

2014-03-21

Análisis de condiciones facilitadoras e inhibitoras que avizoran los expertos de Mar del Plata a la hora de reorganizar los servicios de salud mental, a partir de promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental

Dellacasa, María de las Mercedes

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/91>

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Título del proyecto:

**“ANÁLISIS DE CONDICIONES FACILITADORAS E
INHIBIDORAS QUE AVIZORAN LOS EXPERTOS DE MAR DEL
PLATA A LA HORA DE REORGANIZAR LOS SERVICIOS DE
SALUD MENTAL, A PARTIR DE LA LEY NACIONAL DE SALUD
MENTAL”**

**Informe final del Trabajo de Investigación correspondiente al
requisito curricular conforme O.C.S. 143/89.**

Apellido y Nombre de los Autores y Matricula:

Dellacasa, María de las Mercedes Matricula: 6093/03

Brissa, María Lucia Matricula: 6061/03

Dobrinin, Ivan Matricula: 6096/03

Director: Lic. Más, Fermín.

Fecha de presentación: 21-06-2012

INDICE

Introducción

Modelo Biológico y Modelo Biopsicosocial. (De los orígenes de la psiquiatría hacia el concepto de Salud Mental).....7

Bibliografía.....25

Conceptos Nodales: Interdisciplina, Bioética, Trabajo Terapéutico y Sujeto de Derecho

Interdisciplina.....27

Bioética.....30

Trabajo Terapéutico.....35

Salud como derecho- Sujeto de Derecho.....38

Bibliografía.....43

Análisis del material recolectado

Análisis Intracategorial

Dispositivos y servicios.....46

Concepto de Salud Mental.....49

Sujeto de Derecho.....53

Interdisciplina.....57

Cultura y subjetividad.....65

Factores facilitadores e inhibidores72

Bibliografía.....83

Análisis Intercategorial

De La salud como mercancía a la importancia de lo sociocomunitario en

Salud Mental

Crisis del sector y nuevas urgencias.....84

Integración social.....90

Desde un objeto de asistencia, hacia un sujeto capaz

Capacidad Jurídica.....94

Modalidades de abordaje: Internación e interdisciplina.....98

Bibliografía.....106

Conclusión.....111

INTRODUCCIÓN

Introducción.

El análisis de las ciencias del hombre para definir conceptos como salud y enfermedad, normal y patológico, demuestran la existencia de un campo ambiguo e indefinido, lleno de contradicciones. Cuando hablamos de Salud Mental la situación no es distinta, se la considera una construcción teórica que no tiene una definición directa.

Para intentar un acercamiento se podría considerar a la salud mental como un “rizoma”, no es una raíz sino un tallo subterráneo. Se extiende bajo la tierra adquiriendo formas imprevisibles, estalla sobre la superficie regalando una planta, y otra, y otra. Lo que diferencia al rizoma de otras plantas se manifiesta precisamente en la parte que normalmente no se ve: por debajo del suelo también hay una estructura. En la teoría filosófica de Gilles Deleuze y Felix Guattari, un rizoma es un modelo descriptivo o epistemológico en el que la organización de los elementos no sigue líneas de subordinación jerárquica, sino que cualquier elemento puede afectar o incidir en cualquier otro (Almirón, 2008).

Entendemos a la salud mental como un campo plural e interdisciplinario que recibe aportaciones de diferentes disciplinas (psicología, psiquiatría, sociología, enfermería, economía, etc). A si mismo, en cada disciplina existen diversas orientaciones que tiene concepciones idiosincrásicas y definen abordajes diferentes y a veces, difíciles de conjugar, sobre la salud mental. Se presenta la posibilidad nuevamente de establecer la analogía con la teoría de Deleuze y Guattari. Varios metros separan a veces, una mata de sus múltiples vecinas, conectadas todas a un rizoma (Almirón, *Ibíd.*).

Es difícil establecer límites claros entre la salud y la enfermedad mental, generalmente se define como polos de un continuo en el que no existe una línea divisoria tajante.

Lo que proponen Guerra y Landaburu (1998), es que cuando hablamos de salud podemos pensar en un equilibrio activo que incluye la propia interioridad del sujeto, su relación con el medio natural, familiar y social. La salud no es igual a ausencia de señales de sufrimiento ni es un estado al que el sujeto arribará o perderá en forma definitiva. Salud implica la noción de adaptación crítica y no aceptación rígida.

Siguiendo la misma línea de trabajo, Paz (1976), considera a la enfermedad como un proceso de dos movimientos: uno ligado a la desorganización (proceso primario) y otro a las formas de reestructuración (proceso secundario). Este proceso implica una continuidad entre la salud y lo patológico.

La diversidad de modelos explicativos y la persistencia de diferentes representaciones sociales de la enfermedad mental hacen inviable un modelo integrativo o un criterio de definición único de salud o enfermedad mental.

Sin embargo, Emiliano Galende (2008) plantea que dentro de este panorama conflictivo, podríamos tener como meta, el lograr cierta coherencia epistemológica y metodológica dentro de estas variables que coexisten en la actualidad.

Dentro de esta variedad de disciplinas que aportan distintas definiciones y métodos para abordar la Salud Mental, tomaremos, el modelo médico de la psiquiatría positiva y por otro lado, la orientación social del conjunto de las estrategias comunitarias. Es decir, una visión biologista de la Salud Mental, y una de corte psicosocial (modelo biológico y modelo biopsicosocial).

Modelo Biológico y Modelo Biopsicosocial. (De los orígenes de la psiquiatría hacia el concepto de Salud Mental)

Para comprender el giro producido hacia el arribo de la Salud Mental, es menester comenzar haciendo un recorrido histórico que tome como punto de partida a la psiquiatría, que fue la primera en responder legítimamente a la demanda en torno a la locura y estableció criterios de salud y enfermedad, acordes a esas demandas y con sus consecuentes modelos de comprensión.

Dichos modelos son producto de ciertos cambios de perspectiva que ha sufrido la psiquiatría a lo largo de su historia. Visualizar estas variaciones ayudará a comprender mejor la llegada de la propuesta de ese giro hacia la salud mental.

La psiquiatría surge a comienzos del siglo XIX respondiendo a la necesidad de ocuparse de cierta parte de la población encerrada en los establecimientos del Hospital General. Este origen será condicionante para el posterior papel ocupado por esta rama de la medicina. En ese momento no era menester definir a la locura, ya que por entonces su espacio social estaba ya ocupado por la práctica del encierro del loco bajo condiciones similares a las de las prisiones y compartiendo esos lugares con sujetos de otros dramas sociales: prostitutas, vagos, pobres, enfermos, patologías venéreas, etc. Lo requerido era diferenciar esos “locos” del resto de la población y que quedaran bajo la tutela de los médicos.

El espacio social del trastorno psíquico respondía a una historia y a una consolidación por este poder del psiquiatra para declarar la alienación y sentenciar la pérdida de libertad. Resistía también las críticas y las denuncias al sistema asilar, que se venían formulando desde sus orígenes (Galende, Ibíd.).

Galende, (Ibíd.), expresa lo siguiente: “Las propuestas de Salud Mental, la fijación de sus principios y criterios de atención, no surgen de la psiquiatría misma sino principalmente de las denuncias de postguerra sobre los manicomios en su impactante analogía con las condiciones de vida de los campos de concentración del nazismo. Estas denuncias llegaron a Naciones Unidas y a la Organización Mundial de la Salud, y desde estos organismos comienza a difundirse por el mundo”. Precisamente, una de las propuestas de la Salud Mental es la de luchar contra el estigma que rodea al enfermo mental, “el desafío es el de transformar un imaginario social construido por la existencia de la psiquiatría y su poder asilar, es decir, del poder del encierro y el control sobre quienes bajo la sentencia de alienación han sido o deben ser encerrados”. La psiquiatría ha optado por la represión y el encierro en lugar de impulsar la integración, esto justificado por “razones de seguridad”.

Resulta pertinente realizar una periodización que nos sitúe en los últimos cincuenta años, donde precisamente surgen las propuestas de reestructuración de la psiquiatría, bajo los principios de la salud mental. Para ello abordaremos el recorrido propuesto por Emiliano Galende, quien plantea cuatro momentos históricos abarcando el periodo anterior a la aparición de la medicina, hasta los años sesenta del siglo pasado donde comienzan a difundirse las propuestas de salud mental. Es necesario aclarar que no se trata de una superación de un momento a otro, sino de dominancias transitorias que hacen que los principios de comprensión y las prácticas que se realizan son en gran parte simultaneas.

Un primer momento es aquel, el más prolongado, anterior a la revolución Francesa, es decir, hasta el año el año 1791, llamado por Galende “Momento político cultural”, en que se sancionan los decretos que darán lugar a la fundación médica de la psiquiatría.

La medicina mental ha querido situar modos míticos y religiosos de comprensión de la locura, como si la nueva disciplina no fundara en ningún mito sus propias consideraciones, sino sobre su razón científica. En esta larga parte de la historia de la humanidad, hasta la revolución burguesa, los sufrimientos mentales existían en el espacio social, con tratamientos diversos. Lo primero y fundamental es que durante más de tres mil años, a nadie se le ocurrió construir un orden jurídico diferente al que regulaba las relaciones entre los individuos sin manifestación de locura (Galende, *Ibíd.*).

Durante mas de tres mil años la humanidad pudo convivir con personas trastornadas buscando comprenderlas dentro de los parámetros de su cultura, mítica religiosa o filosófica. No había por lo tanto un orden jurídico especial para ellos, no existía una disciplina única que sistematizara un conocimiento sobre la locura, como tampoco una institución o especialistas que los trataran (Galende, *Ibíd.*).

Curiosamente muchas de las condiciones del periodo mencionado, son las que ahora se tratan de restablecer para la comprensión y el trato de lo diferente por su trastorno mental, que la sociedad misma intervenga con tolerancia y ayuda, que no sufran el destino del estigma y la exclusión de su sociedad y su familia, que el trato este dirigido a restablecer sus capacidades de integración de la vida social, a la de su comunidad, que quienes los traten no sean solo los especialistas sino que también participen su familia y la comunidad en los criterios para su integración a la vida. Tal como lo plantea Galende, ya no se trata de criterios basados en principios míticos o religiosos, se trata de fundarlos en una racionalidad que fue extraviada durante un período de dominio del positivismo médico y su correlato, los manicomios.

El segundo momento propuesto por el autor, se inicia con la Revolución Francesa, y lo denomina, momento “Médico positivista”.

El positivismo en Derecho y en la Psiquiatría nace en relación a una situación social que reclamaba soluciones. Será la primera vez que surja la idea de asistencia a cargo del Estado, reemplazando la caridad y beneficencia. Por lo tanto, asistencia y pobreza están unidos y se extenderán a toda la población necesitada sin distinción, llámese huérfanos, desocupados, “locos”, etc. Se asiste a partir de entonces a una indiferenciación entre locura y pobreza.

Aun cuando el pensamiento médico positivista naciente ha tendido a ignorar esa confusión entre pobreza y locura, manteniendo la idea de la locura como una enfermedad natural, lo cierto es que la pobreza pura se mantenía en el orden privado, debido a que es responsabilidad del individuo procurarse trabajo e ingreso y el Estado solo lo asiste en condiciones extremas, mientras que la locura y el delito pasan a ser de orden público, ya que el Estado se hace cargo de estos sujetos con el fin de proteger a la sociedad de su presencia. Es así como la enfermedad mental o el delito son las opciones para quienes no responden a las normas del comportamiento o de la Ley.

Quien debe considerarse el padre de la psiquiatría positivista es Esquirol, de los tres pilares sobre los que se sostiene el edificio de esta nueva disciplina: su legitimación académica al integrarse a la medicina y de allí su reconocimiento oficial y la incumbencia del médico por su título de especialista; un orden jurídico especial sobre el trastorno mental, que respalda la incumbencia del médico y de la delegación en su persona de funciones jurídicas como la de privación de la libertad del enfermo; una red extendida de hospitales psiquiátricos que conforman la institución psiquiátrica y el poder instituyente de la subjetividad del “alienado”; la conformación de un imaginario social sobre la

locura como peligrosidad y del psiquiatra como detentador de un poder para dominarla y controlarla (Galende, *Ibíd.*).

A grandes rasgos la configuración de la psiquiatría positivista del siglo XIX cuyos postulados se extienden hasta la actualidad, sostiene: un ideal médico de conocimiento causal, etiopatogénico; el forzamiento de los diagnósticos diferenciales que resultan en una botánica naturalista de especies “descubiertas” y no reconocidas como construcción del mismo diagnóstico, lo cual lleva a diferentes nosografías; un cartesianismo objetivista de fondo que les hace pensar en la “objetividad” de lo que postulan; finalmente, un mecanismo que se fue sofisticando a medida que la biología, especialmente la molecular, fue abrumando los mecanismos biológicos del cerebro. No más misticismo proclaman: se trata de teorías médicas. No más posibilidades de la conciencia o extravíos de la razón: se trata de enfermedades. No más tema de reflexión filosófica o interpretaciones religiosas: está la disciplina médica legitimada para conocerlas. No más prácticas míticas, religiosas o culturales: se trata de asunto de incumbencia de los médicos. No más que la familia, la comunidad o la sociedad se ocupe de convivir con la locura: para esa tarea esta el hospital psiquiátrico (Galende, *Ibíd.*).

El tercer momento esta dado por una verdadera crisis del pensamiento psiquiátrico positivista, cuyo liderazgo mayor entonces lo ostentaba Krapelin. Este momento, Galende lo denominó, “La influencia de la psicopatología”.

Ya a finales del siglo XIX y principios del XX, los estudios de Krapelin, que habían sido presentados como auspiciosos para confirmar la teoría positivista de la causalidad, se muestran decepcionantes e incrementan la disputa con los neurólogos que competían por su incumbencia en los trastornos psiquiátricos. La conmoción en las prácticas de la psiquiatría, sobre la cual los psiquiatras no

exponían ningún argumento que las justificara, especialmente las asilares, surge como efecto de múltiples denuncias y propuestas de un cambio sobre la situación del internamiento asilar.

En su conjunto los intentos de reforma se centran en el manicomio y constituyen un llamado optimista a poner fin a la situación de internamiento del paciente, la reintegración del mismo a la sociedad, el reconocimiento del carácter humano de la locura. En su programa práctico coinciden con las propuestas teóricas de la nueva psicopatología y producen un estallido de las nosografías positivistas abriendo un abanico de teorías comprensivas de la locura (Galende, *Ibíd.*). Se puede afirmar que los cuestionamientos a las prácticas psiquiátricas instituidas, se basan sobre todo en la crítica al manicomio como dispositivo de encierro y control, del reconocimiento de la locura como enfermedad crónica y no como parte de la condición humana, y el cuestionamiento a la medicina mecanicista que sostenía la situación de estos establecimientos.

Las características de su comprensión teórica y las prácticas de estos tres momentos antes mencionados, estaban presentes en la configuración de la atención psiquiátrica al momento de producirse la propuesta hacia el giro de la Salud Mental, y por cierto sigue con los mismos rasgos en muchos países, como Argentina, a pesar de la aceptación oficial de la Salud Mental (*Ibíd.*).

Por cierto que a la llegada de la Salud Mental también estaba presente todo el sistema de servicios y prácticas de la psiquiatría positivista: el consultorio externo en los hospitales privados, la internación en el hospital psiquiátrico y las colonias de rehabilitación. Las prácticas siguieron siendo las mismas, aun cuando la llegada de los modernos psicofármacos ha permitido atenuar los

tratamientos físicos, el encierro y la cronificación de las largas permanencias en esos establecimientos (Galende, *Ibíd.*).

Por último “el Momento de la salud mental” que arranca en los años cincuenta del siglo pasado con diversos procesos de reforma en distintos países de Europa y que habrán de converger luego en una sistematización de estas experiencias y propuestas y recomendaciones de los organismos internacionales de Salud basadas en ellas (Galende, *Ibíd.*).

Antes que la Organización Mundial de la Salud se ocupara de la Salud Mental, en Inglaterra surgen las llamadas “Comunidades Terapéuticas” y se elabora una técnica de intervención denominada “Socioterapia”. Estas experiencias con lo grupal se evidenciaron también en otros países. Nos parece pertinente hacer un breve recorrido del momento fundante en que lo grupal comienza a tener estatuto propio y como luego esto influirá en los conceptos de Salud y Enfermedad.

La calificación del grupo como contexto de tratamiento de las enfermedades psíquicas es conocida desde tiempos lejanos. La primera revolución psiquiátrica hace del grupo un instrumento terapéutico que provee una alternativa a la contención y al aislamiento entre los muros del asilo: el vínculo intersubjetivo cura. (Kaes, 2000)

El crecimiento de los abordajes grupales se dio en una sociedad en la cual lo grupal y lo comunitario eran una forma de resolver problemas. (Carpintero y Vainer, 2004)

Los dispositivos de tratamiento individuales se revelan inadecuados en todos los casos en que las transferencias no pueden establecerse en el marco del coloquio singular terapeuta-paciente. No son pertinentes cuando están en

juego las conjunciones de subjetividad que organizan la patología de los vínculos de pareja, de familia, de institución. (Kaes, Op. Cit.)

El interés prestado al grupo por las “ciencias humanas” está estrechamente asociado a los diversos componentes de la crisis del mundo moderno. Los períodos de desorganización social y cultural se caracterizan por el debilitamiento de los garantes metasociales y metapsíquicos: por la alteración de sus funciones de encuadramiento, de creencias compartidas y de representaciones comunes. Al tambalearse esos garantes, que recogen todo lo implícito de una cultura, resultan particularmente afectados los fundamentos del orden simbólico: la ley q se impone a todos y organiza al conjunto es sustituida por la arbitrariedad y la anomia. (Kaes, Op. Cit.).

Dentro de los Momentos Fundadores de lo grupal y su análisis, mencionaremos en primer lugar lo ocurrido en Inglaterra con Bion y Foulkes, y en segundo lugar tomaremos a Kaes para hablar de estos momentos de iniciación del trabajo con lo grupal, particularmente en Francia.

