los participantes la firma del consentimiento informado en el cual se detalla: objetivos del estudio en cuestión, la metodología empleada, la fecha en la que se realizará la investigación, los beneficios derivados de la misma e incomodidades que pudieran surgir. A su vez, se destacó el carácter voluntario de la participación de los profesionales en la investigación, como así también, la posibilidad de dar por finalizada la entrevista en cualquier momento. Se hizo especial hincapié en la confidencialidad de la misma y se brindaron los datos del investigador responsable de la investigación (Losada, 2014).

6. Resultados

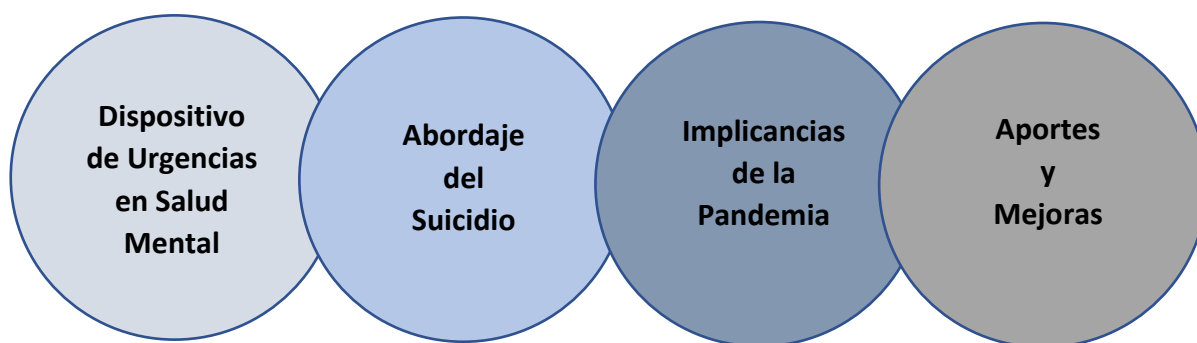
En primer lugar, se procederá a presentar en la Tabla 1 las características generales de los profesionales de la salud mental entrevistados en la presente investigación, como así también, la caracterización que define a la institución en la que desarrollan sus funciones.

Tabla 1 – Composición de la Muestra

Denominación	Profesión	Género	Experiencia en el Área	Características de la Institución
Profesional 1	Psicóloga	Femenino	2 años	Polivalente Privada
Profesional 2	Psicóloga	Femenino	4 años	Polivalente Pública
Profesional 3	Psicóloga	Femenino	5 años	Polivalente Pública
Profesional 4	Psiquiatra	Femenino	17 años	Polivalente Privada
Profesional 5	Psiquiatra	Masculino	16 años	Polivalente Pública
Profesional 6	Psiquiatra	Femenino	10 años	Polivalente Pública
Profesional 7	Psicóloga	Femenino	9 años	Polivalente Privada
Profesional 8	Psicóloga	Femenino	7 años	Polivalente Pública
Profesional 9	Psicóloga	Femenino	3 años	Polivalente Privada
Profesional 10	Psicóloga	Femenino	4 años	Polivalente Pública
Profesional 11	Psiquiatra	Femenino	12 años	Polivalente Privada
Profesional 12	Psicóloga	Femenino	10 años	Polivalente Pública
Profesional 13	Psicóloga	Femenino	7 años	Polivalente Pública
Profesional 14	Psicóloga	Femenino	9 años	Polivalente Privada
Profesional 15	Psicólogo	Masculino	8 años	Polivalente Pública
Profesional 16	Psicólogo	Masculino	4 años	Polivalente Pública
Profesional 17	Psicóloga	Femenino	9 años	Polivalente Pública
Profesional 18	Psicólogo	Masculino	3 años	Polivalente Pública

A continuación, se verán graficadas en la Figura 1, las secciones, anteriormente descritas en el apartado “5. Método”, a partir de las cuales fueron agrupadas las preguntas de investigación y consecuentemente las respuestas brindadas por los profesionales de la salud mental.

Figura 1 – Secciones estructurales



Sección 1 – Dispositivo de Urgencias en Salud Mental

La lógica de esta primera sección pretende conocer, las potencialidades y limitaciones del dispositivo en el abordaje general de la salud mental en un contexto determinado como es el hospital polivalente, en tanto, infraestructura, recursos humanos disponibles y capacitados, el trabajo interdisciplinario, la posibilidad de contención de tal espacio y sus diferencias con las instituciones monovalentes. A continuación, se graficarán, en la Tabla 2, las respuestas obtenidas por los profesionales en tales dimensiones.

Tabla 2 – Dispositivo de Urgencias en Salud Mental

Dispositivo de Urgencias en Salud Mental	
Dimensión	Respuestas
Recursos Humanos	“Los espacios y los recursos humanos son destinados y capacitados para la atención clínica médica”, “Es una lucha constante lograr que nos destinen mayor infraestructura”, “Los consultorios y espacios de internación no cuentan con doble circulación”, “Los recursos humanos no alcanzan”, “No hay la infraestructura necesaria en los hospitales generales, justamente la deficiencia es edilicia y también la formación”, “La infraestructura es muy poco beneficiosa, no hay ningún servicio general que esté

<p>e</p> <p>Infraestructura</p>	<p>preparado para recibir un paciente psiquiátrico”, “Viene una persona en crisis a la guardia de cualquier hospital general y está al lado de una embarazada que espera su turno obstétrico o un nene que espera la guardia pediátrica”, “Se supone que el hospital cuenta con guardia en salud mental para mayores de 18 años las 24hs todos los días pero actualmente, por falta de personal esto no se cumple”, “Muchas veces no hay lugar, y atendemos en los pasillos”, “A veces atendemos en un box y pegado hay otro paciente con patología orgánica”.</p>
<p>Posibilidad de alojar Internaciones</p> <p>Salas / Sectores específicos</p>	<p>“No existe un lugar físico específico para internación por salud mental de pacientes”, “No existen salas o sectores específicos, los pacientes se mezclan, comparten los espacios con patologías en su mayoría orgánicas”, “No hay una seguridad adecuada, es muy complicado teniendo en cuenta que es un paciente, ya sea con ideación suicida o con un cuadro psicótico que se haga necesario un seguimiento muy estricto”, “Las camas quedan escasísimas para el nivel de demanda que hay”, “No pueden estar mezclados con los pacientes clínicos, no sabemos que puede despertar en el paciente psiquiátrico lo que ve al costado”, “Un paciente que tenían que extirparle los ojos porque tenía cáncer, y al lado tenía un internado de salud metal que se estaba trepando a las ventanas” , “La guardia en salud mental debería estar separada”,</p>
<p>Articulación y Trabajo con Personal Sanitario</p> <p>Resistencias y Prejuicios</p>	<p>“Los pacientes que presentan alteración de conducta, estos generan gran resistencia por parte de médicos y personal sanitario en general”, “En ocasiones hay insistencia para derivación con el objetivo de priorizar la disponibilidad de camas para pacientes con patologías orgánicas”, “Los egos, o la predominancia del modelo clínico de la salud hace que los profesionales de la salud mental tengan que permanecer como en un segundo plano”, “El psicólogo, por no ser médico, es visto como en un segundo escalón, inferior”, “Resistencia si, subvaloración de la profesión también, el medico tiene una estructura muy piramidal y todos los demás parecen sus súbditos”, “Se observa cierta resistencia del servicio de clínica médica para la atención de pacientes internados por salud mental”, “Resistencias y perjuicios si hay y estoy convencida que tiene que ver con lo poco que ha circulado la Ley de Salud Mental”.</p>
<p>Derivación</p>	<p>“Si, en casos de cuadros que no remiten a internaciones breves y requieren un sistema más intensivo”, “Muchos, ideación suicida u ideación homicida o brotes psicóticos complejos”, “Persona en crisis, autolesionada, con situaciones de consumo fuerte, se le brinda la primera atención y luego se deriva a un hospital especializado”, “Si y ahí empieza todo el tema de conseguir un lugar, muchas veces los monovalentes no tienen y</p>

<p>a</p> <p>Monovalentes</p>	<p>te piden que lo aguantes que lo contengas”, “Si, nuestro hospital no tiene sala de internación, con lo cual todas las personas que tienen criterio de internación por salud mental se establecen derivaciones vía red de Same”, “Se pide la derivación, nunca son en el día, entonces las personas comienzan a cursar su internación en la guardia, en un box”, “Si, en los casos de internación o de dispositivos intensivo, por ejemplo, para el tratamiento de adicciones o TCA”</p>
<p>Eliminación</p> <p>de los</p> <p>Monovalentes</p>	<p>“Los monovalentes pueden hacerse cargo del paciente de otra manera, el hospital general no está preparado para paciente psiquiátricos, siempre estos molestan, no saben cómo tratarlos”, “No, estos cuentan con dispositivos específicos (hospital de día, equipos especializados en TCA, adicciones, patologías crónicas invalidantes)”, “En una guardia no pueden internar a un paciente descompensado como lo harían en un monovalente”, “Se saca la Ley en el 2010, en ese sentido es interesante pero el problema está en la reglamentación y el sistema no estaba preparado y en la actualidad tampoco hay una incrementación de recursos suficientes como para albergar este tipo de pacientes sin derivar a un monovalente”, “No prescindir no, buscaría inversión y hacerlo crecer para que haya más contención, no verlo como un lugar de reclusión / encierro, sino que se busque trabajar con la sociedad y con la familia para que la persona pueda ser reinsertado”, “No, los pacientes que se atienden en el Borda difícilmente puedan ser debidamente atendidos en un polivalente, es difícil poder integrarlos, son pacientes graves, pacientes que demandan un seguimiento”.</p>

Sección 2 – Abordaje del Suicidio

La dirección trazada a lo largo de la investigación nos conduce a la búsqueda de un nivel mayor de complejización en el estudio de las variables, por lo tanto, una vez realizado el recorrido sobre el funcionamiento del dispositivo de urgencias en el hospital polivalente, resulta de gran pertinencia ahondar en las posibilidades y limitaciones del mismo ante la presentación de cuadros de suicidio. La forma de medir tales condiciones resulta a partir de interrogar a los profesionales acerca de que limitaciones encuentran en las guardias de los hospitales generales, que nivel de capacitación consideran que tiene el personal sanitario sobre la problemática y si la infraestructura puede albergar las potenciales internaciones, brindando adecuadas condiciones de seguridad y el necesario seguimiento de los pacientes durante el tiempo que deban perdurar en observación. Los resultados obtenidos en esta sección se disponen en la Tabla 3.

Tabla 3 – Abordaje del Suicidio

Abordaje del Suicidio	
Dimensión	Respuestas
<p>Limitaciones para su abordaje en Guardia</p>	<p>“No contar con guardia interdisciplinaria 24 hs.”, “No cuenta con infraestructura adecuada, y los recursos humanos / asistenciales necesarios para cubrir la demanda y garantizar la integridad del paciente”, “Se los interna en el mismo lugar que a todos, no hay algo preparado especial para el paciente con ideas autolíticas”, “Los hospitales generales no están preparados, no es solo la situación puntual en el momento, tiene que tener un seguimiento, un entramado que permita abordar la situación a mediano y largo plazo y esto no existe”, “Hay que tener en cuenta en que sala espera, en que sala se queda alojado para no estar solo, que riesgos hay en la sala, es usual que haya una jeringa o elementos cortopunzantes”, “No están los espacios, no está la infraestructura, no está el tiempo y muchas veces tampoco la medicación para poder calmar el cuadro en el momento.”, “Limitaciones edilicias y asistenciales para atender esto que asusta, hay que contener a un paciente, tiene que estar acompañado permanentemente”, “Están desbordadas de pacientes, un paciente psiquiátrico, que viene con una autolesión o con un intento de suicidio, requiere otro tiempo que no tienen, no se puede estar a las corridas resolviendo una gran demanda”.</p>
<p>Acompañamiento y Capacitación del Personal Sanitario en la Problemática.</p>	<p>“El hospital general en si no cuenta en su plantilla con los recursos capacitados para tal acompañamiento”, “El personal sanitario cuenta con capacitación medica-orgánica, viéndose superado en estos casos”, “Aquel familiar que lo acompaña tratamos que continúe con su acompañamiento”, “Hay muy pocos enfermeros formados en lo que tiene que ver con el paciente de salud mental, suicida o psicótico, y la mayoría de estos está en el monovalente”, “No hay acompañamiento, en forma privada si, te derivan por ahí un acompañante terapéutico, pero en general no existe, algún efector del hospital no”, “Si la persona acude con el familiar se le indica que se quede, pero a veces la persona va sola, se la medica y queda en el box mientras se atiende otras consultas”, “Si vos tenes 10 o 15 pacientes y 5 de salud mental, pero tenes 3 enfermeros como que no podes disponer de uno, además no están capacitados en suicidio. Otro tema es un acompañamiento terapéutico, pero ahí ya no estamos hablando de personal sanitario de planta”, “El personal de enfermería se dedica estrictamente a lo higiénico y cuestiones de signos vitales”, “No, el servicio de acompañantes terapéutico no está, el</p>

	servicio de enfermería especializado en salud mental en el hospital general no hay, en los monovalentes si, y la familia muchas veces no está capacitada para eso”.
<p>Infraestructura para la internación y seguimiento</p>	<p>“Clínica médica no tiene espacio de internación para pacientes psiquiátricos, quedan en un box en observación en guardia general, con muchos riesgos y sin los cuidados que la patología necesita”, “No hay lugar, el paciente queda en un box, solo es posible en casos de internaciones muy breves para estabilizar y listo”, “No cuenta con salas específicas para la internación por intento de suicidio, ni siquiera para salud mental”, “No existe infraestructura con los cuidados que se necesitan para tal abordaje, por lo tanto muchas veces se intenta externalizar al paciente internado por salud mental, priorizando las patologías orgánicas”, “Infraestructura para internar a un paciente suicida no, ya sea una clínica privada u hospital público es la misma sala para todos los pacientes”, “Un paciente accidentado que requiere una aguja, un bisturí, medicación, no puede usar la misma sala que un paciente con esta problemática, son muchos los factores que se vulneran, la seguridad del espacio para contener la crisis no puede darse”, “No dispone las herramientas para contener en guardia, puede pasar que el paciente se escape”, “La infraestructura es limitante porque no hay espacios seguros que puedan permitir un abordaje y cuidado para alguien que puso su vida en riesgo y que probablemente tenga intencionalidad de sostener esa decisión, no hay un espacio preparado para el descanso, no hay espacio para acompañamiento permanente del paciente”, “A veces ingresa una persona con intento de suicidio que está en un estado muy crítico y al lado por ahí tiene a alguien que está gritando del dolor porque tuvo un accidente en vía pública”.</p>

Sección 3 – Implicancias de la Pandemia

El contexto reciente y actual se transforma en una variable cuando sus características de fatal adversidad irrumpen generando fuertes desajustes y cristalizando limitaciones ya existentes en el dispositivo de urgencia del hospital polivalente, pero como si esto fuera poco, generando nuevos trastornos a consecuencia del bombardeo que colapso el sistema de salud mundial en general, pero particularmente, las guardias de los hospitales generales. En este sentido, investigar las vivencias de los protagonistas de la primera línea de atención resulta de gran valor para revelar cuales fueron los daños colaterales en la salud mental. A continuación, en la Tabla 4 se despliegan los resultados obtenidos.

Tabla 4 – Implicancias de la Pandemia

Implicancias de la Pandemia	
Dimensión	Respuestas
Aspectos más perjudicados del dispositivo	<p>“Se agudizaron los problemas, si antes la mayoría de los recursos, esfuerzos, infraestructura eran destinados a lo medico clínico, con la pandemia todo quedo abocado a pacientes Covid”, “Se presentaron dificultades para la derivación e inicio de tratamiento en zona de residencia (dispositivos de 1º nivel que no tenían ni recursos humanos, ni turnos para brindar) por cierre de dispositivos ambulatorios”, “No se permitía el ingreso de acompañantes”, “La salud mental, quedo más relegada de lo que ya estaba, a eso súmale el miedo, el encierro, las ansiedades de la incertidumbre, hicieron un coctel mortal del cual hoy se ven las consecuencias en la clínica”, “El aumento de incidencia de casos de intento de suicidio o ideación suicida franca”, “Se destinaron recursos a cuestiones de urgencias médicas, terapia intensiva y se relego el tema de salud mental. Eso está vinculado a temas de recursos y políticas públicas”, “Disminuyo la asistencia y además paso a ser virtual y un paciente en urgencia no puede ser evaluado virtualmente porque uno necesita la observación en vivo, in situ y de cuerpo entero”, “Si se detectaba riesgo para si o para tercero esto se complicaba mucho más porque no se podía internar, había que mandar a hisopar”, “El criterio de internación se subió, peligrosamente, el umbral de gravedad para considerar quien debía ser internado o no”, “Están emergiendo las secuelas de todo lo socioeconómico que genero estados de depresión mayor e intentos de suicidio”</p>

Sección 4 – Aportes y Mejoras

Después de explorar el dispositivo general, su aplicación en el abordaje del suicidio y las secuelas de la pandemia en tal sistema, el cierre de la investigación fue dirigido a encontrar en los actores principales las propuestas de mejoras y los aportes que consideran necesarios para poder revalorizar la asistencia y el abordaje de una patología que requiere una atención especial. La esencia de este relevo para concluir el estudio, tiene como finalidad poner en palabras aquellas cuestiones que se encuentran contempladas en la normativa vigente, pero en la práctica no están pudiendo ser cumplidas como tales. En este sentido, se presentan los datos recabados en la tabla 5.

Tabla 5 – Aportes y Mejoras

Aportes y Mejoras	
Dimensión	Respuestas
<p>Mejoras de relevancia para el abordaje del suicidio en la urgencia</p>	<p>“Necesitamos si o si mayor infraestructura y más recursos humanos, la salud mental es el último “orejón del tarro”, “Faltan dispositivos de capacitación tanto para el personal sanitario en materia de salud mental, como así también a la población en general, hacer grupos con los familiares y marcar signos de alarma respecto del suicidio”, “Necesidad de articular la especificidad del hospital en el marco de la Ley de Salud mental, de garantizar los derechos del paciente y la implementación de una buena política y gestión”, “Es imprescindible un real abordaje multidisciplinario”, “Crear lugares adecuados para albergar este tipo de pacientes durante periodos de tiempo cortos y medianos” ,“La formación de los enfermeros, formar personal que esté capacitado para este tipo de pacientes”, “La formación en patología psiquiátrica o aguda en los profesionales de la guardia externa, los médicos clínicos”, “La prevención no puede hacerse esperar más en una problemática como el suicidio”, “Sea con intento o ideación, estamos hablando de distintas patologías que pueden estar detrás, esta es la punta del iceberg, el paciente luego necesita rápido acceso a continuidad de tratamiento”, “Más cuidados, recursos y políticas”, “Contar con guardia las 24hs de personal capacitado tanto para adultos como para menores de edad”, “Realizar ateneos que aborden los problemas de salud mental y convocar a todos los servicios, es necesaria cierta organización institucional y disposición de las autoridades hospitalarias”, “Necesariamente una formación obligatoria y una supervisión para que todas las personas que intervienen en el dispositivo de urgencias de salud mental tengan conocimiento y manejen el protocolo de evaluación de riesgo e intervenciones basadas en evidencia para conductas suicidas y para suicidas”, “La posibilidad de acceder a una red de acompañamientos terapéuticos”, “En cuanto al suicidio, tendría que haber mucha más prevención pero también considero necesaria la postvención”, “La puesta en funcionamiento dispositivos de atención específicos para esta problemática”, “La modificación edilicia, contar con servicio de enfermería capacitada en salud mental, servicios de psiquiatras en todas las guardias de los polivalentes porque ha crecido mucho el índice de suicidio en los últimos tiempo”.</p>

7. Discusión

El presente trabajo se propuso investigar acerca cuales son las limitaciones y potencialidades del dispositivo de urgencias para el abordaje del suicidio en el contexto de hospitales polivalentes a partir de la mirada de psicólogos y psiquiatras que llevan a cabo su profesión en tales contextos. La vía de acceso a la actualidad del mencionado dispositivo instó a indagar, en primer lugar, los aspectos más generales del mismo, para luego, llegar a la especificidad de este en el abordaje de la problemática trabajada.

Los resultados obtenidos han evidenciado que para la totalidad de los profesionales interrogados los recursos humanos y la infraestructura con la que cuentan hoy los dispositivos de salud mental en hospitales generales no es suficiente ni la adecuada. En este sentido, los entrevistados manifestaron una preocupante deficiencia edilicia, dado que no se cuentan con los espacios pertinentes para la asistencia correcta de las diversas demandas de salud mental, como así también, una falta sustancial de recursos humanos para poder hacer frente a la demanda, la misma se ve reflejada en la cantidad de profesionales de salud mental como así también en el personal sanitario capacitado que pueda acompañar la labor de estos.

Bajo esta línea de análisis, Sotelo (2014), advierte que la asistencia en los hospitales polivalentes en Argentina se asemeja a la guardia clínica médica tradicional, apuntando a una rápida solución del motivo de consulta, pudiendo determinadas instituciones no contar con psicólogos o psiquiatras de guardia ni con los espacios destinados para brindar la adecuada asistencia a la patología que se presenta.

Sobre estas problemáticas desarrolladas, el marco normativo vigente enuncia la importancia de que los dispositivos de urgencias en salud mental cuenten con los recursos necesarios para brindar una adecuada atención, implicando esto, una mayor inversión en el sector que permita contar con el personal necesario en diferentes disciplinas y roles, como así también la infraestructura apropiada para cumplir el derecho del paciente a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto donde sea resguardada su intimidad, haciendo hincapié en el pleno respeto de su vida privada y su libertad de comunicación.

A partir de lo enunciado anteriormente, podemos inferir entonces, un primer desfasaje estructural entre lo propuesto por la reglamentación y lo que acontece en la realidad diaria de los dispositivos, confirmado lo investigado anteriormente por Diaz et al. (2018) quienes revelaron limitaciones en los espacios físicos para el abordaje de la urgencia en los hospitales polivalentes

entremezclando la necesidad de cuidado y tranquilidad de pacientes con problemática orgánica con el abordaje de situaciones de excitación psicomotriz y crisis subjetivas.

Por otra parte, la normativa que rige desde el año 2010 plantea que los hospitales generales deben contar con los recursos necesarios para poder efectuar internaciones de salud mental, como así también, la construcción de nuevos hospitales con áreas destinadas a la atención e internación específicas y planes de apoyo para la ampliación de estos, con el mismo objetivo.

En este sentido, los resultados obtenidos al indagar en los profesionales acerca de la posibilidad de alojar internaciones y la existencia de salas o sectores específicos en los hospitales generales, muestran la extensa lejanía entre lo reglamentado y las posibilidades de cumplimiento de tales dispositivos. La inexistencia de lugares físicos para la internación en salud mental genera que los pacientes queden, en la mayoría de casos, depositados en un box de observación o sean internados con pacientes que padecen patologías orgánicas, representando esta situación un riesgo para ambos dado que se trata de cuadros muy dispares, con distintas necesidades y diversas manifestaciones clínicas y sintomáticas no compatibles.

Si bien es necesario aclarar que la Ley vigente prevé que la internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios interdisciplinarios, considerándose la misma como un recurso terapéutico restrictivo utilizable en los casos que aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones posibles realizables en otros entornos, también determina que estas deben llevarse a cabo en los hospitales generales, y estos, a su vez, presentan ya de por sí, una sustancial limitación para albergar las internaciones clínicas médicas y, por lo tanto, una imposibilidad de destinar espacios y recursos para la asistencia de la salud mental en este sentido.

Continuando en esta línea de análisis, de acuerdo con lo establecido por la reglamentación vigente en Argentina, en tanto suponía en su creación el reemplazo total de las instituciones monovalentes por dispositivos comunitarios de abordaje para el año 2020, resultó pertinente indagar en los actores principales acerca de la necesidad de derivación, producto de la imposibilidad de alojar determinadas demandas en los hospitales generales, a instituciones monovalentes, como así también, su opinión acerca del cierre de las mismas. En todos los casos entrevistados se relevó que, por cuestiones edilicias, de imposibilidad de contención, de baja disponibilidad y capacitación de los recursos, de incapacidad de abordaje de cuadros psicopatológicos complejos que requieren de estrategias que superan los límites del dispositivo y por la inviabilidad de internación, efectivamente se realizan numerosas derivaciones a hospitales especializados.

De igual manera, fue unánime el criterio de los profesionales en cuanto a que no es posible el cierre de las mencionadas instituciones, bajo esta mirada, los mismos sostienen que los hospitales generales no pueden hacer frente a la demanda actual y que mucho menos podrían con el incremento que causaría el cierre de los monovalentes. Además, los entrevistados remarcaron que va ser muy difícil y va a llevar mucho tiempo lograr prescindir de estos, ya que cuentan con dispositivos específicos de atención de muchas patologías que actualmente no pueden ser abordadas adecuadamente en las instituciones generales.

En este sentido, Di Nella et al. (2011) afirmaron que, en Argentina, a lo largo de la historia, la salud mental fue excluida del sistema hospitalario y en la mayoría de las instituciones las personas son derivadas al tercer nivel, es decir, a hospitales monovalentes, y que hasta tanto el sistema de atención no logre abordar la demanda en el primer y segundo nivel de atención las personas con padecimientos mentales son condenadas a la manicomización. Esta interpretación es compartida por Tisera et al. (2013), quienes sostienen que internacionalmente el proceso de desmontaje manicomial se llevó a cabo en paralelo con la creación de servicios y dispositivos sustitutivos para poder ensamblar la demanda sin dejar de brindar asistencia a quienes así lo requieran. En la misma línea de pensamiento, los autores plantean el interrogante de si únicamente la reglamentación de la Ley de Salud Mental puede garantizar el acceso a derechos, sin contar paralelamente, con el acompañamiento eficaz del Estado con políticas públicas y el desarrollo de prácticas y saberes que habiliten el cambio de paradigma pretendido.

Por otra parte, atento a que la Ley de Salud Mental establece que el abordaje en salud mental en los hospitales polivalentes debe ser llevado a cabo por un equipo interdisciplinario que se encuentre integrado por profesionales de las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, y terapia ocupacional, entre otras, como así también, por técnicos y otros trabajadores debidamente capacitados, se indagó a los profesionales acerca de la articulación y el trabajo con el personal sanitario en el hospital general. En respuesta a esto, los resultados obtenidos revelaron resistencias y prejuicios por parte del personal médico sobre los profesionales de salud mental, presentando una gran deuda por parte del sistema de salud en materia de trabajo interdisciplinario, como así también, predominancia del modelo clínico médico y una subvaloración de los entrevistados en su rol de trabajadores de la salud mental. Además, se relevó que varias instituciones no cuentan con guardia interdisciplinaria las 24 horas.

Esto confirma lo investigado por Diaz et al. (2018) quienes afirman que la articulación con médicos y enfermeros de otros servicios es complicada dado que se muestran resistentes y prestan

poca colaboración a atender usuarios de salud mental, como así también, lo investigado por Rossetti et al. (2018) que advirtieron sobre la necesidad de capacitación y formación interdisciplinaria en salud mental. Por su parte, Sotelo (2011) enunciaba que aquellos dispositivos que cuentan con trabajo interdisciplinario añaden al alojamiento de la urgencia factores tales como la resolución y el alivio sintomático, produciendo una subjetivación del padecimiento en el paciente, dando lugar, en caso que sea necesario, a una eventual iniciación del tratamiento.

Conforme avanzó la presente investigación se logró mayor especificidad en las limitaciones y posibilidades del dispositivo de urgencias en el abordaje del suicidio. De esta manera, se encontró al momento de entrevistar a los profesionales, que, como se expuso anteriormente, las guardias generales presentan profundas limitaciones para el abordaje de salud mental en general, volviéndose éstas más evidentes en la asistencia de una patología sumamente delicada y que requiere muchísimos más cuidados como es el suicidio. Esto resulta ser una gran problemática dado que como afirma López Sterinmetz (2015) el intento de suicidio constituye una urgencia y es una de las causas que, con mayor frecuencia, se presenta en pacientes que suelen llegar a los servicios de emergencia de hospitales generales predominantemente sobre los hospitales psiquiátricos.

En este sentido, los datos obtenidos muestran que los entrevistados, unánimemente, acordaron en que las guardias generales no están preparadas para recibir y abordar casos de suicidio, ediliciamente no se encuentran dispuestos los espacios presentando elementos de suma peligrosidad tales como agujas, bisturíes, medicación, entre otros, no pudiendo garantizarse la seguridad del paciente. Por otra parte, la excesiva demanda no permite la dedicación de tiempo que un paciente con tales condiciones necesita, ni tampoco la posibilidad de brindarle un espacio físico para su contención.

De acuerdo a lo relevado entonces, se evidencia otra profunda separación entre lo que la reglamentación vigente procura y la realidad de la asistencia que los dispositivos generales pueden brindar actualmente. Garantizar las condiciones de cuidado evitando la presencia de elementos potencialmente riesgosos, como evitar la cercanía a ventanas y puertas, son pilares de los lineamientos desarrollados para la atención de urgencias y estos no pueden ser garantizados en la actualidad según lo expuesto por los profesionales que allí desarrollan su trabajo.

Por otro lado, en el abordaje del suicidio, resulta de carácter indispensable el acompañamiento in situ y permanente del paciente, no debiendo permanecer solo en ningún momento, sobre todo si las condiciones de seguridad restantes no están garantizadas. En este

sentido, los lineamientos para la atención en la urgencia enuncian que no se debe dejar solo al paciente y se debe garantizar su acompañamiento por parte del equipo de salud. En cuanto a esto, se encontró en la experiencia de los profesionales entrevistados que en los casos que el paciente debe quedar en observación con acompañamiento resulta muy dificultoso poder brindar el mismo dado que el hospital general no cuenta con los recursos humanos para tal servicio y es muy difícil conseguir la figura del acompañante terapéutico. Este último, según lo relevado, es un poco más factible de solicitar en el ámbito privado a diferencia del ámbito público en el que es inexistente la presencia del mismo quedando librado el acompañamiento del paciente a la existencia y disponibilidad de los vínculos referenciales del mismo.

Del mismo modo, resultó pertinente investigar cual es el grado de capacitación en la problemática del suicidio con la que cuenta el personal sanitario involucrado en la atención. En este punto se encontró una gran falencia en materia de instrucción en todos los trabajadores de distintas especialidades que están en contacto con el paciente, no obstante, se relevó una mayor deficiencia en el área de enfermería. Gran parte de los profesionales entrevistados enfatizaron que el personal sanitario en general cuenta con capacitación médica clínica y carece de formación en materia de salud mental en general y muchos menos en suicidio específicamente e hicieron hincapié puntualmente, dada su cercanía y trato con el paciente, en el área de enfermería, aludiendo que en el hospital general no se encuentran capacitados para trabajar con pacientes de estas características a diferencia de las instituciones monovalentes en donde si reciben capacitaciones específicas sobre estas problemáticas. Asimismo, remarcaron que el personal de enfermería es escaso para la cantidad de pacientes que deben asistir y sus tareas se reducen al control de los signos vitales y el mantenimiento de la higiene, sin saber cómo accionar en situaciones de crisis o desbordes del paciente.

Los resultados encontrados en la experiencia cotidiana de los profesionales confirman lo que enunció Rossetti et al. (2018) en tanto resalta la necesidad de capacitación y formación a los trabajadores de los dispositivos polivalentes que se encuentran afectados al trabajo con pacientes de salud mental, como así también, la incorporación de mayor cantidad de recursos humanos especializados para poder hacer frente a la urgencia y los servicios de guardia en salud mental.

A su vez, en todas las reglamentaciones vigentes se pone especial énfasis en la importancia de la capacitación, aun así, no se encuentra reflejado dicho interés en la práctica de los hospitales polivalentes. Es así como La Ley de Salud Mental enuncia que se deberán promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para aquellos que se desempeñen en

servicios de salud mental. De igual modo y más específicamente, la Ley Nacional de Prevención del Suicidio enfatiza un fuerte interés en capacitar debidamente a los trabajadores de la salud, educación, seguridad, justicia y contexto de encierro, en las distintas áreas de prevención asistencial y postvención bajo el diseño de capacitaciones continuas, siendo la autoridad de aplicación la encargada de promover tales espacios de formación permanente, al servicio de los equipos de salud de los diversos niveles de atención.

Más próximos al final se manifestó la necesidad de indagar acerca de cómo impactó la pandemia en los dispositivos de urgencia generales, cuáles fueron los aspectos más perjudicados y que problemáticas ya existentes fueron cristalizadas. En este sentido, se detectó en el relato de los profesionales que se agudizaron dificultades en torno a la adjudicación de recursos y esfuerzos en salud mental, quedando todos destinados a la atención Covid, las urgencias médicas y terapia intensiva, profundizando de esta manera, la poca relevancia de la salud mental en las instituciones polivalentes. A su vez, trajo aparejado la imposibilidad del ingreso de acompañantes a las instituciones, agravándose de esta forma lo planteado anteriormente en torno al acompañamiento de pacientes que no pueden permanecer solos.

Por otro lado, se encontró una fuerte dificultad para la derivación de pacientes y el inicio de tratamientos en zona de residencia, los profesionales alegaron que los dispositivos de primer nivel no contaban con recursos humanos para brindar la atención adecuada y a su vez tampoco la posibilidad de brindar turnos para la atención ambulatoria. Asimismo, los especialistas sostuvieron que hubo un incremento de casos de intento de suicidio o ideación suicida franca durante la pandemia, esto se veía agravado por la disminución de asistencia y la imposibilidad de internación al detectar riesgo inminente para sí o para tercero.

Los resultados encontrados confirman lo expuesto por Camacho (2021) en cuanto al incremento de la conducta suicida durante el transcurso de la pandemia provocada por el Covid - 19 y particularmente por el confinamiento y los factores asociados a este. De igual forma, se comprueba lo investigado por Ardila - Gomez et al. (2021) en cuanto a la reducción asistencial en salud mental, como así también, lo afirmado por Del Sol Calderon (2021) en cuanto al aumento de los intentos de suicidio producto de la pandemia.

Por último, para finalizar la investigación, resultó de gran valía indagar en los protagonistas cuáles serían las mejoras de relevancia para el abordaje del suicidio en la urgencia general. Se encontró aquí la necesidad de contar con mayor infraestructura, espacios específicos para salud

mental que puedan albergar este tipo de pacientes durante periodos cortos o medianos de tiempo y, a su vez, también disponer de mayor cantidad de recursos humanos.

De la misma forma, se relevó la importancia de capacitar mediante formaciones obligatorias al personal sanitario en materia de salud mental en general y puntualmente en la problemática de suicidio para poder mejorar la asistencia de los pacientes con la aplicación de intervenciones basadas en evidencia para conducta suicidas y para suicidas. Por otro lado, se detectó la importancia de diseñar dispositivos de prevención y postvención en la problemática. Asimismo, los profesionales hicieron fuerte hincapié en la necesidad de articular la especificidad del hospital general en el marco de la Ley de Salud Mental, garantizando los derechos del paciente a partir de la implementación de adecuadas políticas de gestión.

7.1 Conclusión

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante los testimonios recogidos de los profesionales de salud mental, a partir a su experiencia diaria en los dispositivos de urgencias en hospitales polivalentes, se concluye en que se logró dar cumplimiento a los objetivos propuestos para la presente investigación, en tanto, se consiguió un pertinente relevamiento de las limitaciones y posibilidades que experimentan tales dispositivos en el abordaje del suicidio.

A su vez, del análisis de los datos obtenidos se desprende la imperiosa necesidad de lograr una articulación e implementación más real y concreta de lo planteado por la Ley de Salud Mental, hace 12 años atrás, en la actualidad de los dispositivos de urgencias de los hospitales polivalentes. Si bien, el cambio paradigmático propuesto por la misma, fue pensado como progresivo, con metas diseñadas para ser alcanzadas el año 2020, se observa que las mismas, más allá de los años de pandemia atravesados los cuales complicaron sustancialmente el panorama del sistema de salud en general y consecuentemente la salud mental, no se encuentran próximas a ser cumplidas.

Los alcances esperados para la aproximación al logro del nuevo paradigma en salud mental, resultan ser una utopía si no van acompañados de una fuerte decisión política y del aparato del Estado sosteniendo tales cambios paradigmáticos. La realidad demuestra que pensar en el cierre total de las instituciones monovalentes en la actualidad no es más que una fantasía imposible de realizar. Más bien, pensar en la adecuación de tales instituciones en servicio de la atención basada en la comunidad, acompañado de una paulatina adecuación de las instituciones polivalentes en

tanto infraestructura, recursos humanos, capacitación e interdisciplina, resulta ser más realista y alcanzable, siempre y cuando las políticas estatales de gestión e inversión así lo decidan.

Por su parte, la Ley Nacional de Prevención del Suicidio, si bien cuenta con poco tiempo de reglamentación, debe ser puesta en marcha de inmediato en tanto capacitación, prevención y postvención de la problemática, dado que el curso de la pandemia vivida aceleró sustancialmente las manifestaciones de la patología en la sociedad mundial.

Resulta pertinente concluir afirmando que la realidad de los dispositivos de urgencias en salud mental en los hospitales polivalentes tienen la impostergable necesidad de que la salud mental sea efectivamente considerada política de Estado, para lo cual debe ser incluida fácticamente dentro de las políticas del sistema de salud general, resaltando el ineludible deber del Estado de atender y procurar la asistencia del padecimiento mental como cualquier otro padecimiento, concentrando sus esfuerzos en la prevención, tratamiento y postvención del suicidio, en tanto constituye una problemática de salud pública que no está debidamente atendida y crece significativamente a nivel mundial día a día.

8. Aportes y contribuciones de la Investigación

La presente investigación aporta la perspectiva de los/as psicólogos/as y psiquiatras que se desempeñan en el sector de urgencias de salud mental en hospitales polivalentes acerca de cuáles son, bajo su mirada, las limitaciones y potencialidades del dispositivo para el abordaje de la problemática del suicidio. El contacto directo con los profesionales entrevistados permitió relevar empíricamente los aspectos determinantes, en materia asistencial, para brindar un adecuado abordaje a la problemática del suicidio, posibilitando contrastar la realidad de los dispositivos con lo promulgado por la reglamentación vigente en la República Argentina.

A su vez, cabe destacar, que el relevamiento de las limitaciones y potencialidades del dispositivo de urgencias en salud mental llevado a cabo a lo largo del presente trabajo, reviste una sustancial importancia en materia de investigación permitiendo obtener valiosa información en el seno de los dispositivos concretos y reales, posibilitando analizar el abordaje general de la urgencia en salud mental más allá de la problemática aquí estudiada.

El estudio y la investigación de variables que no habían sido, hasta el momento, investigadas en su conjunto aportan la mirada de quienes cotidianamente se desenvuelven en el abordaje de la problemática, poniendo a disposición su experiencia para, a partir de esta, tomar pleno conocimiento de la realidad de los dispositivos asistenciales generales de urgencias en salud mental. Asimismo, se logró relevar las mejoras que los profesionales consideran indispensables para la puesta en funcionamiento de un abordaje general e integral de la salud mental. Será tarea posterior, con el camino ya realizado en la investigación de las limitaciones, trazar estrategias que permitan poner en marcha los aportes considerados por los especialistas.

9. Limitaciones de la Investigación

La resistencia despertada en las autoridades de los servicios de guardia, como así también, en las esferas más jerárquicas de determinadas instituciones, ante la presentación del tema estudiado con la correspondiente entrevista, se tornó una limitación para la investigación en determinados contextos. Algunas instituciones, luego de pasar por un arduo circuito burocrático para solicitar el correspondiente permiso institucional para la administración de la presente investigación, fallaron desfavorablemente, no permitiendo administrar el cuestionario a los profesionales del servicio de urgencias de salud mental.

A su vez, se considera una limitación la baja estadística epidemiológica nacional y los escasos trabajos de rigor científico sobre el suicidio y los efectos de la pandemia en la salud mental, la cual no permite la formulación de antecedentes de referencia en la región e imposibilita el estudio de material teórico sobre la problemática a nivel nacional.

Referencias

- Alfonso, P. G., Ribaudó, P. S., & Spedale, P. M. (2015). " El rol del psicólogo en la Atención Primaria de Urgencias en Salud Mental. Posibilidades de abordaje interdisciplinario.
- Amador Rivera, G. H. (2015). Suicidio: consideraciones históricas. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 91-98.
- Ardila-Gómez, S., Rosales, M. L., Fernández, M. A., Díaz, A. V., Matkovich, A., & Agrest, M. (2021)
- Balluerka Lasa, M. N., Gómez Benito, J., Hidalgo Montesinos, M. D., Gorostiaga Manterola, M. A., Espada Sánchez, J. P., Padilla García, J. L., & Santed Germán, M. Á. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación.
- Beck, A. T., M. Kovacs y A. Weissman (1979). Assesment of suicida intent: The scale for suicide ideation. *Journal Consult Clinic Psychology*, 47, 343-352.
- Bulbena, A., Martin, L. & Arcega, J. (2007). Experiencia de una Unidad Móvil de Urgencias Psiquiátricas en Barcelona. *Avances en Salud Mental Relacional*, 6(3), 1-14.
- Camacho, É. B. (2021). Suicidio: el impacto del Covid-19 en la salud mental. *Revista de Medicina y Ética*, 32(1), 15-39.
- Claros, R. U., & Álvarez, N. S. (2021). Sintomatología depresiva e ideación suicida como consecuencia de la pandemia de COVID-19. *Escritos de psicología*, 14(2), 134-144.
- Cooper, J., Appleby, L. y Amos, T. (2002). Life events preceding suicide by young people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37 (6), 271-275.
- Daly, M., Sutín, A. R., & Robinson, E. (2021). Depression reported by US adults in 2017–2018 and March and April 2020. *Journal of affective disorders*, 278, 131-135.

- Daray, F. M. (2015). La oportunidad de transformar el modelo de atención en salud mental de la Argentina en un modelo basado en fundamentos científicos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*, 26, 382-389.
- Daray, F., Grendas, L., & Rebok, F. (2016). Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. *revista de la Facultad de Ciencias médicas*, 73(3), 205-11.
- De Wilde, E.J., Kienhorst, I.C., Diekstra, R.F.y Wolters, W.H. (1993). The specificity of psychological characteristics of adolescents suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32 (1), 51-59.
- Del Sol Calderón, P., Balaguer, A. P., Heresmann, L. M. S., Benito, E. G., Aranguéz, B. S., Moreo, L. G., & de Arce Cordón, R. (2021). Análisis de la demanda asistencial de conductas suicidas en urgencias psiquiátricas durante el primer mes tras declaración de estado de alarma por COVID 19. *Psicosomática y Psiquiatría*, (16).
- Díaz, A. V., Tosi, A., Benítez, P., Santanocito, G., Garcete, E., Antezza, G., & Córdoba, G. (2018). Salud mental en hospitales generales de la ciudad de Rosario y del Gran Rosario, Argentina. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 29(142), 255-262.
- Durkheim, E. (2003). *El suicidio* (7ª ed.). México: Coyoacán
- Esposito, C., Spirito, A., Boergers, J., & Donaldson, D. (2003). Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 33, 389–399.
- Fazio, V. P., Melamedoff, D. M., Vizzolini, L., & Santimaria, L. (2015). Dos perspectivas del diagnóstico en la urgencia en salud mental: Las normas same y el psicoanálisis. In VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

- Fonseca-Pedrero E, et al. (2017). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 76-85. doi: 10.1016/j.rpsm.2017.07.004
- Fontao, MC, Rodrigues, J., Lino, MM, y Kempfer, SS (2018). Atención de enfermería a personas ingresadas en urgencias por intento de suicidio. *Revista brasileira de enfermagem* , 71 , 2199-2205.
- Fountoulakis, K. N., Apostolidou, M. K., Atsiova, M. B., Filippidou, A. K., Florou, A. K., Gousiou, D. S., & Chrousos, G. P. (2021). Self-reported changes in anxiety, depression and suicidality during the COVID-19 lockdown in Greece. *Journal of affective disorders*, 279, 624-629.
- Gómez, S. A., Rosales, M. L., Fernández, M. A., Díaz, A. V., Matkovich, A., & Agrest, M. (2021). Impacto de la pandemia por Covid-19 en los servicios de salud mental en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13, 8-8.
- Goñi-Sarriés, A., et al. (2018). Diferencias entre los intentos de suicidio y otras urgencias psiquiátricas hospitalarias. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2018; 46 (3), 83-91.
- Grasso, J., Melone, M., Natali, V. G., & Helmich, N. (2020). Tendencia suicida en Argentina y relación con la pandemia COVID-19. In XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Guzzo, E., Taragano, F., Heisecke, S., Krupitzki, H., & Tondo, L. (2018). Impacto emocional y cambios en la conducta profesional a causa del suicidio de pacientes. *V Xerte*, 172.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 4ta edición. Mc Graw Hill.
<https://www.uca.ac.cr/wpcontent/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Ingenieros, J. (1957). *La Locura en la Argentina*. 12. Buenos Aires. Elmer Editor.

- Jerónimo, M. A., Piñar, S., Samos, P., González, A. M., Bellsolà, M., Sabaté, A., & Córcoles, D. (2021). Intentos e ideas de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los años previos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.
- Knox, K. L., Stanley, B., Currier, G. W., Brenner, L., Ghahramanlou-Holloway, M., & Brown, G. (2011). An emergency department-based brief intervention for veterans at risk for suicide (SAFE VET). *American journal of public health*, 102(S1), S33-S37.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental (25 de Noviembre de 2010).
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley N.º 27.130. Ley Nacional de Prevención del Suicidio (11 de Marzo de 2015).
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/245618/norma.htm>
- López Steinmetz, L. C. (2017). Caracterización de riesgo diferencial-demográfico en urgencias psicológicas: intento de suicidio y otros motivos de consulta. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 9(1), 00-00.
- López Steinmetz, L. C. (2017). Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio. *Ciencias Psicológicas*, 11(1), 89-100.
- Losada, A. V. (2014). Uso en Investigación y Psicoterapia del Consentimiento Informado. Kerman, B. y Rodríguez Ceberio, M. (Comps.) *En búsqueda de las ciencias de la mente. Investigación en Psicología sistémica, cognitiva y neurocientífica*, 159-167.
<https://www.aacademica.org/analia.veronica.losada/17>
- Meléndez, L.; Coni, E. R. Consideraciones sobre la estadística de la enajenación mental en la Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires. Ed. Coni. 1880.
- Milner, A., Kolves, K., Gladman, B. y De Leo, D. (2013). Prioridad de tratamiento para la ideación y los comportamientos suicidas en un departamento de emergencias de Australia. *Revista mundial de psiquiatría*, 3 (2), 34.

- Ministerio de Salud y Desarrollo Social República Argentina (2019). Atención de las Urgencias en Salud Mental. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001401cnt-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental-2019.pdf>
- Moscicki, E. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: Toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*, 1, 310–323
- Novas, S. V., & Barthe, M. G. (2017) El hospital y las urgencias de la época. *Salud Mental de niños y adolescentes*. V Xerte, 48.
- O.M.S; “Temas de salud”; extraído el 17 de Junio de 2015 de <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>
- O.M.S. Serie Prevención del Suicidio Transtornos Mentales y cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanía. Ginebra, 2008. ESP. O.M.S. Prevención del Suicidio un instrumento para trabajadores de la atención primaria de salud.
- Osnaya, M. C., Murillo, M. D. P. R., Avila, R. C., & Pérez, J. C. R. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 17-21.
- Pérez, B. S. A. (2004). ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? *Psicología en línea*. Documento en línea, disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/comportamiento.shtml>
- Rivera, N. & Gómez, Á. (2018). Abordaje de las urgencias psiquiátricas en los hospitales generales: una propuesta desde el marco de las urgencias subjetivas. *Psicogente*, 21(39), 203-215. <http://doi.org/10.17081/psico.21.39.2831>
- Rossetti, M. P. C., del Carpio, S. V., & Heredia, A. (2018). Capítulo 16. La atención en salud mental en Hospitales Generales. *Salud Mental y Derecho Derechos Sociales e Intersectorialidad*, 275.

- Sotelo, I. *Tiempos de Urgencia. Estrategias del Sujeto, Estrategias del Analista*. Buenos Aires. JCE Ediciones. 2005.
- Sotelo, I. y Belaga, G. (2008). *Trauma, ansiedad y síntoma: lecturas y respuestas clínicas*. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Sotelo, I. (2011). *Los dispositivos asistenciales para la urgencia en salud mental*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Tobar, F. (2001) *Breve historia de la prestación del servicio de salud en Argentina*. isalud. http://www.isalud.org/documentacion/Breve_historia.pdf
- Vezzetti, H. *La Locura en la Argentina*. Buenos Aires. Paidós. 1985.
- Villardón, G. L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Rontegui.
- Zalsman, G., Stanley, B., Szanto, K., Clarke, DE, Carli, V., & Mehlum, L. (2020). *Suicide in times of COVID-19: review and recommendations*. *Suicide Research Archives*, 24(4), 477-482.

Anexo

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología de UFLO Universidad, desean conocer las limitaciones y potencialidades que presenta el dispositivo de urgencias en el abordaje del suicidio, desde de la mirada de psicólogos/as y psiquiatras que se desempeñan en hospitales polivalentes de CABA. Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer e indagar sobre el funcionamiento del dispositivo de guardias en hospitales polivalentes. Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán a continuación.

La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar o a Gustavo Nahmod, Director de la presente investigación, Docente y Jefe de área clínica, a gustavonahmod@yahoo.com.ar.

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

Firma:

Aclaración:

DNI:

Fecha: