

ARTÍCULO ORIGINAL

Código Z: necesidad de integrar un trabajador social psiquiátrico a la sala de internación del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas. Un estudio piloto

Code Z: The need to integrate a psychiatric social worker into the in-patient unit of the Psychiatry Service of the Hospital of Clínicas. A pilot study

Melgarejo, Osvaldo José¹; Torales, Julio²; Brítez Cantero, José³

¹Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo, Paraguay.

²Departamento de Emergencias y Admisión de la Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo, Paraguay.

³Departamento de Psiquiatría Ambulatoria de la Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo, Paraguay.

RESUMEN

Introducción: en el anexo de la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud se incluye un capítulo que trata de los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, más conocidos dentro de la práctica profesional como “Códigos Z”, debido a su prefijo para codificarlos. Una forma de intervenir sobre estos Códigos Z es a través del trabajador social psiquiátrico. **Objetivo:** los objetivos del presente trabajo fueron determinar la necesidad de integrar un trabajador social psiquiátrico a la sala de internados del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas (Universidad Nacional de Asunción, Paraguay) y describir el perfil sociodemográfico, clínico y la presencia de Código Z dentro de las fichas clínicas de los pacientes. **Metodología:** fue un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, temporalmente retrospectivo, con muestreo no probabilístico, por conveniencia. Se analizaron las historias clínicas de pacientes de 18 años o más, hospitalizados en la sala de internados del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas. Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas. **Resultados:** se estudiaron 284 fichas clínicas de las cuales fueron incluidas 219 al cumplir los criterios de inclusión. 71% de los pacientes era del sexo femenino. Las edades estaban comprendidas entre los 18 y 78 años (media=36±15). El trastorno depresivo mayor fue el principal diagnóstico al ingreso de los pacientes estudiados, ya que el 30,6% registró este trastorno.

Autor correspondiente: Dr. Osvaldo José Melgarejo. Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo, Paraguay. E-mail: osvi_melgarejo@hotmail.com

Fecha de recepción el 30 de noviembre del 2017; aceptado el 29 de diciembre del 2017.

En cuanto a la utilización del Código Z, se observó que el 77,6% registraba este dato en las fichas clínicas y que el 99% de los pacientes no contó con interconsulta de un trabajador social psiquiátrico. En cuanto al diagnóstico de egreso, los trastornos de la personalidad (24,2%) fueron los diagnósticos más frecuentes, seguidos por el trastorno depresivo mayor (20,5%) y por los trastornos psicóticos (20,1%). **Discusión:** casi la totalidad de los pacientes internados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas presenta Códigos Z. Se reafirma la necesidad de integrar a un trabajador social psiquiátrico a la sala de internación del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas, destacándose que el número de trabajadores sociales debe ser el equivalente de uno por cada diez pacientes.

Palabras clave: códigos Z; trabajador social; internación; psiquiatría.

ABSTRACT

Introduction: The annex of the 10th edition of the International Classification of Diseases of the World Health Organization includes a chapter that deals with the factors that influence the state of health and the contact with health services, better known within the professional practice as "Z Codes", due to its prefix to code them. One way to intervene on these Z Codes is through the psychiatric social worker. **Objective:** The objectives of this study were to determine the need to integrate a psychiatric social worker into the in-patient unit of the Psychiatry Service of the Hospital of Clínicas (National University of Asunción, Paraguay) and to describe the sociodemographic and clinical profile and the presence of a Code Z within the in-patients clinical records. **Methodology:** This was an observational, descriptive, cross-sectional study, temporarily retrospective, with non-probabilistic sampling by convenience. We analyzed the medical records of patients 18 years of age or older, hospitalized in the in-patient unit of the Psychiatry Service of the Hospital or Clínicas. Sociodemographic and clinical variables were analyzed. **Results:** 284 clinical records were studied, of which 219 were included after meeting the inclusion criteria. 71% of the patients were female. The ages were between 18 and 78 years (mean=36±15). Major depressive disorder was the main diagnosis at admission of the studied patients, since 30.6% registered this disorder. Regarding the use of Code Z, it was observed that 77.6% registered this information in the clinical records and that 99% of the patients did not have a consultation from a psychiatric social worker. Regarding the diagnosis of discharge, personality disorders (24.2%) were the most frequent diagnoses, followed by major depressive disorder (20.5%) and psychotic disorders (20.1%). **Discussion:** Almost all of the patients admitted to the Psychiatry Service of the Hospital of Clínicas present Z Codes. The need to integrate a psychiatric social worker into the in-patient unit of the Psychiatry Service of the Hospital of Clínicas is reaffirmed, highlighting that the number of social workers should be the equivalent of one for every ten patients.

Keywords: Z codes; social worker; hospitalization; psychiatry.

INTRODUCCION

En el anexo de la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud se incluye un capítulo que trata de los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (1), más conocidos dentro de la práctica profesional como "Códigos Z", debido a su prefijo para codificarlos.

Si bien está citado como un anexo, es bastante frecuente encontrarnos con su presencia dentro de los motivos de consulta, internación y evolución de los pacientes, como factores que mantienen o empeoran la patología. En ese sentido, la Academia Americana de Psiquiatría, en su 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales (DSM-5), les da el título de *“Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”*, incluyéndolos en dicho manual para llamar la atención sobre la diversidad de problemas adicionales que se pueden encontrar en la práctica clínica rutinaria, haciendo énfasis a que pueden o no acompañar a un trastorno mental. Si bien se pueden incluir en la historia clínica, esta no es una práctica frecuente. Estos manuales clasificatorios tienen críticas tanto positivas como negativas sobre su uso y alcance, y dentro de ellas se destaca el hecho de que en los últimos años se ha asistido al fenómeno de la *“medicalización de la vida”*, por el cual la medicina está expandiendo sus límites hacia estados o situaciones que antes no se consideraban objeto de atención sanitaria (3).

Una forma de intervenir sobre estos Códigos Z es a través del trabajador social psiquiátrico, cuya función se centra en ser el nexo entre el hospital y el lugar donde sufre el paciente aquejado de una patología mental severa que motiva su internación: su comunidad (4). De hecho, la inclusión social considera que la discapacidad surge de las limitaciones e inequidades que produce la sociedad al estar diseñada de un modo homogéneo, basado en una idea de *“normalidad”*, por lo que las intervenciones no apuntan a la adaptación de los diversos, sino a la modificación de los ambientes en los que todas las personas son una parte definitoria para que sea posible la participación y la igualdad de oportunidades de los miembros de la sociedad (5). Investigaciones realizadas indican que las características de la red social están asociadas con el nivel de deterioro clínico, calidad de vida y utilización de servicios (6). Los códigos Z y el sufrimiento que producen sobre el paciente no tienen un tratamiento farmacológico e intervenir de esa manera sobre ellos no tiene soporte científico (7), es éticamente cuestionable (8), daña a los pacientes (9) y despierta concepciones históricas sobre la Psiquiatría: una especialidad sobre la *“seguridad”*, que protege a la sociedad *“de los locos”* y viceversa.

Aquí hacemos nuestras las palabras de Mary Richmond (4) quien, en 1917, expresó que *“la insania y la debilidad mental nos llevan más lejos aún de lo que nos lleva el alcoholismo, a internarnos en el territorio en el cual los datos médicos y los sociales no se pueden separar tácitamente”*. Son justamente estos aspectos sociales los que pueden ser objeto de intervención cuando la patología que causa sufrimiento no puede ser más que aliviada (7) y estabilizada en un centro de hospitalización, como es la sala de internación del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas (Universidad Nacional de Asunción, Paraguay), desde donde se construye un modelo en el que las personas usuarias son protagonistas activas de su propio tratamiento y respetadas como sujetos de derechos, y donde la persona usuaria y el personal de la unidad son considerados una comunidad en sí mismos (10). Lo anterior está en consonancia con la Política de Salud Mental 2011-2020 de la República del Paraguay (11), que propone adoptar una estrategia que incluya a todos los sectores y actores sociales involucrados para el logro del bienestar personal y social, colocando al ser humano como protagonista de su propio cambio y realidad, y cambiar el modo de atención con el involucramiento de todos, incluyendo a las personas que presentan discapacidad psicosocial y a sus familiares como parte del proceso de rehabilitación, en un contexto de participación activa e inclusiva de los servicios de salud mental.

El rol del médico psiquiatra dentro de la internación para aliviar los síntomas que motivaron la internación, y el regreso a la comunidad donde se manifestaron dichos síntomas implica un trabajo conjunto, en el que la participación de trabajador social psiquiátrico cobra importancia para romper la doble exclusión (12) (de su medio social y su contexto laboral) e intentar aplicar una rehabilitación psicosocial que muchas veces se encuentra disociada (13) ya que el Trabajo Social es definido como una profesión que se ocupa del individuo inmerso en el tejido social, que vive de manera simultánea diversos problemas y carencias que afectan y alteran su desarrollo personal, grupal y comunitario. Por lo mismo, el trabajador social es un profesional capacitado para la atención y búsqueda de soluciones a determinados problemas de los individuos, de acuerdo con objetivos específicos y viables (14) y su contribución asegura que los derechos humanos sean salvaguardados (15).

Con base en lo anterior, los objetivos del presente trabajo fueron determinar la necesidad de integrar un trabajador social psiquiátrico a la sala de internados del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas (Universidad Nacional de Asunción, Paraguay), así como describir el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes internados, determinando la presencia de código Z dentro de sus fichas clínicas.

METODOLOGIA

El presente fue un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, temporalmente retrospectivo, con muestreo no probabilístico, por conveniencia. Se analizaron las historias clínicas de pacientes de 18 años o más, hospitalizados en la sala de internados del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas, Campus Universitario de la Universidad Nacional de Asunción (San Lorenzo – Paraguay), con o sin consultas previas en el servicio y con o sin diagnóstico psiquiátrico conocido, durante el periodo de diciembre de 2012 a junio del año 2016. Para ser incluidas en el estudio, las historias clínicas debían estar completas, incluyendo la evolución del cuadro y la epicrisis.

Para el cálculo del tamaño de muestra se tuvo en cuenta una proporción esperada de fichas clínicas completas de 19% (16), un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5,2% resultando una muestra mínima de 219 sujetos.

Se confeccionó un instrumento para la recolección de datos relacionados a las variables de interés, que se agruparon según el siguiente detalle:

- Variables sociodemográficas: edad (en años cumplidos), sexo (hombre, mujer), estado civil (soltero, casado, viudo, separado), escolaridad (primaria completa/incompleta, secundaria completa/incompleta, terciaria completa/incompleta), y procedencia (Asunción, Central, Interior).
- Variables clínicas: diagnósticos de ingreso (según criterios del DSM-5), diagnósticos de egreso (según criterios del DSM-5), diagnóstico en Código Z (presente, ausente), intervención del trabajador social durante la internación (sí, no), y días de internación (en cantidad de días).

El análisis de datos se realizó a través de estadística descriptiva, resumiendo los resultados en frecuencias, medias y desviaciones estándar. Se utilizó para ese fin el paquete estadístico Epi Info versión 7.2 (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, Atlanta, Estados Unidos de América).

Durante la elaboración del trabajo se respetaron los Principios de la Bioética y la Declaración de Helsinki. Todos los datos fueron manejados en anonimato y solo para los fines de la investigación.

RESULTADOS

Se estudiaron 284 fichas clínicas de las cuales fueron incluidas 219 al cumplir los criterios de inclusión. 71% de los pacientes era del sexo femenino. Las edades estaban comprendidas entre los 18 y 78 años (media=36±15).

El 23% contaba con escolaridad al nivel terciario completo, el 61% se encontraba soltero y el 57% no trabajaba. En cuanto a la procedencia, aproximadamente el 50% procedía del Departamento Central. El resto de las variables sociodemográficas pueden observarse en la **tabla 1**.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Año de internación		
2012	4	1,8
2013	48	21,9
2014	66	30,1
2015	69	31,5
2016	32	14,6
Sexo		
Hombre	64	29,2
Mujer	155	70,8
Escolaridad		
No escolarizado	3	1,4
Primaria completa	21	9,6
Primaria incompleta	17	7,8
Secundaria completa	46	21,0
Secundaria incompleta	36	16,4
Terciaria completa	51	23,3
Terciaria incompleta	45	20,5
Estado civil		
Soltero	134	61,2
Casado	56	25,6
Viudo	4	1,8
Separado	25	11,4
Trabaja		
Sí	94	42,9
No	125	57,1
Procedencia		
Asunción	54	24,7
Central	109	49,8
Interior	56	25,6

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los pacientes estudiados (n=219)

El trastorno depresivo mayor fue el principal diagnóstico al ingreso de los pacientes estudiados, ya que el 30,6% registró este trastorno. El resto de los diagnósticos al ingreso pueden verse en la **tabla 2**.

En cuanto a la utilización del código Z, se observó que el 77,6% registraba este dato en las fichas clínicas y que el 99% de los pacientes no contó con interconsulta de un trabajador social psiquiátrico.

Teniendo en cuenta los días de internación, se registró una media de 21±18 días (rango: 1-201).

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno depresivo mayor	67	30,6
Trastornos psicóticos	49	22,4
Trastorno bipolar	42	19,2
Trastorno de la personalidad	35	16,0
Trastorno disociativo	6	2,7
Trastorno conversivo	5	2,3
Trastorno obsesivo compulsivo	4	1,8
Trastorno de la conducta alimentaria	3	1,4
Trastorno del espectro ansioso	2	0,9
Aplazado	1	0,5
Delirium	1	0,5
Discapacidad intelectual	1	0,5
Trastorno adaptativo	1	0,5
Trastorno de estrés agudo	1	0,5
Trastorno del espectro autista	1	0,5

Tabla 2. Diagnóstico psiquiátrico al ingreso (n=219)

En cuanto al diagnóstico de egreso, los trastornos de la personalidad (24,2%) fueron los diagnósticos más frecuentes, seguidos por el trastorno depresivo mayor (20,5%) y por los trastornos psicóticos (20,1%). Los demás diagnósticos de egreso pueden verse en la tabla 3.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno de la personalidad	53	24,2
Trastorno depresivo mayor	45	20,5
Trastornos psicóticos	44	20,1
Trastorno bipolar	41	18,7
Trastorno disociativo	9	4,1
Trastorno conversivo	5	2,3
Aplazado	5	2,3
Trastornos adaptativos	4	1,8
Discapacidad intelectual	3	1,4
Trastorno obsesivo compulsivo	3	1,4
Trastorno de ansiedad generalizada	2	0,9
Trastorno de síntomas somáticos	1	0,5
Trastorno por estrés postraumático	1	0,5
Demencia	1	0,5
Trastorno facticio	1	0,5
Delirium	1	0,5

Tabla 3. Diagnóstico psiquiátrico al egreso (n=219)

DISCUSION

La sala de internación del Servicio de Psiquiatría se sitúa dentro del Hospital de Clínicas, un hospital general universitario, y se encuentra conformado por un equipo de médicos, compuesto por el jefe de Cátedra y Servicio, el jefe de Departamento de Internación, profesores (docentes escalafonados), el jefe del Departamento de Emergencias y Admisión, el jefe de sala, médicos residentes y médicos de guardia. A los anteriores se suman el jefe del Departamento de Enfermería y los licenciados, auxiliares y asistentes de Enfermería (10). No cuenta con psicólogos, trabajadores sociales ni terapeutas ocupacionales, tampoco se cuenta con una farmacia interna. El Servicio de Psiquiatría posee 10 camas de internación. La mayoría de las intervenciones en psicoterapia, terapia ocupacional y otras intervenciones psicosociales son llevadas a cabo por el personal médico. Desde el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, tomando en cuenta las recomendaciones de organizaciones internacionales tanto de salud, de salud mental y de defensa de los derechos humanos de personas con trastornos mentales, se reconoce que el equipo multidisciplinario (composición o estructura y funcionamiento) es un factor crucial en la provisión de un servicio efectivo y de alta calidad (17) en salud mental. Desde diciembre del año 2012, el Servicio de Psiquiatría se ha integrado al predio del Hospital de Clínicas en la ciudad de San Lorenzo, cuando anteriormente se encontraba separado y desempeñaba sus funciones de una manera independiente al hospital general, aunque siendo integrante del mismo. La integración representó un progreso en cuanto a que se encuentra en consonancia al modelo de hospital polivalente, más humanista y centrado en las necesidades de la comunidad, entendiendo que *“no hay salud sin salud mental”*. En ese sentido, sigue un modelo centrado en el respeto de los derechos humanos, con una internación de corta estancia y finalidades específicas, bajo el sistema de puertas abiertas (10).

Por su parte, el Hospital de Clínicas cuenta con un departamento de Trabajo Social, que en oportunidades y bajo solicitud participa en colaboración con la sala de internación del Servicio de Psiquiatría, pero al no contar con profesionales formados específicamente en salud mental, ve limitada su tarea a realizar gestiones administrativas.

Como se mencionó más arriba, la reinserción de los pacientes a su ámbito familiar, social y laboral se ve dificultada en muchas oportunidades por otros factores que pueden ser objeto de atención, más allá del propio trastorno; conocidos como “códigos Z”, anteriormente descriptos dentro del eje multiaxial como eje IV (18) y que en nuestro contexto se convierten en obstáculos sociales, culturales y políticos similares a los de otros países de la región (19): tensión entre los derechos y responsabilidades de las familias y los derechos y responsabilidades de los usuarios, lo que se traduce en problemas en el grupo primario de apoyo; diferencias entre quienes creen que los médicos saben qué es lo mejor para un paciente y quienes creen que el usuario es el que sabe lo que es mejor para él mismo, lo que se traduce en un incumplimiento terapéutico y dificulta el acceso a servicios especializados; conflictos entre quienes están a favor de una legislación de salud mental que sólo regule el tratamiento y los derechos del paciente y quienes están a favor de una legislación que también incluya aspectos de promoción y prevención, lo que genera que no haya equidad ni universalidad en la atención para aquellos con problemas económicos, desempleo, alojamiento inadecuado o problemas legales.

En consonancia con los resultados obtenidos en los diagnósticos de ingreso, estudios demuestran que la gravedad del trastorno está relacionada con el uso de servicios, donde aquellas personas con síntomas más graves tienden a usarlos más (20). En el periodo de tiempo estudiado, el trastorno depresivo mayor, trastornos psicóticos, trastorno bipolar, y trastornos de la personalidad fueron los diagnósticos más frecuentes, lo que coincide con otros servicios de internación (21). Dado que en el mundo los recursos para salud mental tienden a ser muy limitados, en comparación a los recursos disponibles para otras enfermedades, es importante poder desarrollar servicios de bajo costo, accesibles y apropiados para mejorar la salud mental. La necesidad de intervenciones multidisciplinarias no se ve solamente en países en vías de desarrollo, tal es el hecho que lleva al Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte a desarrollar una guía sobre adultos con necesidades complejas (incluidas discapacidades de aprendizaje) y necesidades de salud mental: intervenciones de trabajo social (22).

El modelo comunitario de la psiquiatría surgió como una alternativa frente a los interrogantes de cómo disminuir la brecha de tratamiento de los pacientes con patologías psiquiátricas crónicas y graves, como la esquizofrenia, qué se puede hacer más allá de la mera contención hospitalaria y qué estrategias se pueden utilizar para lograr la adaptación del paciente a la comunidad (23), entendiéndose que el impacto de los trastornos mentales no afecta uniformemente a todos los sectores de la sociedad. Los grupos con circunstancias adversas y con menos recursos tienen una mayor carga de vulnerabilidad para los trastornos mentales.

Los servicios de salud mental están ampliamente infra-financiados, especialmente en los países en vías de desarrollo. Aproximadamente, el 28% de los países carece de presupuestos específicos para la salud mental. De los países que poseen dichos presupuestos, el 37% utiliza menos del 1% de sus presupuestos sanitarios en salud mental. La inversión en salud mental equivale a menos del 1% del presupuesto sanitario global en el 62% de los países en vías de desarrollo y en el 16% en los países desarrollados. Por lo tanto, hay un claro desequilibrio entre el impacto de los trastornos mentales y los recursos dedicados a los servicios de salud mental (24). En Paraguay, el 1% de la inversión en salud del gobierno se destina a salud mental. De todo lo invertido en salud mental, el 84% se dedica a hospitales psiquiátricos (25).

En cuanto a los correlatos sociodemográficos de las personas internadas durante el periodo de estudio: el sexo femenino fue el que presentó mayor proporción, 1 de cada 4 estaba casado y al menos 1 de cada 3 pacientes no culminó la educación secundaria, más de la mitad no trabaja, 1 de cada 4 proviene de un entorno rural, lo que sería contrario a lo esperable como factor de riesgo independiente; a excepción del entorno rural, los datos sociodemográficos se condicen con estudios en otros países que contrastan estos datos con la presencia de psicopatología o como protectores de la salud mental (26, 27). Las más altas prevalencias en la manifestación de los trastornos mentales se dan entre los 25 y 35 años y disminuyen en los siguientes años (28).

En el presente estudio, la edad media de los pacientes internados fue de 36 años. Hay una disparidad entre los diagnósticos de ingreso y egreso: esto podría verse como una falta de estabilidad en el diagnóstico de ingreso, pero no debemos dejar de lado que muchos de los trastornos se definen por completo en términos de síntomas que pueden ocurrir en personas sin trastornos, tal separación no es posible en la mayoría de las categorías (29).

Casi la totalidad de los pacientes internados presentó al ingreso o al alta al menos un Código Z, y es en este punto que interesa al rol del trabajador social: a través de alianzas con múltiples sectores públicos, tales como los de la salud, educación, empleo, justicia, vivienda, y otros, así como con el sector privado (según proceda en función de la situación del país) (28), puede implicar intervenciones tanto en la situación social como en la situación de la persona. Los trabajadores sociales en Salud Mental están integrados en un equipo interdisciplinario, entendiendo por tal al conjunto de profesionales encarados con un objetivo común, equiparados en el momento de hacer sus aportes, pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, y capacitados para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema. La composición del equipo puede variar según las necesidades de la población que atiende el dispositivo. El equipo no es un fin en sí mismo, sino que es un instrumento que está también en función del nivel y de la formación de los profesionales que lo integran. En concreto, el trabajador social traslada la vertiente ambiental, relacional, cultural, económica, etcétera, que se incorpora a lo biológico y a lo psicológico para realizar la valoración global del paciente y el plan de tratamiento (30).

Reconocer la influencia de los factores sociales en la aparición y en la evolución de las enfermedades es esencial, pero especialmente si hablamos de patologías de tipo mental. Aspectos sociales que afectan la evolución de las enfermedades mentales son ambientes imprevisibles o muy demandantes, ambientes con mucha carga emocional, ambientes sobreprotectores, actividad excesiva o muy escasa, inactividad, aislamiento social, ser considerado un enfermo, establecer metas muy elevadas o ausencia de proyecto vital; todo esto inserto en un claro desborde de las consultas ambulatorias con un insuficiente desarrollo y devaluación institucional de los programas de atención a la salud mental de la comunidad (31) y con dificultades para el acceso y gozo efectivo de todos los derechos humanos (32). Todo lo anterior es foco de intervención desde el trabajo social (17).

CONCLUSIONES

Tomando en consideración las recomendaciones internacionales sobre el tema y abogando el Consenso de Panamá del año 2010 de *"Salto hacia la comunidad"* se reafirma la necesidad de integrar a un trabajador social psiquiátrico a la sala de internación del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción. Se destaca que el número de trabajadores sociales, u otra disciplina encargada de la evaluación familiar y de los contactos con familiares por semana, debe ser el equivalente de uno por cada diez pacientes (17).

Casi la totalidad de los pacientes internados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas presenta alguno de los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud o Códigos Z. El perfil sociodemográfico de los pacientes es coherente a pacientes internados en servicios similares de la región y las patologías forman parte del conjunto llamado trastornos mentales severos. El paciente con un trastorno mental severo sufre dentro de una comunidad y contexto, muchas veces adverso, al cual debe volver para reinsertarse. Por ello el trabajador social psiquiátrico, formado en salud mental, participa de manera multidisciplinaria de la evolución, desde el ingreso a la sala de internación, para ayudarlo a sobrellevar el impacto que genera la enfermedad, la propia internación y la recuperación (o al menos el alivio) de la salud mental; asimismo, participa en el plan de cuidado después del alta.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). 10ª edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003. [URL](#).
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington VA: APA Press; 2013.
3. Lozano Serrano C, Ortiz Lobo A, González Juárez C. Tratamiento y uso de recursos en salud mental de pacientes sin patología. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2014;34(122):267-281. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352014000200003>
4. Méndez RR, Wraage DA, Costa MA. Trabajo Social en el campo de la salud mental. La discusión sobre el diagnóstico. Prospectiva. 2012;(17):407-435. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i17.1158>
5. Ardila-Gómez S, Hartfiel M, Fernández MA, Ares Lavalle G, Borelli M, Stolkiner A. El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales. Salud Colectiva. 2016;12(2):265-278. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.1000>
6. Goldberg R, Rollins A, Lehman A. Social network correlates among people with psychiatric disabilities. Psychiatric Rehabilitation Journal 2003;26(4):393-402. [URL](#).
7. Charlton BG, Mckenzie K. Treating unhappiness – society needs palliative psychopharmacology. Br J Psychiatry. 2004;185(3):194-195. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.3.194>
8. Helmchen H, Linden M. Subthreshold disorders in psychiatry: Clinical reality, methodological artifact and the double-threshold problem. Compr Psychiatry 2000;41(2 Suppl 1):1-7. [URL](#).
9. Ortiz Lobo A, Ibáñez Rojo I. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. Rev Esp Salud Pública 2011;85(6):513-525. [URL](#).
10. Arce A, Moreno M, Torales J, Rodríguez H, Bogado, A. Medina, A, et al. Normas generales para personas usuarias de salud mental, sus familiares y cuidadores. 3ª ed. EFACIM: Asunción; 2017.
11. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Política Nacional de Salud Mental 2011-2020. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2011. [URL](#).
12. Leão A, Barros S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2011;15(36):137-152. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000100011>
13. Hernández Monsalve M. Rehabilitación psicosocial. Perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica. Estudos de Psicologia. 2011;16(3):295-303. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2011000300013>
14. Tenorio R, Hernández MN. Panorama de la investigación del trabajo social en el ámbito de la salud mental (1970-2000). Salud Mental. 2005;28(4):18-32. [URL](#).
15. Allen R. The role of the social worker in adult mental health services. London: The College of Social Work; 2014. [URL](#).

16. Barrios I, Domínguez K, Coluchi A, Arce A. Estudio piloto sobre el nivel de llenado de las historias clínicas de pacientes de consultorio externo de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. *Rev Par Psiq.* 2013;1(2):36-38. [URL](#).
17. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Guía de criterios de admisión y manejo de personas con trastornos mentales. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2013. [URL](#).
18. Muñoz LF, Jaramillo LE. DSM-5: ¿Cambios significativos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.* 2015;35(125):111-121 <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000100008>
19. Organización Mundial de la Salud. Manual de recursos de la OMS sobre la Salud Mental, derechos humanos y legislación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006. [URL](#).
20. Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña CG, Gómez LC. Prevalence of Mental Disorders and use of Services: Preliminary Results from of the National Study of Mental Health, Colombia, 2003. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2004;33(3):241-262. [URL](#).
21. Ziegenbein M, Anreis C, Brügggen B, Ohlmeier M, Kropp S. Possible criteria for inpatient psychiatric admissions: which patients are transferred from emergency services to inpatient psychiatric treatment? *BMC Health Services Research.* 2006;6:150. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-150>
22. National Institute for Health Care Excellence. Adults with complex needs (including learning disabilities) and mental health needs: social work interventions. In development. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2017. [URL](#).
23. Tabora Zapata EM, Montoya González LE, Gómez Sierra NM, Arteaga Morales LM, Correa Rico OA. Intervención de la esquizofrenia desde el modelo comunitario. *Rev. Colomb. Psiquiatr.* 2016;45(1):46-50. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.09.001>
24. Organización Mundial de la Salud. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. El Contexto de la Salud Mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005. [URL](#).
25. Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Informe WHO-AIMS sobre el Sistema de Salud Mental en Paraguay. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2006. [URL](#).
26. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):593-602 <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
27. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):21-27. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
28. Campo-Arias A, Miranda C, Arturo C. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2008;37(4):598-613. [URL](#).

29. Wakefield J, First M. The Importance and Limits of Harm in Identifying Mental Disorder. *Can J Psychiatry*. 2013;58(11):618-621. <https://doi.org/10.1177/070674371305801107>
30. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013. [URL](#).
31. Garcés Trullenque E. El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de trabajo social*. 2010;23:333-352. [URL](#).
32. Torales J, Villalba-Arias J, Ruiz-Díaz C, Chávez E, Riego V. The right to health in Paraguay. *International Review of Psychiatry* 2014;26(4):524-529. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.926866>