Meses después de comenzar la Segunda Guerra Mundial, Bion Y Foulkes, ponen en marcha un dispositivo de grupo al que instituyen según el modelo de la cura: a partir de esta nueva situación psicoanalítica fundan las bases de una teoría de los grupos. Son las primeras teorías psicoanalíticas del grupo q tratan a este como una entidad psíquica específica. (Kaes, Op. Cit.).

Respecto de Bion, una de sus primeras experiencias con grupos como objeto de estudio fue como director del sector de rehabilitación de un hospital psiquiátrico militar durante la Segunda Guerra Mundial. Los pacientes debían ser adiestrados para reintegrarse a sus tareas militares. Bion se propuso considerar la rehabilitación como un problema grupal; por lo tanto organizó el sector a su cargo de acuerdo con este enfoque. (Grinberg, 1973)

Más adelante, en la Tavistock Clínic, de Londres, Bion se ocupó del tratamiento de pequeños grupos que le fueron encomendados como terapeuta. Con el propósito específico de ayudar a esclarecer las tensiones que surgían en los mismos, y con una técnica que consistía en la descripción de las situaciones creadas en el grupo que parecían oponerse a la realización de la tarea propuesta, elaboró algunas hipótesis acerca de los complejos fenómenos grupales que se ofrecían a su observación. (Grinberg, *Ibíd.*)

Foulkes, pertenecía a la llamada: corriente del grupoanálisis. Debió buscar alternativas terapéuticas ante los fracasos de la cura tipo. Conservó las ideas centrales del Gestaltismo y del abordaje estructural del comportamiento: la totalidad antecede a las partes, es más elemental que ellas, no es la suma de sus elementos: el individuo y el grupo forman un conjunto del tipo figura-fondo.

El grupoanálisis es un método de investigación de las formaciones y los procesos psíquicos q se desarrollan en un grupo: funda sus conceptos y su técnica en cientos datos fundamentales de la teoría y del método psicoanalítico. Es una técnica de psicoterapia psicoanalítica de grupo (Kaes, *Op. Cit.*).

En Francia, el desarrollo de las prácticas psicoanalíticas del grupo al final de la Segunda Guerra Mundial se efectuó, en un primer movimiento, como efecto de los esfuerzos emprendidos para reconstruir la organización económica y social quebrantada por el conflicto del que el país acababa de salir. Esas prácticas presentaban varios tipos de ventajas: la posibilidad de proponer tratamientos psíquicos a un número mayor de sujetos era particularmente congruente con los objetivos de la Seguridad social, recientemente creada. El acento que ponían en los procesos de resocialización y readaptación del yo desarrollaba, a

escala de la sociedad, una forma de ilusión: hacer del grupo la palanca psicológica para la resolución de los problemas sociales. (Kaes, Op. Cit.).

René Kaes, formuló a finales de la década del sesenta la hipótesis según la cual el grupo es la sede de una realidad psíquica propia. Esta realidad específica es producida, contenida, transformada y administrada por lo que él llamó aparato psíquico grupal, en el principio del cual actúan organizadores inconcientes descritos como “grupos internos”. El modelo del agrupamiento psíquico grupal se centra en las articulaciones entre el sujeto y el grupo, precisamente en los anudamientos de los efectos de grupo con los efectos del Inconciente.

Para sintetizar, podemos mencionar diferentes efectos en términos “jurídicos” que sucedieron en varios países a raíz de estas experiencias y/o paralelamente a las mismas:

- En Inglaterra, la sanción de la Ley de “Seguridad Social” y luego, la creación del “Servicio Nacional de Salud Mental” (con el fin de mejorar el régimen de los Hospitales Psiquiátricos, promoviendo, entre otras cosas, a las comunidades terapéuticas como nuevos dispositivos).
- En Estados Unidos, en 1963, la creación del “Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria”.
- En Francia, se sanciona la Ley de Salud que crea la denominada: “Política de Sector” (promoviendo la atención psiquiátrica por fuera de los Hospitales psiquiátricos).
- En Italia, comienza el cierre del Hospital psiquiátrico de Trieste y se sanciona la Ley de Salud Mental 180.

Tanto las comunidades como las nuevas técnicas respondían más a criterios sociológicos que médicos y mostraban ser una herramienta útil para la recuperación de los pacientes.

Respecto de la OMS, es a partir de 1957 que se sanciona la propuesta de los servicios psiquiátricos hacia la Salud Mental. Algo se había modificado, “había ocurrido un cambio de lenguaje”, textualmente Galende dirá:

“Ya no se habla en términos médicos de enfermedad, se habla en términos sociológicos o en categorías políticas de comunidad, de democratización, de participación social, de gestión social, etc.”(Galende, Op. Cit.).

Se reconoce al problema del manicomio como social y político que involucra a la comunidad toda, por lo tanto comienzan a intervenir en su solución, profesionales de diversas disciplinas. Sin embargo, “poco y nada se fundamentaron estas propuestas en nuevos criterios de comprensión del sufrimiento psíquico, este terreno quedó en manos de la psiquiatría y en lo que aportaban nuevos profesionales que se incorporaron a la atención en los hospitales psiquiátricos” (Galende, Op. Cit.).

Esto ocurrió así ya que los fundamentos de la atención siguieron siendo los de la psiquiatría ya que no se proponía fundar un nuevo modo de comprensión y acción sobre estas bases sanitarias alternativas, como por ejemplo, ir cerrando progresivamente los hospitales psiquiátricos, o lograr la participación de los usuarios y sus familias en el proceso de atención del trastorno, entre otros.

Para intentar sintetizar las ideas previamente expuestas en relación al desarrollo histórico del concepto de Salud Mental, Almirón (2008) realiza una distinción clara entre el Modelo Biológico y el Psicosocial y lo articula con el binomio Salud- Enfermedad.

De esta manera, entender a la salud como parte de un proceso social, supone un primer cuestionamiento del modelo biológico y, por consiguiente un primer paso hacia el modelo biopsicosocial.

Las repercusiones que tiene el considerar la salud como un problema social son claras, ya que la responsabilidad sobre la salud y la enfermedad ya no es un tema exclusivamente médico. Es más, señala el camino a seguir: la desmedicalización de los problemas relacionados con el binomio salud-enfermedad, algo impensable desde el modelo biomédico. (Almirón, *Ibíd.*).

El paradigma de la ciencia biomédica conceptualiza la enfermedad como un daño en el funcionamiento o en la estructura de un componente individual o de la relación entre los componentes que constituyen al individuo como organismo, y la salud como el buen funcionamiento de éste; es decir que el modelo biomédico define la salud como la ausencia de signos objetivos de que el cuerpo no funciona de forma apropiada o de síntomas subjetivos asociados a las disfunciones orgánicas. (Almirón, *Ibíd.*).

Para este modelo la salud es algo discontinuo. Sostiene que la mente y el cuerpo tienen funciones independientes, se trata de entidades separadas; una anímica y abstracta, otra corporal y material. Los cambios biológicos son considerados independientes del estado mental, aunque sí pueden tener consecuencias psicológicas. (Almirón, *Ibíd.*).

Al afrontar esta relación entre los factores sociales, la salud y la enfermedad, el profesional de la salud se adentra en relaciones de mayor complejidad, tales como la influencia de la enfermedad o la salud sobre las conductas y viceversa; dependencia recíproca que a su vez es influida por la relación del hombre con su entorno social, por la posición socioeconómica que ocupa en este entorno y por su conducta social propiamente dicha (Almirón, *Ibíd.*).

El modelo biopsicosocial se define como un acercamiento sistemático a la enfermedad que enfatiza la interdependencia de los factores físicos, psíquicos y sociales que intervienen en ella, así como la importancia de abordar la enfermedad en todos sus niveles. Sus bases teóricas se hallan en la Teoría General de los Sistemas, ésta sostiene que las cosas naturales se comprenden mejor en términos de jerarquía de sistemas, en la que cada sistema está compuesto por otros sistemas más pequeños, al tiempo que forman parte del otro mayor. Así, pues todo sistema es, a la vez un todo y una parte. (Almirón, *Ibíd.*).

Desde el modelo biopsicosocial la salud es un problema social y político, cuyo planteamiento y solución pasa, necesariamente, por la participación activa y solidaria de la comunidad. Este modelo plantea una nueva perspectiva sobre la salud, que implica concebir la salud en positivo y una concepción social de las acciones de salud (Almirón, *Ibíd.*).

De todo lo anterior se desprende que el desarrollo de la salud no es un problema individual, sino una condición y consecuencia de la acción social, pero que su vez, tiene una respuesta individual que depende del tipo afección, la personalidad y el funcionamiento de las mediaciones sociales ante la enfermedad. Y aquí se introduce otro factor que interactúa en el problema, el aspecto subjetivo de la salud, que no solo es consecuencia de los factores antes mencionados sino que también influye en ellos (Almirón, *Ibíd.*).

Lo que sostienen Almeida Filho y Silva Paim (1999), es que en el momento actual, los marcos de referencia de la salud en el ámbito colectivo que dominaron el pensamiento sectorial durante más de medio siglo parecen agotados, encontrando serias dificultades y limitaciones, configurando lo que se denomina la “crisis de la salud pública”. En ese particular, se pueden identificar

algunas señales de ese agotamiento; por ejemplo, en todas partes, con la creciente tecnificación de la práctica médica y la biologización de los modelos conceptuales se observa un debilitamiento de los discursos “sociales” de la salud.

Estos autores, entienden a la Salud Colectiva como campo científico, donde se originan saberes y conocimientos acerca del objeto “salud” y donde operan distintas disciplinas que lo contemplan bajo varios ángulos; y como ámbito de prácticas, donde se realizan acciones en diferentes organizaciones e instituciones por diversos agentes (especializados o no) dentro y fuera del espacio convencionalmente reconocido como “sector salud”.

“Actualmente, la Salud Colectiva se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras, mucho más que cualquier otro movimiento equivalente en la esfera de la salud pública mundial”. (Almirón, *Ibíd.*).

Conforme a lo expresado por Silva Paim (*Op.cit.*) el objeto de la Salud Colectiva es construido en los límites tanto de lo biológico como de lo social y comprende la investigación de los determinantes de la producción social de las enfermedades, así como también, la organización de los servicios de salud, y el estudio de la historicidad del saber y de las prácticas sobre los mismos. En ese sentido el carácter interdisciplinario de ese objeto sugiere una integración en el plano del conocimiento y en el plano de la estrategia, de reunir profesionales con múltiples formaciones.

De esta manera, “la superación del biologismo dominante, de la naturalización de la vida social, de la subordinación a la Clínica y de su dependencia del modelo médico hegemónico, representan elementos significativos para el marco conceptual de la Salud”. Almeida Filho y Silva Paim (*Op. cit.*).

El Modelo Médico Hegemónico se constituye y se instituye en los países capitalistas centrales, coetáneamente con el proceso de obtención de hegemonía por parte de la burguesía, y cuando la relación de clases fundamentales en dichas sociedades se establece a través de las relaciones burguesía-proletariado (Menéndez, 2008).

El Modelo Médico se va a imponer en las clases dominantes pero también en los trabajadores urbanos instituyéndose cuando las clases subalternas urbanas, entre ellos los trabajadores industriales, mejoran su nivel de vida y empiezan a lograr determinados beneficios sociales y esto se da como resultado de sus luchas y de las necesidades productivas y legitimadoras de la clase dominante.

La percepción positiva de la medicina científica por parte de los trabajadores, tiene que ver con procesos ideológicos y técnicos que operan a nivel de la sociedad global, pero también de la particularidad de sus propios procesos de trabajo. De hecho las prácticas científicas van emergiendo como más eficaces, como técnicas que pueden curar más rápidamente que las prácticas tradicionales. Además los padecimientos que los trabajadores relacionan directamente con su trabajo son básicamente los accidentes laborales.

La desocupación cíclica, y el "no trabajo" por enfermedad, constituían dos de los más graves problemas para la familia proletaria. Si bien el primero no tenía solución "legal", el segundo necesitaba ser solucionado rápidamente a través de la intervención médica (Menéndez, *Ibíd.*).

La restitución de la salud o la reparación de la enfermedad se deben dar en forma inmediata con el objetivo de no dejar de trabajar y seguir recibiendo su salario en el "mercado libre" laboral.

La medicina científica es percibida como más rápida, como más eficaz, como aquella que puede incidir más positivamente sobre determinados padecimientos (Menéndez, Ibíd.).

La salud de los "ciudadanos" aparece ponderada desde fines del siglo XVIII como necesaria para el desarrollo del Estado. Este proyecto funcionó inicialmente a nivel ideológico, pero ulteriormente operó en un nivel estructural relacionado con los cambios generados a partir de fines del siglo XIX en el proceso productivo, lo cual implicó la reducción del tiempo de trabajo, pero el incremento de los ritmos de producción. Las nuevas exigencias laborales implicarán el máximo rendimiento durante el menor tiempo; y en función de ello la necesidad de un trabajador en las mejores condiciones de salud posible (Menéndez, Ibíd.).

El conjunto de las clases sociales van a ver en el Modelo Médico el medio más eficaz de cura y control de determinadas enfermedades y "desviaciones".

Los caracteres dominantes de dicho modelo son su biologismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo, individualidad, participacionismo subordinado, etc., que justamente determinan un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona, o a lo sumo en un ambiente "natural", donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta, y donde el sujeto y/o los conjuntos son considerados siempre como "pacientes" (Menéndez, Ibíd.).

La práctica médica que surge de este modelo es una práctica reparativa, que reduce su nivel de análisis al individuo o a lo sumo a la suma de individuos, y que no puede referir radicalmente sus políticas de salud a los factores

económicos-políticos e ideológicos determinantes de la enfermedad, pues ello supondría de hecho afectar al proceso dominante. (Menéndez, Ibíd.).

Lo biológico y, solo en los casos en que sea necesario, lo psicológico aparecen como los horizontes a través de los cuales se plantea la causalidad y la solución.

El Modelo Médico cumple cuatro funciones básicas: a) curativo-preventiva; b) normatizadora; c) de control y d) de legitimación. La primera función, la curativo-preventiva es la que aparece generalmente como la única, o por lo menos como la reconocida como más importante y relevante. Y en cierta medida así lo es; en el nivel manifiesto y aparente la curación y secundariamente la prevención, aparecen como las funciones más frecuentes, como aquéllas con las cuales se identifica la práctica médica. Más aún, todas las otras funciones necesitan manifestarse a través de esta función; sólo pueden ser asumidas en la medida que sus objetivos sean por lo menos formalmente curativo-preventivos. Las otras funciones, sobre todo la b) y c) son parte implícita del trabajo médico: este necesita normalizar para actuar; requiere controlar para ser eficaz. (Menéndez, Ibíd.).

El término "vigilancia epidemiológica" expresa en toda su transparencia este proceso, que en todos los casos supone además una organización jerarquizada de la normatización y del control, así como una participación pasiva de los "pacientes".(Menéndez, Ibíd.).

Toda practica médica generada por el Modelo Médico, supone aún en sus principales avances objetivos la posibilidad de controlar y normatizar, y desde esta perspectiva contribuir a la reproducción ideológica de determinadas relaciones dominantes. (Menéndez, Ibíd.).

Además, en los países capitalistas, el predominio que existe de las prácticas curativas contribuye en forma notable al aumento del capital a través de la denominada "industria de la salud".

Es el predominio de este modelo curativo el que se expresa en la ineficacia o en una eficacia limitada y diferencial de la aplicación de los programas que deberían actuar sobre las causas básicas de mortalidad y morbilidad; desnutrición, saneamiento, accidentes, contaminación, etcétera. Las prácticas curativas sólo pueden operar limitadamente sobre nuestros principales problemas de salud física y mental. (Menéndez, *Ibíd.*).

Ya sea en referencia a la programación de actividades, o a las acciones en sí, no debería ser el eje biológico el único que entre en consideración, sino que es fundamental tener en cuenta la importancia de una mirada que abarque los criterios de tipo económico, social y cultural, para un abordaje más acorde a la importancia que merece la cuestión.

Es en el abordaje del proceso de salud-enfermedad donde la interdisciplinariedad entre las ciencias biológicas y las sociales tendrá que enfrentar los mayores desafíos ya que habría una diferencia esencial entre plantear el proceso biológico humano como un fenómeno natural y postular que, aún siendo un proceso biológico, asume formas históricas específicas.

Bibliografía

- Almeida Filho, N. (2006) *Complejidad y Transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de concepto y aplicaciones*. En Revista de Salud colectiva, UNL: Buenos Aires. Año/Vol 2, núm 2, mayo-agosto. p. 123-146
- Almeida Filho, N. y Silva Paim, J. (1999). *La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica*. En Cuadernos Médico Sociales. Rosario, N° 75.
- Alimirón, L. (2008). *Construcción rizomática del concepto de Salud Mental*. Alcmeon. En revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, núm 4, p. 56 – 65
- Carpintero, E y Vainer, A. (2004). *Las huellas de la memoria*. Editorial Topia. Buenos Aires. Argentina.
- Galende, E. (2008) *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. Editorial Lugar. Buenos Aires. Argentina.
- Grimberg, L y Bianchedi, E. (1973). *Introducción a las ideas de Bion*. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. Argentina.

- Guerra, M. M. y Landaburú, M. M. (1998). *Reflexiones en Torno al Concepto de Salud*. Ficha de circulación interna de la materia Instrumentos de Exploración Psicológica II. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Kaes, R. (2000). *Las teorías psicoanalíticas del grupo*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina.
- Menéndez, E. (2008) *Modelos de atención de los padecimientos de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. En Spinelli, H. (comp) Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas. Editorial Lugar. Buenos Aires. Argentina.
- Paz, R. (1976). *Psicopatología. Sus fundamentos dinámicos*. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. Argentina.

Conceptos Nodales: Interdisciplina, Bioética, Trabajo Terapéutico y Sujeto de Derecho.

Interdisciplina

La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones, imbricadas con cuerpos conceptuales diversos. (Najmanovich, 2006).

Como primera aproximación y siguiendo a Morín (2006), diremos que la disciplina “es una categoría organizacional en el seno del conocimiento científico; ella constituye allí la división y la especialización del trabajo y responde a la diversidad de los dominios que recubren las ciencias”. De modo tal que debemos reconocer la complejidad que caracteriza a todo conocimiento científico y como consecuencia, la imposibilidad de reducirlo a una única disciplina.

En la misma línea de pensamiento, la interdisciplina puede ser pensada como una herramienta que en el campo del conocimiento ofrece un camino para superar aquella fragmentación del saber que la especialización parece hacer inevitable, permitiéndonos realizar una cierta unidad del saber, no como una "reducción a la identidad" sino como toma de conciencia de la complejidad de las realidades que nos rodean, la cual requiere que el verdadero entender de esta complejidad, consista en tomar en cuenta las diferencias y al mismo

tiempo comprender las razones y el sentido de su estar juntas y relacionadas (Agazzi, E. 2002).

Siguiendo a este autor, la interdisciplina permite dar solución a la fragmentación que la especialización supone a través del reconocimiento de las diferencias que hacen a la complejidad de la realidad.

Resulta muy claro entonces que, “la interdisciplinariedad no puede pensarse como contraposición a la especialización, sino como una armonización de varias especializaciones en vista de la comprensión y solución de un problema” (Agazzi, *Ibíd.*).

De esta manera se acuerda con la definición que da Fazzio y Sokolovsky, (2006) acerca de la interdisciplina, que la misma “supone la armonización de diferentes enfoques y miradas sobre un mismo objeto de estudio cuyo producto final excede al de una disciplina en particular”.

Siguiendo a Stolkiner (1999), resulta imposible la fragmentación de los problemas a abordar, por lo que, es necesario, renunciar a considerar que la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema, lo que implica reconocer su incompletud.

Lo enunciado por Fazzio y Sokolovsky (Op. Cit.), es fundamental para comprender el trabajo en equipo: la acción interdisciplinaria es condicionada y condicionante del equipo para resolver las diferencias que puedan surgir. Las diferencias en el equipo de trabajo en la medida que sean ejes superadores permitirán el crecimiento del grupo, a la vez que mejorar su capacidad de acción y reacción frente a distintas situaciones en las que deba intervenir.

Siguiendo esta línea de pensamiento y en relación a los equipos interdisciplinarios, Stolkiner (Op. cit.) considera que el énfasis deberá estar puesto en la producción de acciones sin perder de vista que “las disciplinas no

existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas”.

Ya es sabido que la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina. La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción. Para que pueda funcionar como tal, un equipo asistencial interdisciplinario requiere la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios. El tiempo dedicado a éstos - sean reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos, reuniones de elaboración del modelo de historia clínica única, etc.- debe ser reconocido como parte del tiempo de trabajo. (Stolkiner, Op. Cit.).

En este párrafo, la autora señala que solo debemos considerar como interdisciplinarios a aquellos equipos donde exista un marco de representaciones comunes entre las diferentes disciplinas que lo integren, en el caso de equipos asistenciales, estos deberán compartir actividades y dispositivos que les permitan lograr una construcción conceptual común de cada problema a abordar.

Stolkiner (Op. cit.) por otra parte da cuenta de lo que para ella debe entenderse como transdisciplina y para ello recurre a la metáfora de la orquesta sinfónica: en la que cada instrumento tiene su especificidad, su técnica y sus ensayos particulares. Si llegamos antes de que el concierto comience, oiremos una polifonía inarmónica. Sin embargo, cuando la sinfonía comienza, es una. Un solo producto que, no obstante, contiene la diversidad de sonidos de cada instrumento de una manera que no se explica por simple adición. Si reemplazáramos los instrumentos por las disciplinas, la sinfonía, esa única

sinfonía, esa unidad que desaparecerá apenas termine la ejecución, sería lo transdisciplinario. Este momento transdisciplinario sería, por ejemplo, el producto de una investigación referida a un problema definido conceptualmente de manera interdisciplinaria o la estrategia que se propone un equipo asistencial frente a una situación específica. Es una situación en construcción continua, no un estado. La tensión entre diferenciación e integración no se resuelve nunca de manera acabada y reaparece frente a cada problema a abordar.

De modo tal que la transdisciplina no es un estado, sino un producto, una unidad resultante de la actividad del equipo interdisciplinario, que se renovará con cada nuevo problema a solucionar.

Bioética

La Bioética debe ser considerada como una rama de la ética, más específicamente, de la ética aplicada.

Unos años después de la Segunda Guerra Mundial el Doctor Van Rensselaer Potter, obligado a enfrentar la creciente deshumanización en el trato con pacientes en estadio terminal de cáncer, atendidos en Unidades de Cuidados Especiales o Intensivos, comienza a reflexionar sobre el efecto del desarrollo científico-técnico, que había invadido el campo de las ciencias médicas, en el paciente, quien había sido visto hasta ese momento como alguien pasivo en el proceso salud-enfermedad, delegando o, mas bien, obligado a delegar su derecho de libertad de elegir lo mejor para él, en el personal de salud.

Así, Potter, elabora su teoría acerca de una nueva disciplina, la Bioética, para estudiar justamente los problemas morales surgidos al calor del desarrollo científico.

Siguiendo a Cohen, D. (2004), es desde la década de 1960 que toman relevancia los problemas éticos tanto en atención de la salud como en las ciencias biomédicas. Este fenómeno es el resultado de varios acontecimientos:

- El de desarrollos novedosos y revolucionarios de las ciencias biomédicas y de la medicina clínica.
- La preocupación sobre la clase de poder que los profesionales de la salud y los científicos ejercen, lo cual puede verse en la defensa de los derechos de los pacientes a tomar decisiones que los afecten.

Una vez establecido el diagnóstico y el pronóstico del paciente, la decisión respecto al mismo involucra cuestiones éticas, y la decisión misma es de índole ética, en cuyo marco los deseos expresados alguna vez por el paciente, o las opiniones de sus familiares o allegados, no pueden no tomarse en cuenta y hasta deben desplazar el punto de vista personal de los miembros del equipo sanitario. (Cohen, *Ibíd.*).

Esta autora plantea respecto a la Bioética algunas cuestiones:

- En primer lugar, su meta no es la defensa o apoyo de un grupo de reglas, sino una mejor comprensión de los problemas.
- En segundo lugar, está preparada para formular preguntas filosóficas complejas acerca de la naturaleza de la ética, el valor de la vida, el significado de ser persona, el significado de ser un ser humano, entre tantas otras.
- En tercer lugar, abarca temas de políticas públicas y de la Distribución de los recursos en salud.

La Bioética es un campo nuevo de estudio e investigación.

Los viejos códigos de ética se encontraban a menudo expresados en forma de juramentos. El más conocido para la tradición occidental es el Juramento Hipocrático, el cual constituye el punto de partida de la ética médica de Occidente.

El Juramento Hipocrático prefigura los Principios de Beneficencia y No-maleficencia: los profesionales sanitarios deben actuar para beneficiar a sus pacientes y, en principio, deben impedir el daño. La ética médica tradicional se ha basado en estos dos principios fundamentales: "No dañar" y "Hacer el bien", principios que han sido exigidos, a lo largo de los años, a los médicos en ejercicio y, a partir de finales del siglo XIX, se ha hecho extensivo su cumplimiento a todos los profesionales de las ciencias médicas.

Es claro entonces que, desde tiempos inmemoriales, se supo que las dificultades morales que suelen presentarse en la atención sanitaria son tan importantes y complejas que requieren de una reflexión especial. La Bioética brinda la posibilidad de pensar críticamente en torno de esas y otras cuestiones importantes y complejas.

La Bioética, en la medida en que se centra en los valores morales involucrados en esas cuestiones, constituye una disciplina que debe ser repensada, una y otra vez, ante las nuevas prácticas que las nuevas tecnologías biomédicas están haciendo realidad. (Cohen, *Ibíd.*).

Los cuatro principios fundamentales de la Bioética:

A los principios tradicionales de la ética médica, la Bioética añade dos nuevos principios: la autonomía (del paciente) y la justicia (que debe ejercer la sociedad a través de sus instituciones de salud).

1. Principio de no maleficencia:

Este principio, como ya se indicó anteriormente, fue formulado en la medicina hipocrática y su premisa fundamental es no hacer daño al paciente. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana. Adquiere relevancia ante la ciencia y la tecnología debido a que sus avances en ocasiones pueden acarrear daños o riesgos.

2. Principio de beneficencia:

Se trata de la obligación de hacer el bien. Es otro de los principios clásicos hipocráticos. El problema es que hasta hace poco, el médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente (modelo paternalista de relación médico-paciente). Por lo tanto, actualmente este principio está relacionado al respeto por la autonomía del paciente, a sus valores, cosmovisiones y deseos.

Por otro lado, no se puede buscar hacer un bien a costa de originar daños. Matizado de esta manera por el principio de no maleficencia, el principio de beneficencia apoya la idea de innovar y experimentar para lograr beneficios futuros para la humanidad, y el de ayudar a otros a alcanzar mayor bienestar, salud, cultura, etc.

3. Principio de autonomía o de libertad de decisión:

Puede ser definido como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen

respecto de su salud. De aquí se deriva el consentimiento libre e informado de la ética médica actual.

La autonomía, se define como la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones. La expresión del pleno ejercicio de la autonomía, por parte de los pacientes, es el consentimiento informado, el cual consta de dos elementos fundamentales: la información y el consentimiento. La información le atañe al profesional de la salud, quien debe brindarla de manera adecuada y cosificada al paciente.

Por su parte, el consentimiento es competencia del paciente o de su representante moral (familiar) o legal (tutores, en el caso de menores de edad, o abogados especialmente contratados para el caso).

4. Principio de justicia:

Consiste en el reparto equitativo en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Este principio además impone límites al de autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada individuo no atente a la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas.

El principio de la justicia, en el marco de la atención de salud, se refiere generalmente a lo que los filósofos denominan "justicia distributiva", es decir, la distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad. Justicia en salud significa dar a cada quien lo necesario, en el momento preciso, con independencia de su status social y sin reparar en los costos.

Estos cuatro principios éticos son entonces, los que rigen las prestaciones que se llevan a cabo en el sistema de salud a fin de poder lograr una mejor calidad en la atención, respetando los derechos de los pacientes en tanto beneficiarios directos de las prácticas médicas.

Trabajo terapéutico

Podría considerarse al trabajo como el objetivo más complejo y paradigmático de rehabilitación dado que supone la adquisición de otras muchas habilidades, además de las específicas (aseo personal, cuidado del medio, relaciones sociales, etc.) (Evalristo, 2000).

¿Qué representa el trabajo para los pacientes psiquiátricos? La respuesta gira en torno a los valores atribuidos al mismo, entre los cuales, según Evalristo, se destacan:

- Alto valor simbólico y emocional de nuestra sociedad
- Fundamento constitucional de muchos estados
- Crea identidad, autoestima, sentido de pertenecer a una nación y status social
- Crea recursos
- Favorece el acceso a los intercambios sociales.

Y a los pacientes psiquiátricos añade que puede devolverles:

- Parcial sentido de responsabilidad
- Reconstrucción del tiempo con disminución del tiempo de enfermedad y de su totalización y salida de la miseria de la relación paciente-enfermedad-psiquiatra
- Readquisición de habilidades sociales
- Reconstrucción de una positiva imagen de si
- Progresiva independencia económica y emocional de la familia
- Preocupaciones sanas y compartibles con "los normales"

- Concretización del derecho a los derechos, como los demás ciudadanos, con aumento de las posibilidades existenciales
- Reconocimiento familiar y social de su propia utilidad, poniendo nuevamente en marcha una comunicación con sus símiles, mediada por el objeto
- Posibilidad de estar en las cosas, en las relaciones, en el tiempo.

En 1973 Franco Basaglia, en Trieste, hizo surgir la primera cooperativa de trabajo (Cooperativa Laboratori Uniti) para pacientes psiquiátricos con la subasta de la limpieza del hospital psiquiátrico según contrato sindical, hay que subrayar que los socios de la CLU eran al mismo tiempo pacientes internados y trabajadores, por lo cual la administración provincial solo después de muchas huelas hechas conjuntamente por enfermeros y pacientes se conformó (Evalristo, Ibíd.).

Se dio paso entonces a una verdadera emancipación económica y muchas veces también clínica, gracias al instrumento trabajo, al que ya no se le consideraba como emulación de algo distinto o como training rehabilitatorio sino como verdadera actividad, útil a la comunidad, con las mismas reglas y retribución vigentes en el mercado (Evalristo, Ibíd.).

Desde aquel entonces han pasado muchos años, siendo el desarrollo de ese instrumento enorme.

Hubo oscilaciones entre un exceso de protección de los usuarios, construyendo a veces algo parecido a un aparcamiento de resocialización, y también una atención exasperada solo en la producción, expulsando a los más impedidos. Ahora bien, la experiencia nos dice que el recorrido tiene que ser muy gradual (1 o 2 años) tanto por lo que se refiere a su inserción en el mundo del trabajo,

como por lo que implica estimular y optimizar las habilidades de estos trabajadores minusválidos

Las personas con un largo pasado de institucionalización y de enfermedad tienen que reducir poco a poco el espacio concedido a la patología y a la desidia haciendo hincapié en el desarrollo de intereses y habilidades.

Elas tienen que ser escuchadas y empujadas en su motivación personal (elemento básico para poder hacer frente a un programa de inserción), como para cambiar algo en su vida (papel, renta, dependencia-autonomía, etc.), hay que dejar que elijan la actividad que más se ajusta a las características de su personalidad (como es natural, la institución tiene que permitir la toma de decisión, ofreciendo, sin embargo, más oportunidades y estructuras entre las cuales elegir) (Evalristo, *Ibíd.*).

Todo esto debe desarrollarse en el entorno del mundo del trabajo y no dentro de la institución curadora, aunque sí se puede crear un contexto de respaldo con trabajadores psiquiátricos que asisten en calidad de consultores (Evalristo, *Ibíd.*).

Es más fácil, y necesario, ofrecer a los usuarios un adiestramiento técnico que les permita convertirse en expertos y en trabajadores productivos (cursos específicos en distintos sectores) proporcionándoles al mismo tiempo una pedagogía profesional cotidiana con el auxilio de trainers especializados. Resulta en cambio más difícil ocuparse de habilidades de comportamiento básico (atención hacia el cuerpo, higiene, horarios, continuidad, etc.) y de habilidades o competencias relacionales (con los compañeros de trabajo, con los superiores) Conseguir habilidades o competencia comunicativas, mas que técnicas, es el indicador pronóstico más favorable para mantener un puesto. Por eso, para una buena inserción laboral, es fundamental una formación al

empleo y una cultura, ya que, además de transmitir informaciones, son cualidades que estimulan la curiosidad, la conciencia y mejoran la capacidad de organizarse la vida (Evalristo, Ibíd.).

Urge reducir en neutras cabezas, y en las diligencias, el espacio clínico que se ofrece a nuestros usuarios para curarlos (fármacos, hospitalización, psicoterapias), acrecentando el espacio extraclínico, que no es menos terapéutico. No es cuestión solo de bloquear la enfermedad, sino también de producir espacios de salud en personas que no tiene capacidad para creárselos por si solas (lugares de socialización, de expresión físico-artístico-cultural, lugares de actividad y de trabajo, etc.).

Esa labor extraclínica significa salir de los patrones de intervención médica biologicista, que llevan a resultados inadecuados en cuanto producen demasiados deshechos (recaídas, internamientos, cronicidad e institucionalizaciones) que para prevenirlos imponen ocuparse, antes y después de la crisis, de todo el contexto que las ocasiona y favorece. Significa ensuciarse las manos en la cotidianidad banal (familia, trabajo, casa, deportes, etc.) que en el enfermo psiquiátrico grave se echa a perder, significa promover salud más que reducir enfermedad (Evalristo, Ibíd.).

Salud como derecho - Sujeto de Derecho

En el marco de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y con la Constitución de la Organización Mundial de la Salud que ya había sido formulada en el año 1946 y que entra en vigencia en 1948, la salud se consagra como Derecho. Se establecen cuatro criterios con respecto a los cuales se puede evaluar el respeto del derecho a la salud:

a) disponibilidad: se refiere a número suficiente de establecimientos y servicios públicos de salud, programas, recursos humanos, así como a los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción de la OMS.

b) accesibilidad: que presenta cuatro dimensiones, no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información.

c) aceptabilidad: los establecimientos bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética medica, culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida; deberán respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas.

d) calidad: los establecimientos bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico.

Dado que la salud concierne directamente la preservación de la vida y el desarrollo de capacidades humanas se puede además sostener que es una necesidad humana básica en sentido estricto. Por ello, todo ser humano debería tener derecho a la satisfacción óptima de esta necesidad; derecho que sólo puede ser garantizado mediante la acción pública. Es lógico entender que los recursos del Estado se agrupan y ordenan sectorialmente, pero la articulación de políticas que concreten acciones conjuntas son las que darán la sinergia necesaria y la efectividad de los derechos a garantizar.

Durante años se entendió a la medicina desde conceptos higienistas, individualistas y biologicistas jerarquizando un modelo que tiene, entre otras características, la etiología de las enfermedades a los agentes patógenos externos. Sin duda el avance científico en las enfermedades transmisibles fue y es de enorme importancia en los logros terapéuticos aunque no en la cobertura sanitaria eficaz, así que lejos de negarlo, se reconoce. Sin embargo, se amplía

el panorama etiológico de daños a la salud cuando se comprende otra dimensión y se incorpora una concepción psicosocial de la misma.

Si entendemos que la Salud es un Derecho, el financiamiento de la misma, no debe empañar la rigurosidad científica, la ética, la accesibilidad, la no discriminación, el acceso a la información y la equidad de los servicios.

Durante siglos la salud fue entendida como “ausencia de enfermedad” hasta que en 1947 la Organización Mundial de la Salud modifica el concepto y pasa a definir la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad". La incorporación del factor “social” como determinante de la salud, además de los factores, “físico” y “mental”, tradicionalmente considerados, supuso un cambio sustancial porque la salud dejó de depender en exclusiva del mundo de la sanidad para integrarse también en el mundo social. Con ello se impulsa la consideración de la Salud como un derecho social básico de todas las personas, situando al Estado ante la disyuntiva de ejercer la protección de este derecho. Es incuestionable que la salud guarda una relación íntima con el derecho a la vida y la dignidad de los ciudadanos y que, además, cualquier limitación en el acceso a los servicios sanitarios es causa de exclusión social. (Mittelbrunn, s.f.).

Por otro lado podemos pensar en la capacidad de derechos, para entender al sujeto de derecho. La capacidad de Derecho es la aptitud de ser titular de derechos y obligaciones. La regla a la norma es la capacidad y la incapacidad la excepción. La incapacidad nunca puede ser absoluta ya que sería contrario al derecho natural. Siempre es relativa.

Si pensamos en la incapacidad, nos serviremos de las palabras de Luis Ignacio García Vidal quien plantea dos conceptos fundamentales al hablar de incapacidad: capacidad jurídica y capacidad de obrar. Definiremos la capacidad

jurídica como la cualidad que ostentan todas las personas por el hecho de serlo, por su nacimiento; la capacidad de obrar supone algo más que ser titular de derechos y de obligaciones: consiste en la facultad de las personas de ejercer por sí mismas esos derechos y obligaciones. Se trata, por tanto, de la dimensión “dinámica” de la capacidad jurídica (García Vidal, 2003).

La enfermedad mental no resta por sí misma la titularidad sobre ninguno de los derechos de las personas, aunque en ocasiones puede tener influencia sobre su forma de ejercicio, esto es, sobre su capacidad de obrar. Cuando esta discapacidad limita la capacidad de autogobierno de la persona, su capacidad de obrar es ejercida por representación a través de las diferentes figuras de guarda que establece nuestro ordenamiento jurídico (García Vidal, *Ibíd.*).

Kelsen se va a declarar opuesto a la idea que en general se tiene de que el derecho tendría que ser entendido a la vez en un sentido objetivo y en un sentido subjetivo. Va a expresar que esa diferencia: introduce una contradicción de principio en la base misma de la teoría del derecho, ya que en su sentido objetivo el derecho tiene un carácter normativo, es un conjunto de normas, un orden, en tanto que en su sentido subjetivo es un interés o una voluntad, es decir, una cosa tan diferente que no es posible subsumir el derecho objetivo y el derecho subjetivo bajo un concepto único (Kelsen, 1994).

Para Kelsen, esa persona, ese sujeto de derecho, es ficticio; no existe si no es creado por el derecho objetivo. Es necesario que el derecho objetivo atribuya al contrato la calidad de hecho creador de derecho, de tal manera que en el último análisis el derecho contractual emane del derecho objetivo y no de las partes contratantes (Kelsen, *Ibíd.*).

Kelsen dirá: “nos vemos inducidos a ver en la noción de sujeto de derecho o de persona una construcción artificial, un concepto antropomórfico creado por la

ciencia jurídica con miras a presentar el derecho de una manera sugestiva. En rigor de verdad, la “persona” solo designa un haz de obligaciones, de responsabilidades y de derechos subjetivos, un conjunto, pues, de normas. Al personificar este haz, se desdobra el objeto de conocimiento jurídico, con lo cual se arriba fácilmente a conclusiones erróneas” (Kelsen, *Ibíd.*).

Las conclusiones erróneas a que se refiere se ponen de manifiesto en la creencia de que la persona y el hombre, en tanto que objeto de conocimiento biológico, fisiológico y psicológico, podrían ser la misma cosa. Quienes sostienen esta confusión desconocen que, si el hombre es una noción natural, la persona es una noción elaborada por la ciencia del derecho (...) es necesario mantener una distinción muy neta entre el hombre y la persona (...)

La persona es, pues, un concepto elaborado por la ciencia del derecho, un instrumento del cual se sirve para describir su objeto (Kelsen, *Ibíd.*).

Entonces, la noción de sujeto de derecho aparece como una ficción, no existiría un sujeto de derecho previo a la norma, por lo tanto, una normativa no vendría a reparar algo que naturalmente tendría que haberse dado de esa forma sino que, más bien, la norma funcionaría respondiendo implícitamente a intereses de determinados sectores sociales, sirviéndose de la categoría sujeto de derecho como una ficción sostenida por fines ideológicos, para presentarse de manera tal que la sugestión funcione en el sentido de sortear los obstáculos que se vayan presentando a los intereses de esos sectores sociales y ,de esa forma, se vea alterado el orden regular de las cosas, conformando un panorama más acorde a los intereses de dichos sectores.

Bibliografía

- Agazzi, E. (2002). *El desafío de la interdisciplinariedad: diferencias y logros. Material de circulación Interna del proyecto de investigación "Interdisciplinariedad desde la filosofía de la ciencia.* Departamento de Filosofía. Universidad de Navarra.
- Cohen, D. (2004). *Temas de Bioética para inquietos morales.* Editorial Ediciones del Signo. Buenos Aires. Argentina.
- Evalristo, P. (2000) *Psiquiatría y Salud Mental.* Editorial Asterios Delithanassis. Tiestre. Italia.
- Fazzio, A. y Sokolovsky, J. (2006). *Cuestiones de la Niñez: aportes para la formulación de políticas públicas.* Editorial: Espacio. Buenos Aires. Argentina. 2006
- Garcia Vidal, L.; *Protección Jurídica del discapacitado: En torno a la Enfermedad Mental.* [en línea], 2003. Disponible en:https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/1429/HUM2_Art6.pdf?sequence=1 [Consulta: 1 de junio de 2012]
- Kelsen, H.; (1979) *Teoría general de las normas.* Editorial Trillas. México, D. F.

- Mittelbrunn, C. *Conceptos Fundamentales de la Salud a Través de su Historia Reciente*. Publicado en Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Asturias [en línea], s.f. Disponible en http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf [consulta: 11 de abril de 2012]
- Morín, E.; (1995) *Introducción al pensamiento complejo*. Editorial Gedisa. Barcelona. España.
- Najmanovich, D.; (2006). *Viviendo Redes. Experiencias y estrategias para fortalecer la trama social*. Elina Dabas (comp). Editorial Ciccus, Buenos Aires. Argentina.
- Stolkinner , A; *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. Publicado en El Campo Psi. [en línea], 1999. Disponible en: www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkinner.htm [Consulta: 27 de marzo de 2012]

ANÁLISIS INTRACATEGORIAL

Análisis Intracategorial.

Dispositivos y servicios

En relación a esta categoría, la mayoría de los entrevistados coinciden en que, en general, la atención de la Salud Mental en el sector público es deficitaria.

Una Psicóloga de un servicio hospitalario general dijo:

“Al ser el único hospital de agudos de la zona, el profesional tiene la vivencia de ser agobiado por la comunidad. El hospital está para atender el cuadro agudo, esa es la prioridad del servicio de salud mental, lo ideal es que una vez que el paciente está estable y que tiene el tratamiento indicado lo pueda sostener en otro lugar. Me parece bien que el hospital tenga claro cual es su misión, ya que, es el único lugar que se dedica a eso, entonces debe ser una prioridad.

Actualmente los servicios de Salud Mental funcionan mal y bien, mal porque hay mucha gente y bien en el sentido de que hay tratamiento que se sostiene, hay gente que es asistida y atendida, hay mucha salud mental que se sostiene desde lo público. Actualmente, no se cubren todos los niveles de atención, la atención primaria no tiene estructura para hacerlo”.

De esta manera, se explicita el déficit del servicio donde se desempeña, quedando en evidencia por la falencia de estar desprovisto de la capacidad de hacer frente a la gran demanda que emerge de la población.

En la misma línea de pensamiento será lo expresado por otro entrevistado el cual se desempeña institucionalmente:

“Yo creo que los servicios de Salud Mental cubren todos los niveles de atención, con sus fallas, sabemos que las características de la salud pública no son las óptimas, en nuestro distrito hay bastante falencias en la salud pública, en lo municipal, también en lo provincial, hay dispositivos que están saturados, donde no dan a basto (...) lo que vemos es que muchos servicios públicos nos envían pacientes que deberían ser atendidos en lo público. Los dispositivos están medio colapsados”
(Psicólogo Institucional).

Por otro lado, respecto de esta problemática, un psicólogo que se desempeña como directivo en un servicio público sanitario de la ciudad, afirmó:

“(...) la mayor falla es que no estamos llegando a cubrir la demanda, lo cual es imposible, pero estamos muy lejos de valores satisfactorios, por lo tanto el proyecto (...) es facilitar el acceso al servicio de salud, ampliar la cobertura que significa crear nuevos servicios, nuevos dispositivos, nuevas formas de abordaje y aumentar la

calidad de la prestación (...) Yo te diría que la atención en general de salud mental es deficitaria”.

El común denominador entre las respuestas de los entrevistados fue que existe una amplia demanda que no está cubierta ni mucho menos y esto es lo que ha dado lugar a una crisis del sector.

La gran mayoría de los entrevistados aluden a la necesidad de construir lugares alternativos de atención para facilitar las externaciones.

Al respecto una Psicóloga del servicio hospitalario general dijo:

“A veces un paciente no puede ser dado de alta porque uno sabe que lo manda a la calle, entonces, hasta que no se terminen de gestionar algunas cuestiones queda ahí dentro. La idea es transitar el cuadro agudo, resolver el cuadro agudo y enmarcar algún tratamiento en el servicio o en otro lado. Se interna para poder hacer mejor el diagnóstico, para poder instalar un tratamiento, para evaluar y establecer condiciones para un tratamiento posterior a la internación. Algunos se siguen viendo durante largo tiempo por consultorio externo en el hospital”.

Por otro lado, siguiendo esta línea, un Directivo de un servicio público planteó:

“En principio lo que se desprende de la ley es la importancia de la atención primaria en cuanto a que

van a ser los niveles más cercanos a la familia y a la comunidad. Entonces, no separando a la persona con padecimiento psíquico de su entorno, sino trabajando con su entorno aunque este fuera problemático. Para eso vamos a necesitar nuevos dispositivos que en este momento no tenemos y que Mar del Plata en general no tiene. Uno de ellos por ejemplo el primer centro de día, lo estamos armando, lo estamos poniendo a prueba con dispositivos intermedios pero que va a ser fundamental, porque no lo pensamos con la misma lógica que lo hospitalario o lo manicomial sino que lo pensamos mirando hacia afuera es decir, un centro de día que trabaje realmente con la habilitación/rehabilitación o la inserción/reinserción del paciente Porque la otra lógica lo que hace es una lógica del encierro. El paciente funciona muy bien mientras está en el centro de día con las actividades del centro de día que después no se pueden reproducir afuera ni tiene ninguna utilidad por ejemplo laboral”.

Concepto de salud Mental

Para analizar esta categoría resulta fundamental, poder vislumbrar qué concepción de Salud Mental subyace en las respuestas de los entrevistados. Al comienzo de nuestro trabajo de investigación, hablábamos de la Salud mental como un campo plural, interdisciplinario y dinámico. Esto implica además,

considerar a la salud de una forma en particular. Nos referimos a ésta en el sentido de un equilibrio activo, una adaptación crítica, y considerando además, a un sujeto en sus aspectos bio-psico-sociales. De esta forma, es que llegamos a la concepción de la Salud Mental como un “rizoma”, es decir, un tallo subterráneo que puede adquirir formas imprevistas ya que este modelo descriptivo o epistemológico no sigue lineamientos jerárquicos, sino que cualquier elemento puede incidir en cualquier otro(Almirón, 2008).

En términos generales, observamos que los entrevistados se inclinan en su mayoría hacia un modelo psico-social de la Salud Mental.

La mayoría de los entrevistados consideran vastos factores que formarían parte de la Salud Mental de un sujeto más allá de su padecimiento psíquico, al respecto, podemos nombrar la opinión de una de los entrevistados que se desempeña como Psiquiatra del sector público:

“A veces se agrava una base de patología en salud mental, a veces no es la patología lo más importante sino que es lo social que agrava. Aparte de estar enfermo, es pobre. O aparte de ser pobre, se enferma, como vos quieras llamarlo (...) hay mucha cuestión social, más allá de la patología, condiciones de riesgo social. Hay gente que está enferma pero además se suma que no tiene trabajo, y entonces se complica (...) el sufrimiento psíquico tiene que ver no solamente con la enfermedad, sino con otros factores que influyen”.

Por otro lado, un Psicólogo del sector público conceptualizará a la Salud Mental del siguiente modo:

“La salud es un derecho, yo la concibo como un derecho, como la educación, como la vivienda, como el trabajo”.

Esta idea acompaña a la expuesta por otro entrevistado, un psicólogo, directivo de un colegio profesional, que hablará de los derechos que poseen las personas que padecen psíquicamente (homologándolo a los derechos de cualquier sujeto):

“Una persona puede estar invalidada en algún aspecto pero no en todos, tiene derecho a la salud, a la vivienda, al trabajo a la formación, a la recreación, a amar. La salud mental a partir de una mirada mas amplia, no trabajar específicamente sobre el problema sino que es muy amplia la cuestión”.

Finalmente, y a modo de excepción, un psiquiatra del sector privado, comentará el reduccionismo sociológico que observaría en la ley:

“La ley si tiende a evitar un reduccionismo biológico en Salud Mental me parece bárbaro pero la Ley tira tanto para el otro lado que en realidad hace un

reduccionismo sociológico (...) yo la veo como una cuestión integral e integrativa, el hecho psicopatológico es biológico, psicosocial, histórico, cultural, entonces hay que tener integradas todo este tipo de cosas”.

Respecto de lo planteado por el profesional de la psiquiatría, nos preguntamos: ¿la Ley de Salud Mental incurre en un reduccionismo de corte social?, ¿es reaccionaria del modelo anterior de corte biologista?

Hablar de Salud Mental incluiría lo biológico, así como a otros factores que la integran, por ende, y a partir de la propia Ley Nacional de Salud Mental, no pareciera desprenderse de la misma un reduccionismo sociológico. Por otro lado, si bien consideramos que la Ley de Salud Mental surge en respuesta a falencias del modelo médico hegemónico, y por lo tanto, considera al desarrollo de la salud como condición y consecuencia de la acción social, no por eso descuida aspectos individuales. Las respuestas individuales de cada sujeto se encuentran mediadas socialmente.

Finalmente, nos gustaría destacar las repercusiones que tiene considerar a la salud como un problema social; en este sentido, las responsabilidades ya no serían solo del médico, sino además del sujeto que padece psíquicamente y de la comunidad en general. Esto implica una mayor complejización del campo, y consecuencias éticas profesionales.

Sujeto de Derecho

De lo dicho por los entrevistados se desprende en su gran mayoría la concepción que plantea la Ley Nacional de Salud Mental de considerar al sujeto al que se le presta un servicio como un sujeto de derechos, lo cual implica considerarlo no ya como un objeto de asistencia sino como actor principal, como protagonista con voluntad, con participación, y con decisión sobre sí mismo y sobre los factores que inciden en su salud. Ello se evidencia en afirmaciones de los entrevistados, en primera instancia, un Psicólogo institucional recalcará este cambio de paradigma en varios momentos de la entrevista:

“Ahora la ley establece que esos sujetos tengan derechos, empiezan a incorporarlos a la vida publica, a la sociedad, para ir recuperándolo (...).

La nueva ley lo considera como actor principal y protagonista, no es un objeto manipulable. De cosa, de objeto pasa a ser protagonista (...) este es un cambio de paradigma, del sujeto cosa a un sujeto con voluntad, con participación, con decisión (...).

Los entrevistados rescatan como un aspecto fundamental, que la norma parte de la presunción de las capacidades de todas las personas, en este sentido podemos citar a un Directivo de un servicio público que explicó cuales serían entonces las capacidades de este sujeto y de que forma potencializarlas:

“Como la ley presupone el sujeto capaz, nosotros vamos a tratar de potencializar esas capacidades, que realmente sea un sujeto que a pesar de sus limitaciones y teniendo en cuenta sus límites, sea capaz de llevar una vida lo más autónoma posible, y para eso hay que trabajar mucho con familia y comunidad. Pero está muy buena esta idea de que el sujeto ya no sea el loco peligroso para sí o para terceros. El admitir un padecimiento psíquico todavía sigue generando resistencia, por eso hablábamos de esos estigmas y la necesidad de moverlos, de conmoverlos y empezar a presentar a la comunidad a la persona que padece psíquicamente como un ciudadano”.

Pensando en los derechos de las personas con padecimiento psíquico se pone en discusión la propuesta de la Ley de realizar las internaciones en el hospital general, al respecto una Psicóloga del servicio hospitalario general nos decía lo siguiente:

“En relación a la ley el cambio más grande tiene que ver con la internación, la ley refiere que esta debe ser en sala general. La sala con reja, el paciente encerrado, eso no se podría hacer más salvo en casos excepcionales (...) es algo que hace que la gente discuta mucho cuestiones de la ley porque

quien ha estado alguna vez de guardia y ha visto como entre siete no puedes agarrar a un paciente te da como un poquito de vértigo que no prevea que en ciertos casos cierta fuerza hay que implementar porque el paciente se te tira por la ventana y no tiene que ver con violentarlo en sus derechos sino que tiene que ver con que el paciente está en esa circunstancia, fuera de si, inconciente de sus propios actos y se mata, si no lo frenas se te muere”.

Consideramos que particularmente esta frase hace referencia a rasgos en particular de cada cuadro, por ejemplo, aunque ella no lo menciona, podemos pensar en el caso de un esquizofrénico. Lo que se puede extraer de esta afirmación tiene que ver con un abordaje que no es posible plantearlo en términos generales y absolutos. Esta mirada se extiende a otro entrevistado el cual se desempeña en el sector público y se especializa en el ámbito de las adicciones. Éste, nos hablará de las internaciones por lapso breve propuesta por la ley, y expondrá su postura al respecto:

“(…) para que alguien llegue a una comunidad que no todos llegan, no es el asunto de retenerlo por retenerlo, la experiencia dice que la gente llega acá muy desestructurada de la calle, aunque tenga casa, un mes le lleva empezar recién a entender la modalidad, la forma, como funciona, cual es el lenguaje, etc. El trabajo puede empezar a vislumbrarse desde los 3

meses, por eso poner tiempos de internación como absolutos, me parece que no va. Estaría buenísimo que después de los 3 meses hubiera dispositivos que continuaran el trabajo de estructuración iniciado, pero no hay. El promedio son 6 meses, nunca menos de 5 meses. Hay gente que no tiene red de contención, entonces vos no podés decir, bueno te vas de acá y continuás un tratamiento afuera de un grupo, pero no hay eso. Pensar en tres meses es una barbaridad”

En relación a este testimonio, se hace evidente que estamos atravesando un momento de transición en relación a la aplicación de la normativa, que plantea la creación de nuevos dispositivos, y en la medida en que no se cuenta con ellos, no es posible hacer efectivas las internaciones por lapso breve, también planteadas por la Ley Nacional de Salud Mental.

Por otro lado, entendemos que ambos entrevistados plantean que más allá de una normativa y la generalidad característica de la misma, se refleja la imposibilidad de hablar en términos generales y absolutos. Tanto los ámbitos como los sujetos tienen particularidades que los hacen únicos, lo cual implica abordajes específicos.

Uno de los entrevistados que se desempeña como Director de un programa universitario, planteará lo siguiente respecto de esta categoría:

“Si bien, está la ley y los derechos de la persona, de las prácticas, el acercamiento a las familias, el acceso a lo público, etc.; por más que todo eso exista planteado en

una ley si no hay realmente un interés con una conciencia clara, inclusive un reconocimiento de que eso debe ser así, termina siendo, burocráticamente manejable, entonces aparece el consentimiento como una firma. No tiene más consecuencias que eso, entonces inclusive te diría, aparece casi como más violencia todavía, porque fastidia tener que cumplir con una norma (...) es delicado, si no se funda realmente el reconocimiento de esos derechos en alguna otra cuestión que no sea la norma, que sea, justamente el reconocimiento”.

Nos pareció pertinente culminar esta categoría con dicha cita, ya que resalta que más allá de la normativa, existe la necesidad de un reconocimiento de ciertos derechos de los sujetos para no caer acciones burocráticas y asistencialistas.

Interdisciplina

Lo importante en el recorrido de esta categoría es rescatar lo que avizoran los expertos que han sido entrevistados respecto a si la instalación y fortalecimiento de los equipos interdisciplinarios podrá responder a lo que se encuentra plasmado en la norma, o bien, si el buen funcionamiento o no de este espacio responde a diversas cuestiones que estarían más allá de lo que una normativa pueda decir. Ninguno de los entrevistados estuvo en desacuerdo con que la interdisciplina correctamente llevada adelante traería resultados

beneficiosos en el sentido de evitar reduccionismos y reconocer la complejidad que caracteriza a todo conocimiento científico.

Una Psicóloga de un servicio hospitalario general afirma:

“La interdisciplina la puedes fomentar pero se produce en virtud de la transferencia entre las personas, esto incluso se da entre los colegas, o sea, aquellos que pertenecen a la misma disciplina. Puedes tener un equipo con diez mil profesiones y funcionar individualmente (...). Es un ideal, un poco autoritario e inalcanzable por desconocer esto”.

Dicha profesional plantea que la dinámica del equipo depende de las personas que intervengan en él y, por lo tanto, va a decir que el buen funcionamiento de este es contingente, obedeciendo a la transferencia que pueda jugarse entre los profesionales que participen en ese espacio. Por lo tanto es partidaria de la idea que la Ley no puede llegar a cambiar nada en este punto.

Un Director de un programa universitario al respecto dijo lo siguiente:

“Creo que de manera general no se trabaja interdisciplinariamente en los servicios, pero en algunos equipos si, tiene que ver con las características de las personas, la disponibilidad, etc. (...) No me parece que este instrumento de la interdisciplina pueda funcionar mas allá de la apertura

de cada uno, es decir que pueda funcionar de manera general”.

El cuestionamiento que aparece en los entrevistados citados previamente es en relación a si realmente una norma puede dar lugar a que los equipos interdisciplinarios funcionen de la manera en que se quiere de antemano. Entendemos que, en verdad, la posibilidad de que los equipos puedan trabajar de la manera correcta no depende de que esté estipulado en una Ley sino, más bien, de cuestiones que tienen que ver con factores que aparecen como contingentes, entre ellos: el aspecto transferencial, la voluntad de los involucrados, la casualidad, etc. En relación a este último punto, un Psiquiatra del sector privado va a hacer depender de la casualidad al trabajo interdisciplinario diciendo:

“A veces sin querer llegamos a trabajar en interdisciplina porque llegamos a tener una mirada bastante integrada pero las mayoría de la veces cada uno trabaja desde su saber sin superponerse con el otro, digamos si a mi me toca la parte biológica no voy a tratar de tener intervenciones psicoterapéuticas y meterme en el rol del psicólogo que está a cargo, tampoco el psicólogo va a modificar la medicación”.

A la hora de indagar acerca de la interdisciplina surgen conceptos tales como: interconsulta y multidisciplina. Un Psiquiatra del sector privado, va a plantear

que la multidisciplina es siempre posible mientras que la interdisciplina no siempre lo es:

“Me parece que a los términos interdisciplina-multidisciplina hay que tenerlos bien claros. Me parece que trabajar con la interdisciplinar es complicado y a veces no es posible, trabajar interdisciplinariamente sería que todos los profesionales que trabajan puedan tener una mirada consensuada sobre un hecho puntual y un trabajo multidisciplinario tendría que ver con que cada uno de los saberes pueda aportar desde su saber algo que por ahí otro no lo puede aportar, entonces me parece mas enriquecedor y es más posible que el trabajo interdisciplinario. Y me parece fundamental para abordar la Salud Mental, nadie está preparado para abordar a un paciente solo”.

Consideramos que no tener en claro la distinción entre un abordaje multidisciplinar e interdisciplinar empaña la posibilidad de lograr un objetivo común en relación al trabajo en equipo.

Respecto de esto Alicia Stolkiner (1999), plantea que la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina. La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción.

Retomando las palabras del mismo profesional de la psiquiatría:

“Consensuar términos médicos con profesionales no médicos me parece imposible. Por ejemplo en la situaciones de crisis, emergencia psiquiátricas. Es la parte más paradigmática de la ley, me parece que no se puede llegar a un consenso multidisciplinario en una situación de emergencia. Es potestad de aquellos que trabajan en la emergencia, podría llegar a ser un psicólogo o un psiquiatra. Pero tener que consensuarlo con un Terapeuta o un Asistente Social que no este apto, es más la situación de urgencia me parece que son de potestad médica. Pero no es que esté en contra de las intervenciones de los psicólogos en las urgencia porque si el psicólogo está formado son sumamente útiles, son sumamente valiosos, es decir, no todas la urgencia son con gente psicótica, hay otras donde el psicólogo es valioso, pero debe ser un profesional formado con las herramientas necesarias para la urgencia, que sea valioso en ese momento, en ese corte transversal” (Psiquiatra del sector privado).

Un Psiquiatra, en este caso del sector público, va a plantear:

“(…) psiquiatría además de la reunión mensual, se reúne todos los martes al mediodía una hora y media

en un ateneo. Los psiquiatras en ese ateneo presentamos casos y nos interconsultamos. Y es específicamente de lo psicofarmacológico, y en ese caso, solamente otro par puede entender de lo que estás hablando”.

Lo enunciado por Fazzio y Sokolovsky (2006), de alguna manera respondería de antemano al argumento de este psiquiatra: la acción interdisciplinaria es condicionada y condicionante del equipo para resolver las diferencias que puedan surgir. Las diferencias en el equipo de trabajo en la medida que sean ejes superadores permitirán el crecimiento del grupo, a la vez que mejorar su capacidad de acción y reacción frente a distintas situaciones en las que deba intervenir. No consideramos que un abordaje de este tipo sea posibilitado por la multidisciplinaria, la cual, tomando palabras de Stolkiner, no sería más que una yuxtaposición o sumatoria de diferentes disciplinas sin posibilidad de una construcción conceptual común. De la misma manera tampoco consideramos posible este abordaje resultado de una síntesis superadora y no de una yuxtaposición, mediante la interconsulta. Pensamos, entonces, que la multidisciplinaria y la interconsulta serían contraproducentes al trabajo interdisciplinario.

Por otro lado, algunos entrevistados entienden que la dificultad del trabajo interdisciplinario radica en los aspectos identitarios de los profesionales que deben integrar los equipos. El Director de un programa universitario trajo a colación:

“Es muy difícil romper la lógica disciplinar porque hay profesionales que pierden o temen perder la identidad ahí; en un equipo integrado por otras disciplinas, no encontrarse representado. Por eso a veces las reuniones de área se vuelven corporativas y gremiales”.

Una Psicóloga de un servicio hospitalario general planteó:

“No predomina el trabajo interdisciplinario, en la medida que la gente constituye su identidad en relación a su disciplina, cuanto mayor es la consistencia identitaria que tiene mayor va a ser la dificultad de generar transferencia con el otro (...). A partir de la Ley no va a cambiar nada, va a pasar lo mismo, no hay disposición que pueda cambiarlo, la ley ahí no puede llegar, si cambia será por otra cosa”.

Otra de las cuestiones en las que se hará hincapié será la del papel que los entrevistados otorgan a la formación académica como facilitadora o no de que los profesionales, una vez que hayan concluido el circuito formal de educación, tengan mayor capacidad para formar parte de un equipo interdisciplinario, o sea, se indagará acerca de si los entrevistados consideran preponderante o no, la posibilidad de que los profesionales vayan a adquirir en el ámbito académico la agudeza teórica e ideológica que implica dicha tarea.

El Director de un programa universitario dijo al respecto:

“Inclusive te diría que la formación que tenemos de grado no fomenta la interdisciplina, y creo que eso tiene que ver con como funciona cada unidad académica, cada una tiene su presupuesto diferenciado, sus aulas diferenciadas, y entonces cada cual lucha por sus intereses individuales (...). Me parece que el trabajo sería en el grado, para poder apropiarse de la perspectiva del otro. Sino considero que se convierte en una cuestión de derivar tareas”.

Es decir que este último entrevistado plantea que es producto de la formación académica la imposibilidad de que, en todos los casos, pueda trabajarse interdisciplinariamente, agregando que es en el mismo lugar donde se encuentra la falencia en donde hay que buscar la solución.

En esta categoría, se vislumbra una de los aspectos de la Ley que mayor debate y oposición de ideas genera. Se han encontrado en las respuestas de los entrevistados numerosos y fuertes argumentos relacionados a la dificultad que implica un trabajo interdisciplinario realizado adecuadamente. Dichas dificultades se vincularían con cuestiones tales como: la confusión de la interdisciplina con modalidades de intervención relacionadas a ella pero diferentes en su esencia (interconsulta y multidisciplina); la identidad profesional puesta en juego, y el temor a perderla por el trabajo interdisciplinar;

factores contingentes que posibilitarían un desempeño interdisciplinario (transferencia y casualidad); finalmente, la falencia de la formación de grado en interdisciplina.

Cultura y Subjetividad

En relación a las respuestas que la mayoría de los entrevistados fueron dando entendemos que ellas tienden a hacer referencia a que la subjetividad del siglo veintiuno está atravesada por una tendencia a acallar los conflictos, a silenciar los dolores del malestar subjetivo, y entre los recursos que encuentran los sujetos para alcanzar dicho fin se encuentra “la pastilla”, o sea, el consumo de psicofármacos como así también el de drogas ilícitas, prácticas que prometen una solución rápida a cada uno de los problemas que se presentan generando malestares subjetivos, y excusan a estos sujetos de cualquier esfuerzo y compromiso con dicho sufrimiento.

Un psiquiatra del sector privado dijo:

“Hay cuestiones que recortan la posibilidad de pensar, de reflexionar, de crear una malla simbólica que nos ayude en lo individual, como sociedad, que nos ayude a llevar las dificultades propias de este siglo, con la pobreza, con cuestiones ambientales, con las cuestiones sociales, con el mayor acceso al consumo de sustancia que no es una casualidad sino que tiene que ver con el menor valor que se le da a la palabra”.

Este planteo nos permite pensar la relación existente entre la subjetividad del siglo veintiuno y las adicciones como problemática específica del campo de la Salud Mental.

Otro de los entrevistados, en este caso un directivo de un servicio público sanitario dijo:

“Estamos atravesando un momento de desubjetivación y justamente trabajamos con eso, por ejemplo mediante el encuentro con la palabra, la creación de cultura, rescatar las conexiones de linaje (...) entonces el admitir un padecimiento psíquico todavía sigue generando resistencia, por eso hablábamos de esos estigmas y la necesidad de moverlos, de conmoverlos y empezar a presentar a la comunidad a la persona que padece psíquicamente como un ciudadano”.

Este entrevistado plantea que se está atravesando por un momento de desubjetivación y, al igual que el testimonio del profesional citado con anterioridad, lo vincula a un lenguaje empobrecido de la cultura actual. Al mismo tiempo, afirma que aquel que padece psíquicamente sigue siendo estigmatizado, resistido por la comunidad, planteando la necesidad de trabajar para modificar esta situación.

Un Director de un programa universitario también hizo alusión a las dimensiones más gozosas del sujeto en una subjetividad epocal en donde no

se le otorga a la palabra el valor que debería atribuírsele y plantea que, en este sentido, están prevaleciendo, relacionándolo a la problemática de las adicciones:

“Yo creo que lo de subjetividad contemporánea no existe, en el sentido de que no hay una homogeneidad que involucre a todos los sujetos, pero es verdad que hay ciertas formas dominantes. Que se evidencian en un formato novedoso, que los trastornos ligados a la ansiedad, a cierta dificultad de corte, etc, etc, porque después las formulaciones clásicas el miedo, la angustia, la dificultad de la existencia, me parece que son mas tradicionales, me parece que hay una nueva forma de subjetividad que es diferente a eso, que tiene una prevalencia y un anclaje diferente. Braunstein lo llama adicción, dificultades en la prevalencia de la palabra sobre el sujeto, y prevalencia de las dimensiones más gozosas del sujeto, que no es que no estén presentes en todos, pero mas presentes en esa dirección en algunos”.

En general, los profesionales entrevistados se refirieron al tema de la estigmatización que desde la sociedad recae sobre los pacientes psiquiátricos.

Una psicóloga de un servicio hospitalario general, dijo en relación al tema:

“La demanda que tenemos da cuenta de que ya está bastante incorporada la Salud Mental como lugar de salud, como área de la salud pero otra cosa es con el loco, el internado, es sobre lo que por ahí hay mas trabajo que hacer con la comunidad sino no, no hay externación posible”.

Continuando con esta línea argumentativa, un directivo de un servicio público sanitario, comentó:

“También es importante en todo este proceso una sensibilización de la comunidad para que puedan recibir a estos pacientes y para eso tenemos que acompañar”.

Entonces, existe consenso por parte de los entrevistados en sostener que hay estigmas sociales que recaen sobre este tipo de pacientes y, plantean que, para hacer frente a esto, es necesario apuntar hacia la realización de un trabajo con la comunidad.

Si bien, como venimos diciendo, varios de los entrevistados sostienen que existen estigmas en nuestra sociedad para con “el loco”, una de las entrevistadas, docente de postgrado dijo al respecto:

“A mi lo que me preocupa no son los estigmas sociales de la gente, que si este tiene anteojitos o este no los tiene, me preocupan ciertos estigmas que

vienen del lado de la academia y de la ciencia, “Trastorno Generalizado del Desarrollo”, “Síndrome de Hiperactividad”, “ADD”, “Espectro Autista”; y todo el negocio que hay detrás de eso”.

Esta entrevistada alude a que lo más alarmante, a sus ojos, son los estigmas que existen a nivel científico/académico para con aquellos que padecen psíquicamente, planteando que es necesario abordar la problemática teniendo en cuenta los intereses que hay detrás de ello.

Por otro lado, algunos de los entrevistados trajeron a colación la influencia del psicoanálisis en nuestro país en relación a reducir los estigmas que circulaban y aún siguen haciéndolo en torno a la Salud Mental.

Una psicóloga del servicio hospitalario general, si bien planteó que con “el loco” aún queda mucho trabajo por hacer, agregó:

“La representación cultural de la salud mental, gracias al efecto que el psicoanálisis tuvo y tiene en nuestro país, ha dado lugar a que no exista tanto obstáculo como en otros lugares porque esta bastante instalado que la gente haga tratamiento”.

Algunos otros profesionales ponen el acento en que los medios de comunicación han tenido un papel preponderante en torno a la desmitificación de lo ligado a la Salud Mental.

Uno de los entrevistados, Psicólogo, directivo de un colegio profesional expresó:

“Ha cambiado el concepto de Salud Mental, antes el que iba al psicólogo se pensaba q estaba loco, ah cambiado mucho la representación de la salud mental porque en cualquier programa de televisión hay psicólogos o en cualquier novela alguno va al psicólogo, eso esta muy instalado “.

Un Psiquiatra del sector privado agregó al respecto:

“Los programas de televisión y de radio han desmitificado el rol del psiquiatra y del psicólogo y esto es favorables para los profesionales de la Salud mental”.

Si bien estos profesionales adjudican un papel protagónico a los medios de comunicación en relación a la desmitificación de los padecimientos psíquicos, habría que tener presente que estos medios, comúnmente no realizan la discriminación que corresponde entre los Licenciados en Psicología y los Psicólogos Sociales, egresados de la escuela de Pichon Riviere.

Algunos de los entrevistaron expresaron que la norma no produce cambios a nivel subjetividad.

Un Psicólogo del sector público resume muy bien la idea:

“Ciertas modificaciones por decreto no se pueden lograr, hay que apuntar a otro lado para lograrlo. (...) Mediante la ley no se cambian ciertas cuestiones, una normativa no modifica esas cosas (...) la ley lo que me hace es sancionar, me reprime (...) lo que tiene que ver con conductas es fácil porque reprimís, pero lo que son pensamientos propios, ¿cómo hacés? “.

Con un punto de vista similar, un Psicólogo, directivo de un colegio profesional expresó:

“La sociedad cambia y después hay que regular ese cambio. Creo que la sociedad ha demandado esto y la ley es producto de esos cambios que se vienen dando a nivel social y cultural “.

Este último entrevistado alude a que la norma ha sido producto de los cambios socioculturales que se fueron dando.

La mayoría de los entrevistados refirieron que la subjetividad del siglo veintiuno, en razón del poco valor que se le otorga a la palabra, está atravesada por una tendencia a aplacar los conflictos y, entre los recursos que encuentran los sujetos para alcanzar dicho fin, se encuentra el consumo de psicofármacos como así también el de drogas ilícitas.

Por otro lado, pero también refiriéndose a la subjetividad epocal, se ha traído a colación el tema los estigmas, tanto sociales como académico/científicos,

estos, según los expertos, tenderían a funcionar a modo defensivo ante esto tan diferente que es “el loco”.

Por otra parte, algunos de los entrevistados se refirieron a la influencia del psicoanálisis como, así también, de los medios de comunicación en nuestro país, en relación a reducir los estigmas y mitos que circulaban y, aún siguen haciéndolo, en torno a la Salud Mental.

Finalmente, debemos mencionar que algunos de los profesionales que han sido entrevistados, expresaron que la norma no produce cambios a nivel subjetividad.

Factores Facilitadores e Inhibidores

Estas últimas dos categorías son nodales para nuestra investigación y se encuentran intrínsecamente vinculadas. Además, ambas categorías atraviesan a todas las demás y son fundamentales para intentar contestar las hipótesis surgidas al inicio de nuestra tesis de pre grado, la cual es precedida por nuestro anteproyecto titulado: “ANÁLISIS DE CONDICIONES FACILITADORAS E IHINIBIDORAS QUE AVIZORAN LOS EXPERTOS DE MAR DEL PLATA A LA HORA DE REORGANIZAR LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL, A PARTIR DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL”

Las fortalezas y debilidades que investigamos son las del sistema local -actual real y concreto- en función de la implementación de la nueva Ley de Salud Mental. Por lo tanto, no se trata de factores facilitadores y/o inhibidores de la propia Ley de Salud Mental, sino de aquello vinculado a: dispositivos, valores, relaciones con los sistemas: jurídico, educativo, sanitario, etc.

Factores facilitadores:

En esta categoría nos encontramos con aquellos aspectos del sistema actual que los entrevistados consideran serán facilitadores para la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, la cual demanda lógicamente una reorganización de los servicios locales de salud mental.

En primer lugar uno de los entrevistados que se desempeña como Psicólogo institucional, hace alusión a que ha habido un cambio social y cultural, y que a partir de allí es necesario la presencia de una Ley que regule dicho cambio, sus palabras fueron las siguientes:

“A partir de la ley la concepción de sujeto variará, poniendo el énfasis en el sujeto. No va a variar de un día para el otro, hay que internalizar esto. Hay gente que ya viene haciendo esto hace mucho tiempo, pero el estado, la burocracia le impedía hacer las cosas como las había pensado, pero ahora la ley obliga y ese es un paso fundamental, se tiene que tratar a la persona como un sujeto (...). La sociedad cambia y después hay que regular ese cambio. Creo que la sociedad ha demandado esto, la ley es producto de esos cambios que se vienen dando a nivel social y cultural”.

Es decir, que el entrevistado afirma que la Ley viene a darle existencia legal a formas de trabajo que ya se implementaban, esto también es expresado por una Psicóloga de servicio hospitalario general:

“En relación a la reorganización de los servicios creo que la Ley legitima cosas que ya se hacían, emprolija prácticas que eran un poco aleatorias (...). La ley sirve para demandarle al estado cosas que hace mucho tiempo debieron existir”.

Por otro lado, entre las formas de trabajo congruente con la ley que se implementan en la actualidad, diferentes entrevistados mencionaron el trabajo en equipo, para ejemplificar tomamos el siguiente fragmento de una Psiquiatra del ámbito público:

“El trabajo en equipo es beneficioso para el paciente, vos lo necesitás para trabajar el ahora, el ya con el paciente” (...). El beneficio del trabajo en equipo es hacer que aquellos que están a cargo de los servicios y de la secretaría, puedan tener mejores condiciones de Salud. Hay necesidades propias de la comunidad y uno en equipo puede luchar más para tratar de cooperar en ese punto”.

El cambio que ha habido en torno a las internaciones fue explicitado por una Psicóloga de un servicio hospitalario general:

“Se agilizan un poco más los tiempos y está como un poco más aceitado, la internación se hace lo más corta que se puede hacer, lo que pasa es que depende de lo que tarda un paciente en mejorar, de la evolución, de la interrelación con otras instituciones, ahora es un poco menos complicado y es solamente informar, antes vos tenias que pedirle permiso a un juez para poder darle de alta a un paciente”.

Además, se hizo hincapié en el trabajo interinstitucional y nuevos modos de intervención, tales como los mencionados por un Directivo de un servicio público sanitario:

“Lo que estamos haciendo últimamente es avanzar en torno a las intervenciones comunitarias; también estamos trabajando lo que es el tema de la demanda diferida, esta famosa lista de espera que para el paciente de salud mental suele ser muy traumática. También estamos trabajando con eso de la admisión porque antes había lo que se llamaba pre admisión, lo que estoy combatiendo con mucha fuerza porque formaba parte de este sistema defensivo y que dejaba a mucha gente afuera (...) estamos trabajando con la gente del hospital y con la gente de

zona sanitaria tratando de mejorar la articulación, el intercambio”.

Apoyando lo que hace a las intervenciones comunitarias una Psiquiatra del ámbito público nos decía lo siguiente:

“La idea no es que salga el loco a la calle sino que salga el sano o lo mejor posible, lo más estabilizado posible, compensado, con derecho a poder trabajar a formar una familia a vivir dignamente. Es decir, eso también hace a los estigmas y representaciones sociales o por lo menos puede favorecer a transformarlos. La idea es que la comunidad sea la que se acerque. Para que la comunidad acepte tiene que haber una intercomunicación más o menos habilitadora para que ellos puedan tener un lugar en la sociedad. Y para eso estamos nosotros, dándoles el tratamiento adecuado, tratándolos como corresponde”.

Siguiendo la línea de la cita anterior, hay entrevistados que dicen llevar a adelante un modo de trabajo que tiene que ver con el reconocimiento del otro, lo cual implica un trato particular, un trato que tal como lo plantea la ley supone potenciar las capacidades de todas las personas, en otras palabras, reconocer sus derechos. Para ejemplificar este modo de abordaje tomaremos las siguientes palabras de un Director de un servicio público:

“Estamos atravesando un momento de desubjetivación y justamente trabajamos con eso, rescatando algo tan importante de la subjetividad como es el derecho, por ejemplo mediante el encuentro con la palabra, la creación de cultura, rescatar las conexiones de linaje” (...). Yo por lo menos desde el departamento de salud mental lo estoy tratando con la secretaría de salud y no estoy encontrando resistencias, estoy encontrando disponibilidad y disposición para cumplir con estas metas”.

Las palabras de una Directora de un programa universitario resumen, a nuestro modo de ver, lo que hemos venido relatando acerca de cómo se halla la ciudad de Mar del Plata en materia de Salud Mental para recibir la nueva normativa:

“Los artículos de la ley plantean a mi gusto, una posición que está muy cerca de una cuestión ideal, el tema es como te las ingenias con la realidad existente para implementarla, insisto, la situación de Mar del Plata yo creo que es buena, mas que en otros lugares, nosotros tenemos lugares en la ciudad como para que esto se pueda articular,

mejorar, crear nuevos lugares, y muchos profesionales también”.

Según los dichos de los entrevistados, estamos ante un cambio social y cultural, en términos de salud mental, implica la necesidad de pensar nuevos modos de concebir al sujeto con padecimiento psíquico, y por consiguiente nuevas formas de intervención.

Factores Inhibidores:

Específicamente hablando de aquellas debilidades a la hora de la implementación de la Ley de Salud Mental mencionadas por los entrevistados en el sistema local, podemos citar: la falta de trabajo interdisciplinario en los equipos, ciertos hábitos paternalistas, la subjetividad del siglo XXI, la utilización de políticas fraudulentas, el centramiento, la falta de renovación, cuestiones de jurisdicción, intereses, entre otros.

En relación al primer aspecto mencionado, la interdisciplina, o mejor dicho, la falta de la misma como modalidad de trabajo en los equipos, los entrevistados que plantean este déficit aducirán como principal motivo, que lo interdisciplinar como espacio hay que hacerlo, fomentarlo y no es normativo. Textualmente, una Psicóloga del servicio hospitalario general dirá:

“El trabajo interdisciplinario depende más de las personas, el acto de la intervención interdisciplinaria es absolutamente contingente y depende de las personas que intervengan porque para que eso sea

posible depende de que uno tenga transferencia con el otro y recíprocamente (...) no predomina el trabajo interdisciplinario, en la medida que la gente constituye su identidad en relación a su disciplina, cuanto mayor es la consistencia identitaria que tiene, mayor va a ser la dificultad de generar transferencia con el otro”.

Por otro lado, pero siguiendo con la interdisciplina, nos resulta interesante, el hecho de que dos médicos psiquiatras entrevistados por nosotros, planteen modalidades de trabajo contraproducentes al trabajo interdisciplinario, nos referimos específicamente a la interconsulta y a equipos multidisciplinarios en contraposición a los interdisciplinarios. En relación a la interconsulta, podemos citar lo mencionado por una Psiquiatra que se desempeña en el sector público:

“(...) psiquiatría además de la reunión mensual, se reúne todos los martes al mediodía una hora y media en un ateneo. Los psiquiatras en ese ateneo presentamos casos y nos interconsultamos. Y es específicamente de lo psicofarmacológico, y en ese caso, solamente otro par puede entender de lo que estás hablando”.

Respecto de los equipos que trabajan con multidisciplina, otro Psiquiatra pero que se desenvuelve en el ámbito privado comentará:

“La palabra interdisciplina es una palabra muy compleja, trabajar en interdisciplina es posible pero no siempre, en cambio trabajar en multidisciplina es siempre posible (...) consensuar términos médicos con profesionales no médicos me parece imposible. Por ejemplo en las situaciones de crisis, emergencia psiquiátrica (...) no se puede llegar a un consenso interdisciplinario en una situación de emergencia. Es potestad de aquellos que trabajan en la emergencia”.

Por otro lado, resulta interesante un aspecto planteado por otro de nuestros entrevistados en relación a este hábito paternalista imperante y que la ley pareciera intentar detener. Textualmente una Psicóloga del servicio hospitalario general dice:

“Hay gente que tiene toda una cuestión gozosa por detener al paciente (...) un viejo hábito paternalista de que el paciente no va a poder solo, o sea, de cierta presunción de incapacidad por la locura, lo cual es cierto, la psicosis disminuye el juicio, lo desvía de hecho, es menos autónomo que otros, lo que también es verdad es que si uno no trabaja para que pueda mas cosas de las que puede tampoco va a poder. El profesional tiene mucho miedo de soltarlo”.

Finalmente, resulta importante mencionar algunos inconvenientes en relación a problemas de jurisdicción. Un Directivo de un servicio público nos dirá:

“Es muy difícil con el materno infantil, tanto con la parte de salud mental como neurología, es muy difícil porque no solo está la cuestión de la jurisdicción sino que hay una concepción diferente en el tratamiento de salud mental (...) han adoptado una corriente de la psiquiatría que viene solicitando tratamiento cognitivo conductual cosa que yo me enorgullezco de decir que nosotros no tenemos ni vamos a tener”.

Según los entrevistados, se considera fundamental abrir el diálogo en estos casos ya que consideramos que lo principal más allá de a quien le compete tal o cual sujeto en la atención de su Salud Mental, es fundamental que éste no pierda la posibilidad de ser atendido, por cuestiones puramente burocráticas, teóricas o de cualquier índole, ajenas al mismo. Es de suma importancia, la reorganización intersectorial.

Bibliografía

- Alimirón, L. (2008). *Construcción rizomática del concepto de Salud Mental*. Alcmeon, revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, núm 4, p. 56 – 65
- Stolkiner , A; *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. *Publicado en* El Campo Psi.[en línea] ,1999. Disponible en: www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm

ANÁLISIS INTERCATEGORIAL

Análisis Intercategorial.

De la salud como mercancía a la importancia de lo sociocomunitario en salud mental

Crisis del sector y nuevas urgencias

Asumiendo a la Salud Mental como parte de un proceso social, entendiéndola desde el modelo biopsicosocial. Se concibe a la Salud como un sistema, comprendiendo que todo sistema es, a la vez un todo y una parte.

En la Ley Nacional de Salud Mental este modelo biopsicosocial queda explicitado en estos términos: En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental 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 (Ley Nacional de Salud Mental, 2010).

Entonces, se desprende de esta concepción de la Salud Mental, la importancia otorgada al componente sociocomunitario, en tanto que se lo considera parte constituyente de la misma. La incorporación del componente sociocomunitario en Salud Mental posibilita encontrar nuevos modos de comprender y organizar los cuidados de las personas con padecimientos mentales, y revalorizar el lugar de las comunidades en el proceso salud-enfermedad-atención.

Durante la década de los noventa la concentración económica, las políticas de privatización y de desregulación, la apertura de los mercados, el achicamiento del Estado de Bienestar; trajeron aparejado la precarización laboral, el aumento

del desempleo, la instalación de la pobreza y la marginalidad y un crecimiento de las desigualdades sociales (Svampa, 2006).

En este contexto, junto a la retracción de los recursos del Estado destinados a políticas en salud, se produce un aumento de la demanda hacia el sistema público que ha conducido a la configuración de una crisis del sector. Tal como lo expresa Alicia Stolkiner, (1994) “En el contexto de los cambios actuales, las políticas sociales y entre ellas las de salud, se ven severamente transformadas en la redefinición de las funciones del Estado”.

Los descensos en los crecimientos nacionales y un sistema expropiador de los recursos colectivos, produjeron altos índices de desocupación y reducción de los ingresos, con el respectivo deterioro del bienestar de la población y las consiguientes repercusiones sobre la salud mental de la misma (Pacenza, Romanin, 2005).

El agravamiento de la situación económica-social y el aumento de contradicciones sociales (consecuencia de las políticas instrumentadas), han incidido en la progresiva desintegración de los núcleos familiares y en la destrucción de las redes solidarias de la comunidad.

En este sentido, surgen nuevas urgencias sociales, y una configuración diferente de la demanda de atención en salud mental, lo cual necesariamente deberá implicar una reestructuración en la respuesta a dicha demanda.

Como se viene diciendo, en los noventa, la mercantilización y privatización de la salud sumada al desmantelamiento de los servicios públicos por el achicamiento del Estado como responsable y garante de los derechos, daña al colectivo social.

El derecho a la salud obligaría a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones

comprenden, entre otras cosas, la disponibilidad garantizada de servicios de salud y este es uno de los puntos más descuidados y, por esto, coadyuva a que el ejercicio de este derecho no se vea garantizado. Existe inequidad en el acceso a los servicios, o sea que extensas porciones de la población no poseen las condiciones para poder hacer frente a los costos en Salud pero, la inaccesibilidad no es sólo un tema de falta de recursos, sino que también implica, en algunos casos, la imposibilidad de acceso debido a la distancia geográfica, a las de discriminaciones por etnia, por religión, por clase social, etc. Esto implica la exclusión de amplios sectores de la población del derecho a la Salud.

El pasaje de la salud como derecho a la salud como mercancía contribuye decisivamente a un aumento cada vez más importante de la desigualdad y la exclusión de amplios sectores sociales. La salud queda inmersa en la lógica del mercado y es justamente por esto que se gesta una inequidad e inaccesibilidad a la salud de una parte importante de la población (Sen, 2002).

La demanda de atención en el Hospital Público aumentó sobrecargando el trabajo de los profesionales de la salud, el ambiente laboral y las condiciones de trabajo se vieron deteriorados, la nueva situación vino sumada al desarrollo de nuevas problemáticas que exceden en mucho la capacidad de los profesionales de dar respuesta (Pacenza, Romanin, Op. Cit.).

En este contexto y partiendo de las palabras de los entrevistados se recortarán dos modalidades de desubjetivación, las adicciones y la propia del modelo asilar.

La desubjetivación es entendida como un concepto que alude a la pérdida del ser, a un sujeto objetalizado dando lugar a una desubjetivación radical de toda

la estructura en la cual el sujeto está reducido únicamente al estado de espectador.

El lenguaje de esta cultura es un lenguaje empobrecido, falto de palabras, impulsa a ritmo veloz a la pura sensación de las imágenes, las impresiones fugaces, el pasaje al acto que evita la pausa que requiere el pensamiento y la reflexión (Galende, 2008).

Nos encontramos con este predominio de la imagen vinculado a un lenguaje empobrecido, a una falta de pensamiento y de reflexión, que se relaciona con un nuevo valor cultural ligado a una búsqueda de actuar sobre la vida emocional, el rendimiento físico, sexual, intelectual, etc. Se busca terminar con los malestares e impotencias a través del consumo de los psicofármacos y/o de las drogas ilícitas, ignorando la responsabilidad subjetiva y el conflicto.

Bauman (2005) se refiere al miedo a establecer relaciones duraderas y a la fragilidad de los lazos solidarios que parecen depender solamente de los beneficios que generan, entonces, propone la metáfora de la liquidez donde intenta dar cuenta de la precariedad de los vínculos humanos en una sociedad individualista y privatizada cuyo sello es el carácter efímero y etéreo de sus relaciones (Bauman, 2005).

En relación a las adicciones, un tema recurrente en las entrevistas, Héctor López, dice que la intoxicación es una defensa contra el goce, y un intento, no del todo exitoso, de poner una barrera química contra la irrupción de la angustia. Sería una búsqueda de encauzamiento de la excitación en la vía del placer antes que una voluntad de goce (López, 2003).

¿No es claro acaso lo que dice Freud: que el hombre vive en estado de abstinencia con respecto al goce? Esta es sin duda una condición estructural y universal como tributo a la cultura. La “solución” a esta insatisfacción requiere

necesariamente de algún tipo de adicción, ya sea a objetos reales (sustancias químicas) o a objetos imaginarios (fantasías repetitivas, ficciones artísticas, etc.), ya sean perjudiciales o inofensivas (López, *Ibíd.*).

Sigmund Freud (1930) plantea que: “La insatisfacción del hombre por la cultura se debe a que esta controla sus impulsos eróticos y agresivos, especialmente estos últimos, ya que el hombre tiene una agresividad innata que puede desintegrar la sociedad. La cultura controlará esta agresividad internalizándola bajo la forma de superyo y dirigiéndola contra el yo, el que, entonces, puede tornarse masoquista o autodestructivo”.

La intoxicación por drogas sería una especie de “consuelo” y no un pasaje al goce, sino, más bien, el establecimiento de una defensa contra él, obteniendo a cambio un poco de satisfacción, la que proporcionan los elementos de esa serie.

La cultura misma, por su estructura, conduce a la represión del goce que es la insatisfacción, el malestar, el dolor de existir. La abstinencia tiene que ver entonces con la vida misma, articulación por donde aparece en el pensamiento de Freud el nexo entre la adicción tóxica y las condiciones culturales (López, *Op. Cit.*).

La abstinencia le es natural al sujeto, y es por esto que se multiplican y se diversifican los objetos y discursos sociales que valen de “consolación”. Esta connaturalidad se ve acrecentada actualmente por una cierta degradación de los vínculos sociales.

Actualmente se impone una ruptura de los lazos sociales y se vislumbra, como los entrevistados afirman, el otorgamiento de un menor valor a la palabra.

El concepto de “Institución total” fue ideado por el sociólogo Erving Goffman para designar un “lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de

individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 1971).

El manicomio como “institución total”, se encargó de reemplazar todas las dimensiones de la vida social por la institucionalización. Esto desemboca en una desubjetivación producto de la pérdida de su propia historia, no dando terreno para propiciar que la palabra se anude a su historia personal y, por lo tanto, tampoco contribuye a la formación o recuperación de la identidad; derechos humanos que se pierden por la entrada en estas instituciones totales, llevando a la pérdida de la noción del tiempo y a la pérdida de identidad, produciendo la desubjetivación que provoca el encierro. Estas son la subjetividades desubjetivadas, sujetos devenidos objetos, construidas en la pobreza, la ignorancia y el autoritarismo.

Si nos preguntamos qué sucede con lo humano en estos lugares de encierro, la respuesta sería que estas prácticas conllevan a la desubjetivación y deshumanización de quienes los habitan, lejos de la condición de sujeto y de la posibilidad de atravesar procesos de subjetivación que permitan pensar en prácticas de reinserción social. Nos encontramos en este caso con la nuda vida de los internos, expuestos quizás para el resto de sus días a prácticas “terapéuticas” y de encierro que desde su condición de no-sujeto, no les ofrecen otro camino que la supervivencia o la muerte.

Emiliano Galende (Op. Cit.), va a decir que la psiquiatría del siglo XIX, cuyos postulados se conservan aún hoy, proclama: no más que la familia, la comunidad o la sociedad se ocupe de convivir con la locura: para esa tarea está el hospital psiquiátrico.

Cuando sería esencial pensar y trabajar en estos niveles para lograr una mejor comprensión y abordaje de la problemática.

Integración social

La Ley Nacional de Salud Mental plantea: promover servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a grupos familiares y comunitarios; casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación y familias sustitutas (Ley Nacional de Salud Mental, 2010).

En este sentido recalcan los entrevistados la importancia de la atención primaria en cuanto a que van a ser los niveles más cercanos a la familia y a la comunidad.

Una propuesta de este tipo implica promover prácticas que no aislen al enfermo de su familia o grupo social, que preserven la accesibilidad geográfica y cultural para el paciente, y por último posibiliten la participación de la familia y la comunidad en el proceso de atención.

Sin embargo, y a juzgar por lo planteado en las entrevistas, parecería que en nuestra ciudad este tipo de servicios no abundan, y por ello nos encontramos con pacientes que se hallan internados por carecer de los soportes económicos, sociales o familiares que les permitan externaciones sustentables, que padecen la escisión de su entorno familiar y comunitario, la pérdida de sus derechos más elementales, el deterioro de sus capacidades laborales y la mutilación de su autonomía personal, efectos ya largamente observados como propios de la institución manicomial.

Si bien los dichos de los entrevistados aluden a la falta de experiencias de este tipo en la ciudad. Debemos rescatar que en el país se hacen presentes experiencias que llevan a cabo un abordaje congruente con lo planteado por la Ley Nacional de Salud Mental. Los mayores referentes se dan en Río Negro, Entre Ríos y San Luis. Particularmente en San Luis, se llevó adelante la transformación institucional del Hospital Psiquiátrico, convertido desde 1994 en Hospital Escuela de Salud Mental mediante la completa externación, seguimiento y contención de los pacientes en sus casas u hogares sustitutos. Allí trabajan en forma conjunta profesionales, empleados y pacientes, para concebir el acceso a la salud mental como un derecho básico, en el que se respeta y protege la dignidad de los pacientes.

Resulta atinado además, mencionar el proceso de desmanicomialización de Río Negro, de 1986. Una reforma desde el sector judicial, y con fuerza de ley. Dicha Ley, nº 2440 de promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental, fue sancionada en el año 1991 por la legislatura de Río Negro. Ésta tiene como fin último la recuperación de la identidad, la dignidad, el respeto y la reinserción comunitaria de la persona humana con sufrimiento mental.

También en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires existen algunas experiencias comunitarias y artísticas en hospitales psiquiátricos que se dirigen hacia transformaciones institucionales. Entre ellas podemos mencionar el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA), llevado a cabo por un grupo de profesionales del Hospital Neuropsiquiátrico Estévez, el mismo cuenta con la financiación del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Pretende ni más ni menos que la desmanicomialización de aquellas pacientes que cuentan con el alta de internación, pero no poseen los medios económicos

o afectivos para irse. Para lograr ese objetivo se plantea la utilización de distintos dispositivos que engloban prácticas diferenciales al hospital tradicional, con actividades educativas, deportivas, de capacitación y laborales. El programa contempla además un mecanismo para solventar la instalación de pacientes en condiciones de alta en viviendas de la comunidad. Se instauran dos herramientas: la constitución de Casas de Convivencia mediante el alquiler a cargo del hospital y el otorgamiento de subsidios a Familias Sustitutas, que puedan albergar a pacientes dados de alta. Para ello los hospitales deben afrontar las erogaciones con sus presupuestos habituales.

Podemos mencionar también dos experiencias que se realizan en el Hospital José T. Borba. Una de ellas denominada "Cooperanza", planteada como continuación de una peña llamada "Carlos Gardel" desarrollada por Alfredo Moffatt y Enrique Pichón Riviere, en los años '60, actividad que se vio interrumpida por el proceso militar. En la actualidad, Cooperanza funciona como una Asociación Civil sin Fines de Lucro, y uno de sus coordinadores es el psicólogo Social Diego Nacarada. Constituye una alternativa al modelo manicomial, reconociendo a los participantes como individuos particulares, revalorizando la subjetividad de cada uno, con el fin de hacer resurgir su identidad, cuenta en este momento con cinco talleres: Juegos, Literario, Música, Teatro y Plástica.

La otra experiencia es la llevada a cabo por el Frente de Artistas del Hospital Borda, que surge a fines de 1984, con el objetivo de producir arte como herramienta de denuncia y transformación social desde artistas internados y externados en el Hospital Borda, posibilitando a través de diferentes formas de presentación, que las producciones artísticas generen un vínculo continuo con la sociedad.

Se hace necesaria una reflexión, en nuestro país hace poco mas de cuarenta años fue posible un abordaje como el planteado líneas arriba, que contempló la inclusión social y la protección de los derechos.

En el año 1968 se crean las primeras comunidades terapéuticas del país como parte de Plan Nacional de Salud Mental de 1967 implementado por el gobierno dictatorial de Onganía (Grimson, 1972).

Según Wilbur R. Grimson, la Comunidad Terapéutica, es un conjunto de técnicas integradas que se aplican a una institución tendiendo a permitir y obtener el máximo de participación por parte de los pacientes, y se caracteriza por un sistema constante pero flexible cuyas características son conocidas por todos los participantes y son discutidas por ellos periódicamente, existiendo la posibilidad de rectificar aspectos del funcionamiento. La comunidad se sirve de roles terapéuticos diversos y opera principalmente en base a grupos. La dirección del sistema esta dada por la externación. La distribución del poder tiende a la igualación de los roles, se dispone de un conjunto de información común a todos los participantes (Grimson, *Ibíd.*).

Si bien este abordaje se realizaba puertas adentro de la institución psiquiátrica, el objetivo es similar al de hoy en día, se busca el restablecimiento del paciente, y por consiguiente la "integración social", lo cual implica un abordaje que promueve un posicionamiento ético, en el que el paciente es un semejante, lo comprensible o no de su trastorno pertenece por entero a un campo intersubjetivo, por lo tanto el trato hacia él, el respeto por su palabra, su cuerpo y su historia es lo prioritario. La relación de entendimiento, y a la vez terapéutica, nos implica conjuntamente para el conocimiento de su sufrimiento y para intervenir sobre él.

Desde un objeto de asistencia, hacia un sujeto capaz

Capacidad Jurídica

La ley Nacional de Salud Mental hace hincapié en los derechos de las personas con padecimiento psíquico, utilizando para ello la premisa del “sujeto de derecho”, nos preguntamos ¿Qué implica esta noción de sujeto de derecho? A nuestro entender supone el reconocimiento a partir de la Ley, de la plena capacidad jurídica de obrar, lo cual nos permite pensar al sujeto de derecho, como un cambio de paradigma en lo relativo al concepto y al trato que se imparte a las personas con padecimiento psíquico.

Sólo en el caso en que se carezca de las cualidades necesarias para obligarse y ejercitar por sí mismo sus derechos, por impedimento o privación a causa de una enfermedad o deficiencia psíquica, podría ser incapacitado (García Vidal, Op. Cit.).

Para pensar en este cambio de paradigma podemos servirnos de una Ley sancionada en el año 2006, que consideramos importante como antecedente de aspectos retomados posteriormente en la Ley Nacional de Salud Mental. Nos referimos a la ley N°26.378, sancionada por el Congreso de la Nación argentina, por medio de la cual se aprobó la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad. Esta convención postula la igualdad jurídica de las personas con discapacidad y dispone su plena capacidad de obrar; a su vez, principios fundamentales como la dignidad y libertad. Receta un cambio en el concepto de la discapacidad; no es ya una característica del individuo, un producto de la naturaleza, sino un resultado de

la interacción entre una persona con sus circunstancias y un entorno que limita, obstaculiza o impide el ejercicio de sus derechos, en definitiva concibe la discapacidad como un producto social.

Dicha convención, a nuestro entender al igual que la Ley Nacional de Salud Mental, supone un cambio de paradigma ya que implica el paso de un modelo médico o rehabilitador (o “de sustitución”) que concibe a las personas con discapacidad como personas enfermas que deben ser apartadas y aisladas socialmente, a un modelo social o integrador (o “de apoyo”). Éste último, propio de la Convención, considera a las personas con discapacidad desde su dimensión humana y personal, no pretende que se adapte al modelo que impone la sociedad, sino que la sociedad le brinde herramientas de apoyo y en última instancia es la sociedad quien se debe adaptar a sus necesidades.

El nuevo paradigma supone también que la sociedad integre a las personas con discapacidad en base a la autonomía de la voluntad, lo cual si lo vemos desde una óptica jurídica no es otra cosa que decir que las personas con discapacidad gozan de plena capacidad jurídica de obrar (o capacidad de hecho). (Rosales, 2007).

Pensar la discapacidad nos lleva a hurgar en el paradigma de la diferencia, nos permite pensar en apoyos identificando a estas personas no sólo con aquello de lo que carecen sino con lo que pueden, pudieron y podrán, y no intervenir para suplir una falta, sino para brindar desde el entorno, la ayuda que necesiten para vivir. Es decir, tomando las palabras de algunos de los entrevistados, poder pensar en las capacidades de los sujetos que padecen psíquicamente y de que modo pueden potencializarse.

La integración social, de las personas con padecimiento psíquico, depende más del contexto o de la habilitación o del freno que impone el contexto en el que viven, que de las capacidades y las limitaciones personales que tengan.

En este sentido Emiliano Galende, sostiene que el problema cuando se trata de problemas de salud mental no es estrictamente psicopatológico, lo que está en riesgo es la capacidad subjetiva de esa persona de subsistir en un medio social. Esa capacidad de subsistencia, de desarrollar su vida en un medio social, también está en relación con los recursos que esa persona pueda encontrar en el ámbito de la salud mental. En ese sentido quienes trabajamos en el área de la salud mental no tenemos que olvidar algo que es clave: todo lo que llamamos enfermedad mental comienza con la pérdida de capacidades sociales para poder integrarse a un mundo simbólico, de participar de los intercambios culturales, económicos y sociales, entre otros (Geller, 2007).

Si bien, de lo dicho por los entrevistados se desprende, en su gran mayoría la concepción que plantea la Ley Nacional de Salud Mental de considerar al sujeto al que se le presta un servicio como un sujeto de derechos; los expertos advierten una serie de factores inhibidores a la hora de asimilar el espíritu que se desprende de esta normativa, entre estos, que el admitir un padecimiento psíquico todavía sigue generando resistencia, y se plantea la necesidad de trabajar para comenzar a conmover los estigmas e ir presentando a la comunidad a la persona que padece psíquicamente como un ciudadano.

Otros entrevistados resaltan que más allá de la normativa, se hace necesario un interés fundado en el reconocimiento de los derechos de los sujetos para no caer en acciones burocráticas y asistencialistas.

Otro factor inhibitor que avizoran los expertos tiene que ver con que no es posible hacer efectivas las internaciones por lapso breve en la medida en que no se cuenta con nuevos dispositivos de medio camino que hagan posible esto.

En relación a este planteo, se hace evidente que estamos atravesando por un momento de transición en relación a la aplicación de la normativa, que plantea la creación de dichos dispositivos, los que resultan fundamentales a la hora de poder hacer efectivo lo planteado en este punto por la Ley Nacional de Salud Mental.

Modalidades de abordaje: Internación e interdisciplina

Respecto a la internación, podemos citar algunos artículos de la Ley Nacional de Salud mental que aluden a este tema:

ARTICULO 14. — La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

ARTICULO 20. — La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o

vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento.

c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera (Ley Nacional de Salud Mental, 2010).

Considerando que la internación es una alternativa terapéutica, es importante destacar que debe ser utilizada como último recurso, teniendo en cuenta que la misma se puede efectivizar de manera voluntaria o involuntariamente. La internación psiquiátrica involuntaria sólo podrá ser utilizada cuando no sean posibles los abordajes comunitarios, como medida terapéutica excepcional, lo más breve posible, y únicamente en el caso de que exista riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros.

Es de suma importancia describir un cambio de paradigma presupuesto en la Ley que consideramos vinculado y condicionante de diversas modalidades de internación. Nos referimos a la noción de peligrosidad, y su reemplazo evidenciado en la Ley de Salud Mental, por el de “riesgo cierto o inminente”. Nos serviremos de un trabajo titulado: “La ley 26657 y la evaluación de la situación de riesgo cierto e inminente en las internaciones involuntarias”. En el mismo se propone el recorrido conceptual de la palabra riesgo como primera aproximación al tema. En sus orígenes estuvo vinculado al destino, a una idea de tomar un riesgo personal, en el sentido de aventurarse o tomar coraje, o incluso como probabilidad, asignándosele un valor neutral. Con el transcurso del tiempo hasta llegar a la actualidad se observa que alcanza una connotación

negativa, el riesgo como la probabilidad de que ocurra un hecho adverso

(Angelini, Carril, Irie y Pena, s.f.).

Esta concepción del riesgo como algo adverso, negativo, siempre como peligro fue colonizando las especialidades científicas y técnicas, en la medida en que fue colonizando la sociedad y sus producciones, y fue ligándose a un uso profesional en especial en aquellos saberes o profesiones vinculadas a las técnicas de control social (medicina, psiquiatría, psicología, trabajo social, etc.). Así si habláramos de grupos de riesgo, si reemplazáramos riesgo por peligro la idea se mantendría sin variación. Claramente, el paradigma de la peligrosidad, de ciertos sujetos o grupo sociales, que la criminología italiana nos legó se mantiene incólume en el uso actual del concepto de riesgo (Angelini, Carril, Irie y Pena, *Ibíd.*).

La ley nacional de salud mental como otras normativas y estándares internacionales sostienen la necesidad de un diagnóstico interdisciplinario, entendido como un diálogo (democrático, de igual a igual) y consenso entre disciplinas respecto de un problema común y no como la sumatoria de saberes sin diálogo entre ellos, sin producción de algo nuevo, esto último propio de los enfoques multidisciplinarios.

Pero este diálogo interdisciplinario no se agota solo en los saberes profesionales. Sino que debe ampliarse a la participación de otros actores: la persona misma, sus referentes afectivos, su comunidad (Angelini, Carril, Irie y Pena, *Ibíd.*).

Esto plantea un cambio paradigmático en la concepción de la atención en salud mental y por lo tanto en la consideración del riesgo. Si como decíamos anteriormente, la percepción y evaluación del riesgo es una construcción sobre

acontecimientos futuros de los diferentes grupos sociales, y que ella varía en cada uno de ellos, nos lleva a plantear que la determinación del riesgo cierto e inminente es una construcción que debe hacerse entre los diferentes profesionales del equipo interdisciplinario junto a las personas destinatarias de la atención y de sus referentes continentales, sean familiares o no. Esa visión se expresa claramente en el artículo 9 de la Ley Nacional 266657 que dice: El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (Ley Nacional de Salud Mental, 2010).

Siguiendo esta línea, y apartándonos de lo interdisciplinario e intersectorial vinculado a la noción de riesgo, el artículo 8 de la Ley Nacional de Salud Mental, expresa: Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente.

Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes (Ley Nacional de Salud Mental, 2010).

La interdisciplina puede ser pensada como una herramienta que en el campo del conocimiento ofrece un camino para superar aquella fragmentación del saber que la especialización parece hacer inevitable, permitiéndonos realizar una cierta unidad del saber, no como una "reducción a la identidad" sino como toma de conciencia de la complejidad de las realidades que nos rodean, la cual

requiere que el verdadero entender de esta complejidad, consista en tomar en cuenta las diferencias y al mismo tiempo comprender las razones y el sentido de su estar juntas y relacionadas (Agazzi, 2002).

Ya es sabido que la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina. La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción. Para que pueda funcionar como tal, un equipo asistencial interdisciplinario requiere la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios. El tiempo dedicado a éstos - sean reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos, reuniones de elaboración del modelo de historia clínica única, etc.- debe ser reconocido como parte del tiempo de trabajo (Stolkiner, 1999).

En este párrafo, la autora señala que solo debemos considerar como interdisciplinarios a aquellos equipos donde exista un marco de representaciones comunes entre las diferentes disciplinas que lo integren, en el caso de equipos asistenciales, estos deberán compartir actividades y dispositivos que les permitan lograr una construcción conceptual común de cada problema a abordar.

Las diferencias en el equipo de trabajo en la medida que sean ejes superadores permitirán el crecimiento del grupo, a la vez que mejorar su capacidad de acción y reacción frente a distintas situaciones en las que deba intervenir.

Finalmente, consideramos de suma importancia a los fines de la presente investigación, profundizar la reflexión acerca del consentimiento informado, puesto que consideramos que su utilización es un garante primordial para una

construcción de salud mental sustentada en los principios de la autonomía y libre determinación, la no discriminación, el respeto por la integridad física y psíquica y la dignidad de toda persona, entendiendo estos como valores éticos universales, consagrados en numerosos tratados internacionales de derechos humanos.

El consentimiento informado es reconocido por la Ley 26.657 en los siguientes artículos:

- Capítulo IV : Derechos de las personas con padecimiento mental

ARTICULO 7°

- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales.
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente.

- Capítulo V : Modalidad de abordaje

ARTICULO 10.

Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

- Capítulo VII : Internaciones

ARTICULO 16.

Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos: c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

Frías, López y Povilaitis en un trabajo llamado “El consentimiento informado y la atención en salud mental” esbozan la siguiente definición de consentimiento informado: “Declaración de voluntad manifestada por el usuario para la administración de un tratamiento o procedimiento de salud, efectuada en forma clara y suficiente, luego de habersele proporcionado información en forma confidencial, adecuada, suficiente y comprensible sobre aspectos propios del tratamiento o procedimiento” (Frías, López y Povilaitis, 2011).

El consentimiento informado es fundamental por dos cuestiones que se influyen mutuamente: primero porque como instrumento permite al sujeto concretar el derecho a tomar decisiones sobre su salud de manera plena, libre e informada; y en segundo lugar porque esto contribuye a una actitud ética y comprometida de los profesionales participantes en el proceso.

Ahora bien, ¿qué tipo de información debe incluir para que el sujeto de su consentimiento?. Adscribimos a la posición planteada en la Ley de Salud Mental vigente en que toda información que se brinde a la persona para que

acepte o no un tratamiento debe incluir: el diagnóstico y su evaluación; propósito, método, duración estimada, y beneficios que se esperan obtener; otras posibilidades de tratamiento; incomodidades, riesgos y secuelas posibles, y por sobre todas las cosas no ocultar ningún tipo de información.

Bibliografía

- Agazzi, E. (2002). El desafío de la interdisciplinariedad: diferencias y logros. Material de circulación Interna del proyecto de investigación "Interdisciplinariedad desde la filosofía de la ciencia". Departamento de Filosofía. Universidad de Navarra.
- Angelini, S. O.; et al. *La ley 26657 y la evaluación de la situación de riesgo cierto e inminente en las internaciones involuntarias*. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. [en línea] s.f. Disponible en: [https://www.google.com.ar/search?complete/search?client=serp&hl=es&gs_nf=1&pq=%09http%3A%2F%2Fwww.uba.ar%2Fextension%2Funiversidadydiscapacidad%2Fdownload%2Fconvencionddhh.pdf&cp=170&gs_id=h&xhr=t&q=%09Silvio%2C%20O.%20La%20ley%2026657%20y%20la%20evaluación%](https://www.google.com.ar/search?complete/search?client=serp&hl=es&gs_nf=1&pq=%09http%3A%2F%2Fwww.uba.ar%2Fextension%2Funiversidadydiscapacidad%2Fdownload%2Fconvencionddhh.pdf&cp=170&gs_id=h&xhr=t&q=%09Silvio%2C%20O.%20La%20ley%2026657%20y%20la%20evaluación%20) [Consulta: 13 de junio de 2012]
- Bauman Sygmunt, (2005): *Amor Líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Editorial Fondo de Cultura Económica, Madrid.
- *Cooperanza. Una alternativa al modelo manicomial*. [en línea] 2010. Disponible en: <http://www.cooperanza.com.ar/> [Consulta: 2 de marzo de 2012]
- Freud, S. (1990). *El malestar en la cultura. Cap II. (tomo XXI)* Editorial: Amorrortu editores. Buenos Aires. Argentina.

- Frías, J; Lopez, M y Povilaitis , A.; (2011) *El consentimiento informado y la atención en Salud Mental*. Comunicación presentada en IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Derecho a la Salud y Protección social. Buenos Aires, 10, 11 y 12 de agosto
- Galende, E. (2008) *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. Editorial: Lugar: Buenos Aires. Argentina.
- Garcia Vidal, L.; *Protección Jurídica del discapacitado: En torno a la Enfermedad Mental*. [en línea], 2003. Disponible en: https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/1429/HUM2_Art6.pdf?sequence=1 [Consulta: 1 de junio de 2012]
- Geller, R, B.; *La institucionalización psiquiátrica y la medicalización son estrategias de aniquilación del sujeto. Entrevista a Emiliano Galende. Agencia CyTA. Instituto Leloir*. [en línea], 21-06-2007 Disponible en: www.agenciacyta.org.ar. [Consulta: 23 de mayo de 2012]
- Goffman, Erving (1961). *Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, trad. española, Internados. Editorial Amorrortu, Buenos Aires. Argentina.

- Grimson, w. (1972). *Sociedad de Locos. Experiencia y violencia en un hospital psiquiátrico*. Editorial: Ediciones Nueva Edición. Buenos Aires. Argentina.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. [en línea] 8-9-2011. disponible en:<http://20.58.113.95/~ni000019/legislacion/leyes/general/26657.php>. [Consulta: 20 de julio de 2011]
- López, H.:(2003). *La doctrina freudiana sobre las adicciones, en Las adicciones sus fundamentos clínicos*, Editorial Lazos, Buenos Aires. Argentina.
- Pacenza, M y Romanin, E.; *Condiciones y medio ambiente de trabajo de distintos grupos profesionales: psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales en los servicios públicos de Salud Mental en la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón*. Comunicación presentada en el VII Congreso de [en línea] 12-8-2005, Disponible en: <http://www.aset.org.ar/congresos/7/14001.pdf>. [Consulta: 23 de mayo de 2012]

- Rosales Pablo (2007), La nueva Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [en línea], 11- 04-2007. Disponible en:
<http://www.uba.ar/extension/universidadydiscapacidad/download/convencionddhh.pdf> [Consulta 13 de junio de 2012]
- Sen, A. (2002), *Por qué la equidad en salud*. En Revista Panamericana de Salud Pública: Washington. Año 11, num. 5 y 6.
- Stolkinner , A; *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Publicado en* El Campo Psi.[en línea] ,1999. Disponible en:
www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkinner.htm
- Svampa, M. (2006) La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo. Editorial Taurus. Buenos Aires. Argentina.

CONCLUSIÓN

Conclusión.

Consideramos que cada momento histórico conforma una determinada “subjetividad”, entendida como la entiende Galende (2008), o sea, en tanto prácticas y discursos. Pero además, la subjetividad, en un juego dialéctico, modificará este momento histórico al mismo tiempo. Es decir que la subjetividad influye en la generación de las normativas de un momento histórico determinado, y viceversa. A lo largo de nuestro trabajo de investigación, hemos observado, mediante el relato de nuestros entrevistados y, además, fundamentado en nuestro marco teórico, cómo ciertos aspectos de nuestra cultura son facilitadores -o no- para la implementación de la Ley de Salud Mental nº 26.657. Trataremos de sintetizar lo referido al tema en esta conclusión.

Considerando en primer lugar a las debilidades, a la hora de implementar la nueva Ley, encontramos como sobresalientes: hábitos “paternalistas”, modalidades de trabajo contraproducentes para el trabajo interdisciplinario y un gran déficit a la hora de responder a un aumento de la demanda de atención en salud mental que se a volcado hacia el sistema público.

La primera debilidad hace alusión a ciertos hábitos que están instituidos y que implican considerar al paciente como “incapacitado” en su totalidad. Dicha manera de concebir al sujeto se desprende de la vieja nominación de “enfermedad mental”, propia del modelo médico y ampliamente diferente de la nominación de “padecimiento psíquico” y el concepto de Salud Mental con el que va enlazado. Esta debilidad, es contraproducente a la implementación de la ley, ya que es absolutamente opuesta a la concepción de sujeto que padece psíquicamente, planteada en la misma, pero no por eso, el sujeto queda

anulado en sus capacidades. La intención es potencializar las mismas y generar así la autonomía de los sujetos, buscando con ello el pleno ejercicio del derecho a la salud. Esto, además de ser explicitado por varios entrevistados, queda evidenciado en la Ley de Salud Mental, cuando se habla de “Sujeto de Derecho”.

En segundo lugar, la Ley de Salud Mental hace especial hincapié en la modalidad interdisciplinaria para el trabajo en Salud Mental. Esto propicia el diálogo, el consenso, el alejamiento de “dogmas”; aspectos fundamentales y consecuentes a la fuerte línea humanista de la nueva Ley. Es decir, una construcción conceptual común del problema y no una yuxtaposición de disciplinas. Ejemplos de esto último son la multidisciplinaria y la interconsulta. Ambas estrategias propician la fragmentación más que el consenso, y por lo tanto, no tendrán como resultado (propio del consenso), un aspecto nuevo, surgido a partir del diálogo, sino más bien, un acto repetitivo en donde el sujeto mismo que padece psíquicamente queda fragmentado, desarticulado en su totalidad. A su vez resulta necesario, como propone la Ley, romper con el poder hegemónico del modelo médico, e instituir un poder emancipatorio en salud mental, que sea gestado en y con la comunidad. Vale aclarar, que lo que está en juego, no es la emergencia de un mero conflicto corporativo entre profesiones, sino que es mucho más profundo e importante, se trata de un cambio de paradigma en salud mental, que debe partir con la instauración de un modelo de atención, que de forma digna y eficaz, pueda dar las respuestas posibles (sin hegemonía de saber alguno), a la complejidad que caracteriza a todo padecimiento psíquico.

Finalmente, observamos un gran déficit en la capacidad de responder a la gran demanda, actual. Ahora bien, ¿cómo es esta demanda? y ¿de qué forma

quedará reestructurada la respuesta a la misma por parte de los profesionales? Es decir, consideramos que este último aspecto de las debilidades del sistema sanitario (y las subjetividades propias) a la hora de implementar la Ley, es solamente en lo atinente al déficit, pero no a la forma en que han tenido que responder los profesionales, y la comunidad en general, a partir de esta “subjetividad” caracterizada por una gran “desubjetivación” (en palabras de los entrevistados). Encontramos en estas formas de responder a la gran “desubjetivación”, modalidades adecuadas para la implementación de la Ley de Salud Mental, aunque reconocemos el déficit en esta capacidad de respuesta. A partir de aquí, e intentando un movimiento de “subjetivación” es que los entrevistados hablan del encuentro con la palabra, de la importancia de la cultura para recuperar ese lazo social, etc. Es decir, la incorporación del componente sociocomunitario, que de cualquier modo reconocemos, es insuficiente en la respuesta a la gran demanda, resultado de la crisis del sector sanitario.

Ahora, haremos hincapié en aquellos factores facilitadores a la hora de la implementación de la Ley de Salud Mental.

Podemos dividir estas fortalezas en dos aspectos ampliamente abarcativos de muchos otros que se incluyen y que fueron mencionados por los entrevistados, además de sustentarse en el marco teórico utilizado, y, principalmente, en lo mencionado en la Ley de Salud Mental; nos referimos a: los nuevos modos de concebir al sujeto con padecimiento psíquico, y, por consiguiente, a nuevas formas de intervención.

Respecto de la primera fortaleza, varios de los entrevistados dejaron en claro cómo es considerado ese “sujeto que padece psíquicamente”. Esto va en la línea opuesta al hábito paternalista -todavía vigente-, pero que algunos

profesionales no adhieren y que va a contrapelo de esta estigmatización. Estos profesionales reivindican las capacidades de todas las personas, teniendo como referencia el concepto de Salud Mental y su multideterminación, en lugar del concepto estigmatizante de “enfermedad mental”. Esto además, habla del reconocimiento de los derechos de todo sujeto, incluido el sujeto que padece. Por lo tanto, considera a la salud como un derecho social más y no como una “mercancía”. Finalmente, a partir del concepto de “capacidad jurídica de obrar”, se hace hincapié en la potencialización de las capacidades de todo sujeto de acuerdo a su singularidad, y se ejemplifica en situaciones precisas como lo son las internaciones y el consentimiento informado. Esto implica el cambio desde un paradigma absolutamente asistencialista y paternalista (en el que el sujeto pasa a ser objeto de asistencia) hacia un modelo en el cual el sujeto es actor principal y protagonista y por lo tanto es “capaz”, en el sentido de una verdadera “autonomía de voluntad” que a la vez, traerá como consecuencia la posibilidad de “potencializar las capacidades” de dicho sujeto.

Estos nuevos modos de concebir al sujeto con padecimiento psíquico, sumado a la “crisis del sector” traen como consecuencia nuevas formas de intervención, las cuales, según los entrevistados, ya venían desarrollándose previo a la Ley de Salud Mental, y con la implementación de la misma, se regularía lo que previamente carecía de regulación legal. En este sentido, dichas formas de intervención favorecen a la implementación de la Ley.

La crisis del sector, va acompañada de “nuevas urgencias” que son resultado de la desintegración de núcleos familiares, así como también la fragilidad de lazos solidarios de la comunidad y del estallido de las instituciones del estado. A esto debemos sumarle la concepción previamente desarrollada de “sujeto que padece psíquicamente” avalada por varios de los profesionales

entrevistados. Ante este panorama, ampliamente “desubjetivante”, se configura una nueva demanda de atención, y por lo tanto surge como consecuencia, una modalidad de respuesta reestructurada a dicha demanda. Nos referimos a la importancia otorgada al componente comunitario en toda intervención. Esto implica aspectos que integran esta modalidad de intervención y que van en la línea de la “subjetivación” necesaria. Nos referimos al trabajo interinstitucional, interdisciplinario, la importancia de la atención primaria y, finalmente, a la “integración social”.

Se resalta a lo largo de las entrevistas la importancia del “trabajo en equipo” es decir, el trabajo interdisciplinario. Consideramos que tanto esta modalidad de abordaje, como así también lo intersectorial resultan fundamentales para considerar al sujeto como una totalidad, en la que el “padecimiento psíquico” es solo parte del mismo. Al referirnos a lo intersectorial, no nos referimos tan solo a la vinculación necesaria entre el orden nacional, provincial y municipal (con la concomitante responsabilidad del estado) como así tampoco, al referirnos a lo interdisciplinario, consideramos implicados solamente a los distintos profesionales que forman parte de un equipo de trabajo. El diálogo interdisciplinario e intersectorial, no se agota en los saberes profesionales. En ambos conceptos, interdisciplina e intersectorialidad, incluimos, como actores de suma importancia a: la persona que padece psíquicamente, sus referentes afectivos, su comunidad, etc. Por esto es que se evidencia la importancia de la atención primaria en cuanto a que van a ser los niveles más cercanos a la familia y a la comunidad en la búsqueda hacia el restablecimiento de dicho paciente, hacia la recuperación de “sus lazos” sociales y por consiguiente la “integración social” del mismo.

Nuestra intención en esta conclusión, mediante el relevamiento documental y el análisis del material recolectado de las entrevistas, es intentar mostrar qué respuestas encontramos a partir de nuestro objetivo principal de investigación: Identificar condiciones facilitadoras e inhibidoras que avizoran los expertos a la hora de reorganizar los servicios locales de salud mental, a la hora de implementar la normativa que se desprende de la Ley Nacional de Salud Mental.

Consideramos que nuestros resultados son un inicio de un tema que todavía es suelo fértil de futuras investigaciones.

“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos, Dellacasa, María de las Mercedes, matricula nº 6093/03; Brissa, María Lucia, matricula nº 6061/03; Dobrinin, Ivan, matricula nº 6096/03. conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los días 21 de Junio de 2012”.

Firma, aclaración y sello del Supervisor

Firma de los alumnos

Dellacasa, María de las Mercedes Matrícula: 6093/03

Brissa, María Lucía Matrícula: 6061/03

Dobrinin, Ivan Matrícula: 6096/03

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentada por los alumnos: Dellacasa, María de las Mercedes, matricula nº 6093/03; Brissa, María Lucia, matricula nº 6061/03; Dobrinin, Ivan, matricula nº 6096/03.

Firma y Aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora:

Fecha de Aprobación: