

2006

Trabajo social y tratamiento del paciente psicótico durante el período de internación en una clínica monovalente

Asín, María Lucrecia

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/581>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
CARRERA: LIC. EN SERVICIO SOCIAL

TRABAJO FINAL:

TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL
“TRABAJO SOCIAL Y TRATAMIENTO DEL
PACIENTE PSICÓTICO DURANTE EL PERÍODO
DE INTERNACIÓN EN UNA CLÍNICA
MONOVALENTE”

AUTORAS:

ASÍN, MARÍA LUCRECIA
CARBONI, MARIA EUGENIA

DIRECTORA:

LIC. BEATRIZ CASTELLANOS

CO - DIRECTORA:

LIC. DANIELA GIBEAUD

AÑO 2006

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
2970	
Vol	
Universidad Nacional de Mar del Plata	

INDICE

Introducción..... 4

Planteo del Problema y Definición de Objetivos..... 7

PARTE I

MARCO TEORICO REFERENCIAL..... 10

Capitulo 1. Salud..... 11

1.1 Diferentes perspectivas de salud. definición de salud 11

1.2 Proceso salud enfermedad y calidad de vida. Conductas de Salud..... 14

1.3 Trabajo en Equipo..... 20

Capitulo 2. Psiquiatría y Salud Mental..... 24

2.1 Psiquiatría. Recorrido histórico..... 24

2.2 Concepto y Definición. Un enfoque integrado desde la salud pública..... 26

2.3 Administración en servicios de Salud Mental..... 30

2.4 Políticas Públicas y Salud..... 35

2.5 Trastornos Psíquicos. Clasificación: Neurosis – trastornos del carácter y la inteligencia – Psicosis..... 43

2.6 Prevención de la enfermedad. Primaria - secundaria – terciaria..... 49

2.7 Rehabilitación Psicosocial..... 53

Capítulo 3. Trabajo Social.

3.1 Definición de Trabajo Social..... 54

3.2 Intervención del trabajador Social. Proceso Metodológico... 57

3.3 El papel del trabajador Social..... 64

3.4 Incumbencias profesionales..... 67

Desarrollo metodológico..... 68

Contexto institucional..... 69

El recorrido de la investigación..... 69

Técnicas de recolección de datos..... 70

PARTE II

Análisis de los datos..... 74

Marco Institucional..... 75

Aspectos demográficos.....	77
Estructura y organización.....	80
El proceso de atención durante la internación.....	81
Tratamiento prestaciones semanales.....	82
El servicio social de la Clínica grupo suizo.....	83
<u>Perspectiva de Salud Mental del equipo de salud.....</u>	<u>84</u>
<u>Rol asignado al trabajador social.....</u>	<u>91</u>
<u>La intervención del trabajador social.....</u>	<u>95</u>
Recurso Humano.....	96
Objetivo General.....	100
Objetivos específicos.....	100
Finalidad de la intervención.....	100
Origen de la demanda.....	101
Sistema Institucional.....	101
Intervenciones Indirectas.....	101
Intervenciones directas.....	102
Otras actividades conjuntas.....	103
Metodología del servicio social.....	103
Reuniones de equipo.....	106
PARTE III	
Conclusiones y propuestas.....	108
Bibliografía.....	114
Anexos.....	118

Introducción

Introducción

Una enfermedad crónica, como lo es la psicosis, es aquella en la que los síntomas de la persona se prolongan a largo plazo de manera que perjudican su capacidad para seguir con actividades significativas y rutinas normales. (Robert Shuman 1996).

Los trabajadores sociales estamos cotidianamente vinculados con las personas con padecimiento mental. Es precisamente en este ámbito de la experiencia donde se dialoga, y se discute sobre la existencia que ellos hacen, que ellos tienen, de su propia existencia. Esto nos pone dentro de la discusión sobre las capacidades que poseen las personas con padecimiento mental o deberíamos decir, las capacidades que tienen, aún con padecimiento mental. Y este lugar no es cualquier lugar, ya que es el lugar donde la persona trata de afrontar la realidad de significar al mundo, su presente y sus obras. Donde mas allá de tomarla a esta realidad desde una forma limitada o incompleta, es la forma en que esta persona utiliza para comunicarse con el mundo y para comunicar- al mundo-, lo que esa persona es, proyecta¹. Se considera desde el Trabajo Social "que no se puede separar la manifestación del padecimiento mental de las condiciones de su aparición; ni a la persona que lo padece de las condiciones de su existencia".

Adherimos a Rubens Mendez cuando afirma que "el Servicio Social no tiene herramientas desde el discurso psiquiátrico para discutir los niveles de desorganización en el cual una persona puede caer, lo cual es lógico porque nuestro discurso no es psiquiátrico. Pero sí, tiene herramientas metodológicas para establecer cómo es el desenvolvimiento social de una persona o el reconocimiento que ella tiene de su desenvolvimiento y que nos permite manifestar sus posibilidades – capacidades – de estructurar una experiencia humana"

¹ Rubens R. Méndez. Trabajo Social en el campo de la salud mental. Facultad de ciencias de la salud y servicio social UNMDP. 1ra edición 2006.

El tema que nos ocupa "la internación" implica, entre otros aspectos, la continuidad o vinculación con la red primaria y la organización de la vida cotidiana institucional del paciente, fortaleciendo la capacidad de afrontamiento, contribuyendo al proyecto social posible y viable, y simultáneamente a la generación de soporte adecuado para la externación.

En el presente trabajo se investiga la intervención del Trabajador Social en una clínica monovalente, más precisamente en la Clínica de Salud Mental Grupo Suizo.

El mismo se estructura de la siguiente manera: parte uno, marco teórico referencial, parte dos análisis de los datos, parte tres conclusiones y propuestas, bibliografía y anexos.

En un primer momento se describe el planteo del problema y los objetivos perseguidos. Luego se desarrolla el marco teórico referencial que posiciona a las autoras, dando encuadre a la investigación. Posteriormente se presenta el análisis de los datos recabados, teniendo en cuenta los objetivos planteados. Por último se exponen las correspondientes conclusiones del trabajo final.

Planteo del problema y
Definición de objetivos

Planteo del problema.

En el intervalo entre las dos guerras mundiales se desarrollan, en los países de habla inglesa, importantes iniciativas en el campo de la psiquiatría, por parte de los Asistentes Sociales comienza a realizarse una labor directa y responsable en relación con los enfermos mentales. El trabajo Social se interesa cada vez más por la psicología normal y patología conforme progresa la calidad de ayuda a las personas con dificultades sociales y económicas. El desarrollo del trabajo social psiquiátrico precede algunos años al movimiento general de Higiene Mental.

Se comienza a evidenciar que al tratar al paciente sin tener en cuenta su medio ambiente familiar social y laboral se realiza una tarea asistencial incompleta.

El movimiento de Higiene Mental, al procurar el perfeccionamiento y humanización de los hospitales psiquiátricos, tiene en cuenta la importancia del trabajo en equipo. La OMS. ya en 1945 reconoce la necesidad del Trabajador Social en los nosocomios. Se comienza a trabajar en instituciones de Salud Mental a través de equipos interdisciplinarios conformados por psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, entre otros.

La práctica social demuestra que la demanda de intervención se presenta como un entramado confuso y difuso de problemas. Hay una tendencia a la cristalización de las prácticas desde roles predeterminados. Hasta hoy siguen vigentes como propiedad del quehacer profesional los "moldes" denominados: asistencial, de gestión, de promoción y educativo. Podemos pensar que éstos roles producen que en ocasiones las prácticas llevadas a cabo se plasmen en acciones estáticas, rígidas y parciales, lo que no permite el logro de un abordaje que contemple la dinámica, complejidad e integridad de la cuestión social.

En general la historia del trabajo social esta abrumada de rotulaciones, encasillamientos de los papeles que el profesional debería y debe cumplir, roles prescritos.

Tanto en la dimensión epistemológica como en los objetivos de los programas y dispositivos de atención de Salud Mental explicitan la atención integrada (interdisciplinaria) e integral (el hombre y su circunstancia). El problema aparece en su aplicación y práctica.

Entonces nos preguntamos:

¿Cuales son los aspectos de conocimiento que valorizan los profesionales de la Salud Mental?,

¿Que espacio tiene asignado- atribuido el Trabajador Social en el "sistema de la cura" diseñado para la internación de los pacientes psicóticos?

¿Cuales son las formas y orientación de la intervención del Trabajador Social en el marco de la Salud Mental?

OBJETIVO GENERAL:

- Explorar la intervención del Trabajador Social durante el período de internación del paciente psicótico en el marco de atención de una clínica de salud mental.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las características del proceso salud enfermedad de la persona con diagnóstico de psicosis.
- Describir los aspectos socio-ambientales que favorecen u obstaculizan la calidad de vida.
- Conocer la estructura de prestaciones y servicios para la atención del proceso salud enfermedad.
- Conocer la perspectiva de la Salud Mental que tienen los integrantes del equipo técnico y el rol asignado al Trabajador Social.
- Conocer la intervención del Trabajador Social en el marco del protocolo terapéutico en el ámbito de internación.

Marco Teorico Referencial

Capítulo 1. SALUD

1.1 Diferentes perspectivas de salud. Definición de Salud.

Desde nuestra visión histórico social de salud adscribimos con Gabriel Gyarmati cuando plantea que “La salud no es un “estado”, tampoco lo es la “enfermedad”. Son parte de un proceso multidimensional y fluctuante. El individuo, a lo largo de la vida, se va desplazando sobre un eje salud-enfermedad (y muerte), acercándose a uno y a otro de sus extremos, según si se refuerza o se rompe el equilibrio entre factores que están, permanentemente interactuando: físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales”. Gabriel Gyarmati (1992).

Concepto de salud desde la perspectiva histórico social.

El concepto de salud ha ido evolucionando en el tiempo desde la ausencia de enfermedad hasta una concepción mas vinculada a la calidad de vida.

Hoy coexisten diferentes miradas ya que las diversas perspectivas de la salud incluyen aspectos filosóficos, ideológicos y axiológicos diversos y distintos postulados teóricos en relación con el poder. Perspectivas que en lo cotidiano ponen en evidencia desde donde miramos la salud, como la comprendemos, para qué y que hacemos para sostenerla como personas, como profesionales y como investigadores. Por tanto tienen directa relación con las formas de acceso al conocimiento. Desde las ciencias sociales podemos distinguir tres paradigmas: empirista-positivista, simbólico-interpretativo (o hermenéutico o subjetivo) y crítico, que se han ido estructurando por la evolución del pensamiento, las ciencias y la investigación y por la influencia de los contextos socio- políticos de cada momento histórico.

La concepción de salud tiene directa relación con los paradigmas científicos prevalentes. En el campo sanitario se han generado tres modelos (diferentes perspectivas de lo cotidiano) vinculados a estos paradigmas: biológico, bioecológico y social. Estos modelos

definen las estrategias del sector salud en general y del campo de salud mental en particular.²

Biológico:

Desde la perspectiva biológica, se entiende la salud como ausencia de enfermedad. Es reduccionista, unívoca y unidisciplinar.

El criterio de bien-estar o de mal-estar está ligado a padecimientos físicos y disfunciones orgánicas visibles –unicausalidad-.

La medicina es la responsable de estudiar la enfermedad, con un abordaje asistencial individual, centrado en el eje médico-quirúrgico. Se considera al paciente “una persona individual” descontextualizada, y se lo estudia desde una perspectiva biológica.

Bio-ecológico:

La perspectiva ecologista orienta hacia una visión dinámica de la salud. Se expresa en la definición que propone la OMS en 1964, salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Va más allá de la ausencia de enfermedad. Hay una comprensión diferente del bien-estar que incluye el ámbito psico-social, multicausalidad orgánica y ambiental-epidemiológica.

La ciencia médica, las disciplinas auxiliares y del medio ambiente estudian la enfermedad con un abordaje preventivo individual-familiar-comunitario centrado en dos ejes: médico-quirúrgico y ambiental. No obstante, las dimensiones biológicas, psíquicas y sociales aparecen como una sumatoria de aspectos. La visión ecológica de ambiente es lineal, el equilibrio dinámico abarca un campo limitado de los aspectos mencionados e insuficiente para dar cuenta de la complejidad y de los procesos sociales involucrados.

² Beatriz Castellanos. Colegio de Médicos del IX Distrito, Carrera de Postgrado en Geriátría y Gerontología de la Provincia de Bs. As. Módulo: “Salud Mental en Geriátría: una perspectiva Bioética”. Año 2000.

Si bien la psiquiatría, la psicología y el servicio social comienzan a considerar el medio, conciben al hombre como gobernado por el conflicto, atado, pasivo, y entienden las conductas problemáticas -intrapíquicas o sociales- como desviaciones de alguna norma. Cuando consideran el contexto generalmente hacen un recorte en la dimensión familiar o en la red social primaria; toman esta dimensión como una estructura abordando los problemas como perturbaciones de un sistema "disfuncional", ven interacciones en función de la provisión de servicios formales y / o informales. Diagnostican y tratan con referencia a categorías "ideales" para determinadas edades, sexos, culturas, etc. Las líneas de investigación desarrollan técnicas cuantitativas con énfasis en los resultados estadísticos.

Social:

La perspectiva social orienta hacia una visión dinámica e inestable de la salud, superadora de la definición que propone la OMS.

Hay una comprensión diferente del bien-estar que incluye el ámbito psico-social en sentido ampliado. La salud-enfermedad se entiende como un proceso histórico-social, fluctuante, multi e interdeterminado por causas sociales.

Ingresan las ciencias sociales al campo sanitario, que junto a la ciencia médica, las disciplinas auxiliares y del medio ambiente estudian la enfermedad con un abordaje integrado (inter y transdisciplinario) y global (individuo, familia, comunidad, sociedad) centrado en la sociedad. Las dimensiones biológicas, psíquicas y sociales aparecen como una integración de aspectos y la visión amplia y circular de ambiente involucra los factores políticos y económicos a micro y macro nivel. Con la incorporación de nuevos actores sociales, aumentan las tensiones, el equilibrio dinámico implica un movimiento dialéctico, y resulta insoslayable la comprensión del poder, para dar cuenta de la complejidad y de los procesos histórico-sociales involucrados.

Entienden el contexto como una estructura. Se diferencia de la perspectiva ecológica por considerar la dimensión ampliada de

dicho contexto –el recorte no se agota en la familia, importan todas las relaciones significativas- y por la comprensión que tienen del sujeto en esa estructura. Se interesan en la persona y sus vínculos interpersonales en función de identificar vínculos positivos y potenciar contextos naturales para la resolución posible de los problemas. Consideran al paciente una persona con capacidad de acción y protagonismo – el conflicto no lo gobierna, no lo ata- tiene potencialidades que actualiza con otros en su medio. Un sujeto que se des-sujeta en un contexto mucho más amplio y multideterminado. No están solamente centrados en la patología ni en las funciones. Diagnostican y tratan con valoración de la relación médico-paciente, equipo de salud-paciente. Rescatan las diferencias tanto en la elaboración de respuestas singulares, diferentes para problemas comunes y el respeto por el derecho de todos –con prescindencia de sexo, raza, religión, minusvalías- a un acceso equitativo y a la autonomía. Las líneas de investigación desarrollan técnicas cualitativas.

Un abordaje integrado e integral de la salud requiere de servicios de alta, mediana y baja complejidad con amplia cobertura. Asimismo, se considera que las decisiones deben estar a cargo tanto de profesionales de la salud (médicos y no médicos) como de actores pertenecientes a campos administrativos, políticos y sociales.³

1.2 Proceso Salud Enfermedad y Calidad de Vida. Conductas de salud

La salud y la enfermedad son elementos constitutivos de un proceso que ocurre siempre en sociedad y en cultura⁴. Esto nos lleva a definir al proceso salud – enfermedad como un proceso

³ Beatriz Castellanos. Colegio de Médicos del IX Distrito Carrera de Postgrado en Geriátría y Gerontología de la Provincia de Bs. As. Módulo: “ Salud Mental en Geriátría: una perspectiva Bioética”. Año 2000.

⁴ Fernando Guzmán Mora, M.D. www.abcmedicus.com

social resultante de un conjunto de factores o necesidades no satisfechas y algunas veces no percibidas, los cuales reflejan, en términos generales, las condiciones de vida de la población dependiendo de la estructura económica y de la organización social del país. Adherimos a Rubens Mendez cuando enuncia que es necesario identificar "...el proceso salud enfermedad pero no desde una perspectiva totalizadora, que por otra parte es la que ya expresa la institución, sino en otra que privilegia la clarificación del proceso salud enfermedad, para cada persona con la que se trabaja"⁵

Desde tiempos remotos el proceso salud enfermedad ha sufrido una serie de transiciones a medida que el hombre lo ha concebido dentro de su entorno. En la era paleolítica la concepción es mágica donde todo lo atribuyen a lo sobrenatural siendo los actores principales los brujos o shamanes. Tiempos después en Grecia surge lo natural siendo la salud una necesidad para los seres vivos, acercándose a los métodos actuales como lo son el clínico, lo epidemiológico y ambiental. Desde la antigüedad clásica surge la concepción de ideal o utópico difícil de medir, y de existir donde los métodos son básicamente la elaboración de modelos de salud inalcanzables. Posteriormente y desde los orígenes de la presente medicina emerge lo somático, fisiológico, acercándose al concepto de salud como ausencia de enfermedad. Los métodos empleados son la exploración del cuerpo, exámenes de signos y síntomas, y análisis varios. A inicios del siglo XVIII surge la concepción psicológica atribuyéndose a la salud como lo que no es del cuerpo tangible utilizando como métodos la exploración psiquiátrica individual, el psicoanálisis y técnica de grupo.

La concepción sanitaria retoma la salud como un estado positivo y colectivo. Estudiando la transmisión social de la enfermedad, basándose en la prevención, su historia se desprende de medidas profilácticas desde la antigüedad y desarrollándose en el método

⁵ Rubens R. Méndez "Trabajo Social en el Campo de la Salud Mental". Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP. 1º Ed. 2006. Pág. 19.

científico a partir del siglo XIX, sus disciplinas son la medicina preventiva y social, sanidad y salud pública, utilizando métodos de trabajo como encuesta sanitaria a la población y su ambiente, realizando programas de salud basados en la epidemiología, otorgando educación sanitaria a través del fortalecimiento de la prevención individual.

Las concepciones economistas y económico social ven a la salud como condicionante de la productividad del factor humano. Miden el precio de la salud y costo de la enfermedad, la primera aparece a mediados del siglo XX en países de industrialización y la otra después de la Segunda Guerra Mundial, utilizando métodos de trabajo como el análisis de costos de la enfermedad y de alternativas para las inversiones sanitarias a través de investigaciones científicas de la salud: epidemiológica, método estadístico, antropológico, sociológico, económico político, economía de la salud, demográfico y psicológico.

La última concepción es la denominada político legal. Su nota características es la salud como derecho y obligación universal teniendo reconocimiento legal y participación estatal basándose en los derechos del hombre. Sus disciplinas son los derechos fundamentales, de la seguridad social a la asistencia sanitaria, utilizando métodos de trabajo basados en la misma legislación de la seguridad social derivados de programas políticos.⁶

El proceso salud enfermedad expresa la unidad de lo natural y lo social en el hombre, la contaminación, el miedo, etc., factores de la vida que influyen en la biología humana se reflejan en ese proceso. El cuadro de las principales causas de muerte sufre variaciones por la influencia del medio, hoy es mayor la necesidad

⁶ "Concepciones del hombre sobre el proceso salud enfermedad http://perso.wanado.es/aniorte_nic/apunt_sociolog_salud_3.htm

de enfocar ambos aspectos (influencia del hombre y la sociedad en el medio natural y a la inversa).⁷

La enfermedad es un proceso que se desarrolla en pacientes individuales. La medicina por otra parte es una institución social, es por esto que las definiciones de salud y enfermedad no son constantes, sino que varían en diferentes contextos socio-culturales. El paradigma biologista que ha orientado a las ciencias médicas, la formación de los profesionales, el carácter y objetivo de la investigación, la cantidad y forma en que la sociedad organiza los recursos de salud, son todos productos sociales determinados por la jerarquía de valores existentes en esa sociedad y las prioridades establecidas por el sistema de poder vigente.

La sola caracterización del proceso salud enfermedad como un fenómeno biopsicosocial no es suficiente sino logramos establecer y comprender sus relaciones y articulación con los otros procesos sociales porque según R. Virchow y S. Newman "el individuo no existe fuera de la sociedad, la personalidad no se forma sino por los grupos y en los grupos".⁸

Se considera a la salud y a la enfermedad como un proceso y tanto el tipo de enfermedad como su posibilidad de prevención y recuperación dependen, fundamentalmente, del acceso de la población a satisfacer las necesidades básicas de alimentación, vivienda, educación, trabajo, e ingreso.

La calidad de vida incluye el grado de adecuación del individuo a su entorno y a la opinión que este tiene respecto del mismo. La satisfacción de vida se refiere a la evaluación subjetiva de la condición de un individuo, comparada con algún standard externo de referencia o bien con sus propias expectativas⁹.

⁷ Iñiquez Rojas L. "Lo socio ambiental y el bienestar humano". Revista Cubana Salud Publica. 1996; 22(1): 29-36

⁸ Alfredo Estrada L. 11º Simposium de Psiquiatría y psicología. V Congreso de la Sociedad Médica del Norte. Antofagasta, Chile, Octubre de 1990

⁹ Chirinos J, Arredondo A, Shamah T. Revista Peruana de Epidemiología, volumen 7. Nº 1, Julio 1994.

La calidad de vida es un concepto amplio y complejo y aparece incluido con las satisfacción de necesidades sociológicas y emocionales y de las aspiraciones sociales, valores culturales y estéticos, vida familiar, provisión de varios beneficios, servicios y distracciones sociales, satisfacción de necesidades esenciales como alimentación y nutrición, vestido, vivienda, un proceso de salud física y mental adecuados y recreación. Varios de estos componentes están interrelacionados, particularmente la satisfacción de necesidades materiales que son dependientes de los ingresos familiares y de la manera en que la familia gasta o consume.

El concepto Calidad de Vida puede ser utilizado para una serie de propósitos incluyendo: la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales dirigidas a la población general y a otras mas específicas.

En los últimos años la calidad de vida se ha convertido en una de las variables relevantes para evaluar la eficacia y los posibles beneficios de los tratamientos médicos. El constructo del término esta fundamentado en un modelo teórico explicativo de la realidad, y los componentes de naturaleza más o menos empírica (observables y comunicables) que se le atribuyen, dependen de la perspectiva con que se realiza el análisis de dicha realidad.

Las variables mas estudiadas son aquellas que están relacionadas con las condiciones de salud/enfermedad y el tratamiento concreto que recibe cada conjunto de pacientes.

Conductas de Salud

Se encuentran vinculadas con el Estilo de Vida que se define como "el conjunto de pautas de conducta y hábitos cotidianos de una

persona", viene a ser una forma de vivir, se relaciona con los aspectos de la salud.

La influencia cultural que las personas o grupos recibimos es algo muy importante en este estilo de vida. La cultura con sus valores y costumbres determinan de forma explícita o implícita valores para determinar aspectos de salud y enfermedad, lo que en un primer momento puede parecer una enfermedad, luego puede implicar aspectos de salud.

Las reacciones psicológicas ante la enfermedad son muy importantes, porque la enfermedad va a ser una vivencia y queda consciente o inconscientemente en el individuo, dejando huella. Esta vivencia se adscribe dentro de los fenómenos psíquicos o interiorización del individuo. Es una reacción psicológica suscitada por una experiencia intensamente vivida.

La vivencia de la enfermedad va a estar cargada de grandes elementos, la persona lo va a vivir como una situación de imposibilidad de realizar sus necesidades. Corresponde con una conducta frustrante que genera displacer psíquico. Se dan los siguientes elementos en el ser humano: 1. Invalidez, porque bloquea al individuo. 2. Molestias; dolor físico y psíquico. 3. Amenaza, aislamiento; la enfermedad solamente la vive el enfermo que la padece. 4. Anomalía; porque no soy igual que los demás y no puedo realizar lo que los demás. 5. Temor al dolor, es uno de los aspectos más importantes del ser humano. 6. Ruptura del proyecto existencial.

La enfermedad se va a involucrar en función del tipo de enfermedad, según sea aguda o crónica, varía el pronóstico y la evolución, también la edad influye ya sea en edad infantil, adulta o vejez. El sexo también es relevante, ya sea masculino o femenino se vive diferente y se genera una situación diferente a su alrededor. La cultura familiar/social es igual en toda la enfermedad, se genera una crisis familiar, la enfermedad de un miembro de la familia produce una modificación del sistema familiar, toda la familia se ve afectada. La respuesta de la familia a

esta situación puede dar lugar a reacciones de disfunción, dándose vulnerabilidad familiar. Se dan reacciones de impacto. Cuando hablamos de enfermedades crónicas, el proceso de adaptación va a tener una serie de implicaciones.

Factores de vulnerabilidad Familiar.

1. Tipo de enfermedad de que se trate.
2. Estructura y dinámica familiar:
 - a. Grado de permeabilidad de los límites. Hace referencia a la realidad de los límites, tanto en el sistema familiar como en el social. La responsabilidad no está delimitada y se pasa a otro miembro.
 - b. Estilo de respuesta de la familia. Familia que se vuelca con el enfermo, genera dependencia, además de bloquear las relaciones. No se proporciona apoyo emocional.
3. Factores de tensión existentes en la vida familiar. Momento en el cual se presenta la enfermedad, pueden ser factores de tensión internos o externos.
4. Capacidad de la familia para hacer frente a la situación. Depende la estructura de la dinámica familiar, de reorganización en momentos similares de crisis, capacidad emocional de la familia para expresar sentimientos, pensamientos “y de la existencia de recursos informativos y materiales potenciales y/o activados, registro de los mismos y capacidad para adecuarlos”¹⁰.
5. Redes sociales.

1.3 Trabajo en equipo.

Interdisciplina, multidisciplina y transdisciplina.

La realidad social es un espacio intersubjetivo, multideterminado. En toda situación problema intervienen diversos factores que pueden ser estudiados y tratados desde distintas perspectivas, la resolución de estas situaciones se logra atendiendo a su

¹⁰ Las bastardillas son nuestras.

complejidad y complementariedad, lo que no puede ser abarcado por un solo profesional "la solución de un problema social no depende de una sola disciplina o institución, la calidad de vida de las personas esta multideterminada por factores internos y externos que se juegan a niveles micro y macro estructurales" ³

Interdisciplina: La interdependencia y complementariedad de las diferentes disciplinas que persigue un objeto en común, (la resolución de una situación problemática), hacen que la resolución del problema posea mayor consistencia y base.

Desde una perspectiva general, la interdisciplina es entendida como *"Una forma de articulación que a parte del dialogo y la puesta en común de diversos saberes y habilidades, posibilita la construcción de un nuevo conocimiento, así como de una experiencia y un lenguaje que es fruto de un abordaje compartido de los conflictos y las situaciones problemáticas que afronta un sujeto determinado".⁴*

Desde el punto de vista operativo es una modalidad de abordaje que implica una forma de trabajo en equipo realizada por un grupo de profesionales, que perteneciendo a diversas disciplinas, se reúnen para tener un objetivo y resultado común, manteniendo campos científicos con fronteras bien perfiladas.

Los resultados obtenidos de diferentes ciencias y disciplinas son consecuencia de una integración que consideró a cada una de ellas en su metodología y conceptos instrumentales. Desde lo operativo se puede decir que esta modalidad apunta al ejercicio de un liderazgo funcional que opera según los aspectos de la realidad a tratar y el tiempo de ejecución de la tarea a realizar, a una cohesión grupal motivada por intereses compartidos, al ejercicio de relaciones profesionales cooperativas y división del trabajo por

³ Castellanos, B."La perspectiva de redes naturales: un modelo de trabajo para el Servicio Social" Grupo E.I.E.M. Argentina, Ed. Hvamitas 1998 Pág. 142.

⁴ Eroles, C. "Familia y Trabajo Social: un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional" Argentina. Ed. Espacio,1998. Pág. 25.

áreas científicas. De esta manera aporta a la construcción del todo desde su propia especificidad. Por lo tanto es importante tener en claro la especificidad profesional para poder establecer con otros miembros del equipo acuerdos ideológicos, epistémicos y teóricos indispensables para la comprensión de la diversidad de los factores y conflictos que se presentan en la intervención.

Multidisciplina: Abordajes realizados por un grupo integrado por profesionales de distintas disciplinas. Las interacciones que juegan en el están determinadas por el objetivo de trabajo- coordinación reconocido como función ineludible.

Hay flexibilidad en los límites de las distintas disciplinas o campos que se conjugan en la práctica, así como en los objetivos y tomas de decisiones frutos de consideraciones individuales, no grupales. Los diversos participantes logran accionar con una dinámica que privilegia una finalidad u objetivo, desechando la rigidez de los procedimientos propios de cada ciencia y aportando diversos ángulos de interpretación para objetar un resultado que represente, sin distinción, las contribuciones indiscriminadas de todos.

En esta modalidad cada disciplina aporta a la construcción del objeto sin tener una visión integral, concepción y enfoque común de abordaje. Esto puede generar inconvenientes en la intervención, pero también es necesario ponderar que cuando no hay otra opción el profesional debe recurrir a ella para evitar un corrimiento disciplinar.

Este tipo de abordaje se genera en una mirada parcializada de la realidad que acepta, porque hoy por hoy, ya nadie niega que el abordaje de cualquier problema requiere más de una mirada, pero que parte de una tendencia a reforzar la hegemonía de la medicina y a considerar las profesiones afines como subsidiarias. En cuanto a lo operativo, el liderazgo médico es indiscutido y en cuanto es al objetivo de trabajo convergen las tareas de cada uno de los miembros. Hay reconocimiento de especialidades lo que

permite la distribución de las responsabilidades y otorga cierto grado de decisión no ejecutiva.

Transdisciplina: Se trata de un grupo de profesionales, que integrados a fines y objetivos de proyectos, programas o trabajos científicos, se distinguen por la creación consciente o inconsciente de metodologías que en lo operativo, plantean meta-disciplinariedad.

Es quizás, la modalidad de abordaje mas adecuada, pero también la mas difícil de lograr por cuanto supone *“trascender los límites de la disciplina logrando con el equipo profesional un marco referencial común, un mismo modo de interpretación y acción pudiendo complementarse y hasta sustituirse entre profesionales de diversas disciplinas intervinientes”*⁵

Para dar sustento a la perspectiva interdisciplinaria y transdisciplinaria partimos de la concepción de la realidad como compleja, no compartimentada, sino articulada eficazmente. La pluralidad de los fenómenos humanos incita a interpretar los análisis y posteriores elaboraciones de los problemas como tejidos de infinitos hilos y tramas como resultados de ligazones, horizontales y verticales. Esto habla de las condiciones indispensables para abordar el marco de la sociedad compleja, la realidad que afecta al hombre en situación.

En lo que respecta a los fines específicos de este trabajo, y una vez definidos los conceptos generales, nos referimos a la interdisciplina teniendo en cuenta que: Permite realizar un abordaje integral de la realidad, en las situaciones en que el proceso vital de un individuo está de alguna manera interferido por situaciones que dificultan el acceso a condiciones de bienestar.

⁵ De Jong Baddo y Paira. "La familia en los albores del nuevo milenio: Reflexiones interdisciplinarias. Un aporte al Trabajo Social". Argentina. Ed. Espacio, 2000. Pág. 45.

Capítulo 2: Salud Mental

2.1 Psiquiatría. Recorrido histórico

Hasta el siglo XVI la locura en Europa no está asociada al encierro, aunque sí diferenciada y separada de la vida social. En el mismo siglo distintos hechos preparan el clima para lo que se llama el "Gran Encierro", en 1625 una gran crisis económica que comienza en España se extiende por toda Europa. Miles de mendigos, pobres y miserables deambulan por las campiñas y se dirigen a las ciudades. Mientras que durante el Renacimiento se santifica a la pobreza ya en el siglo XVII (Época Clásica) la iglesia hace de la miseria y la pobreza una relación de asistencia. Tras el decreto del Rey de 1656 se crea el Hospital General. Por este decreto se crean en Francia un conjunto de instituciones bajo la misma denominación. En ello se encierra en poco tiempo a una multitud de vagabundos, pobres, homosexuales, ramera y locos. Este Hospital no es un establecimiento médico sino con funciones policiales y de caridad.

Cuando se produce la Revolución Francesa estos establecimientos están distribuidos en toda Francia. El Capitalismo naciente encierra y excluye la locura junto con todo lo que en los márgenes de la nueva relación social, se transforma en desecho inútil. El período de manufactura en Europa, como forma del proceso capitalista de producción, abarca desde fines del siglo XVI hasta el último tercio del siglo XVIII. El loco es entonces, el desecho de esta operación. El loco, el pobre son inútiles. El trabajo humaniza. Entonces se entiende la doble operación del siglo XVIII: encerrar a los que no tienen trabajo, que promueven decadencia y rebeldía; segundo, intentar hacerlos trabajar, "para resocializarlos", como mano de obra barata custodiados por la iglesia y el estado. El hospital general es transformado en fábrica. Se cree que la locura es tratada de este modo y los locos encerrados junto a los pobres y demás marginados, por efectos de la ignorancia, por

desconocimiento médico de la enfermedad que los aqueja. Es cierto que no hay aún una conciencia médica de la locura, pero no por ignorancia o por insuficiencia del conocimiento, sino porque aún la conciencia histórica, las relaciones de poder de las nuevas clases no dan lugar al nuevo humanismo médico.

El poder político sigue durante la revolución tres etapas: primero se trata de controlar y reducir los internamientos, cosa que se logró: segundo, se realizan encuestas judiciales para conocer las verdaderas causas del internamiento; y tercero se produce un conjunto de leyes específicas:

En marzo de 1790 se decreta la libertad de todos los internados que se haya demostrado que no son delincuentes o locos.

En julio de 1791 otra ley asigna a la familia el cuidado de los locos, y se ordena que sean internados en hospitales.

En 1793, a través de la decisión del gobierno, Pinel emprende una reforma de las condiciones de internamiento. Su tarea es la de restablecer la verdad sobre la situación de los asilos: diferenciar a los locos de los simuladores, vigilar la internación de los verdaderamente locos. Con Pinel surge una propuesta de reforma política de la naciente medicina mental: abordar la locura de una perspectiva ética y social. Esquirol, heredero de Pinel, desarrolla los fundamentos médicos de la psiquiatría. Con Esquirol la locura adquiere de modo institucional, la forma del asilo médico, de los nuevos Hospitales Psiquiátricos. El aislamiento se legitima ya no como segregación y custodia sino como tratamiento médico.

El período que va desde finales del siglo XVIII hasta mediados del siglo XIX puede ser considerado como el momento histórico de constitución de un nuevo sector social, el de la medicina mental, hegemonizado por una nueva disciplina, la Psiquiatría, como especialidad de la medicina.

“En el resurgimiento intelectual de la posguerra, el conjunto de la inteligencia de Europa y Estados Unidos se hace progresista, participa más de los procesos sociales, se revalorizan los problemas teóricos y prácticas de la subjetividad. En este contexto

de redescubrimiento de lo humano, el psicoanálisis y la reflexión fenomenológica atraen a muchos intelectuales y también a algunos psiquiatras y psicólogos que van a potenciar en el plano de las ideas la necesidad de un cambio en las relaciones que instituye la psiquiatría asilar⁷. La guerra irrumpe política, económica y socialmente en la sociedad dejando secuelas importantes y una incertidumbre generalizada que incide, de forma directa, psíquicamente en la población. Es así que algunas de las prácticas ortodoxas de la "vieja" Psiquiatría quedan desfasadas ante el nuevo contexto social. La psicología toma partido y gran preponderancia en este momento: "La disciplina, aunque mantenga el rostro de lo médico, debe incorporar una serie de prácticas sociales no médicas que hacen que ya no se hable de psiquiatría sino de salud mental, como un nuevo campo disciplinario. En los saberes las referencias ya no son médicas ni filosóficas, el lenguaje en que los nuevos técnicos de salud mental expresan sus conocimientos es político, se habla de comunidad, democratización, gestión social, organización participativa, etc. Las teorías por su parte son más heterodoxas".

"En los últimos años, tanto en Europa como en los Estados Unidos, se viene haciendo patente la necesidad de gestionar los servicios de salud mental de un modo más eficiente. Para ello, se llevan a cabo experiencias consistentes en descentralizar las responsabilidades (y los riesgos) a entidades locales, incrementar la autonomía de los hospitales, servicios y otros dispositivos asistenciales (especialmente en la organización del día a día) e involucrar a los profesionales de la salud mental en la gestión clínica".

2.2 Concepto y definición.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11% de la población planetaria padece severos trastornos mentales y

⁷ Emiliano Galende: "Psicoanálisis y Salud Mental". Ed Paidós. Buenos Aires. 1994

neurológicos. La proyección estadística de esta tendencia anticipa que dentro de 20 años esta clase de patología ocupará el segundo lugar entre las causas de invalidez en el mundo.

En tanto el proceso salud- enfermedad está condicionado por factores biológicos, sociales, económicos, políticos y culturales a nivel micro y macro. Las distintas estrategias para abordar la atención de la salud mental han respondido a los modelos de las políticas nacionales imperantes en cada momento histórico.

“Los problemas comprendidos en el campo de la salud mental pertenecen a la producción y circulación de valores en las relaciones humanas. El objeto de la salud mental no es un objeto natural, es un objeto social – histórico, que no se restringe a la producción de enfermedades mentales sino a los valores positivos de salud mental, en que las mismas enfermedades pueden ser pensadas y explicadas. La salud mental forma parte de las condiciones generales del bienestar, se ocupa específicamente del bienestar psíquico y el sufrimiento mental, por lo que está estrechamente unida a las condiciones sociales de vida. Las cuestiones relativas a la salud y enfermedad mental no tiene su origen en datos naturales, es decir, que las normas de relación en las cuales se producen estos valores no son normas biológicas sino sociales”¹¹.

En tal sentido definimos a la salud mental como: “el relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto, de la cultura y de los grupos, con crisis previsibles e imprevisibles registrables subjetiva y objetivamente en las que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social”. Vicente Gali 1986.

Un enfoque integrado desde la Salud Pública

El reconocimiento de la influencia reciproca de los vínculos esenciales entre los factores biológicos, psicológicos y sociales

¹¹ Emiliano Galende: “Psicoanálisis y Salud Mental”.Ed. Paidós. Buenos Aires. 1994

que determinan la aparición y la evolución de los trastornos mentales y del comportamiento es un mensaje de esperanza para los millones de personas con padecimientos psíquicos. Todavía queda mucho por aprender, pero las pruebas científicas recientes son claras: los profesionales de la salud tenemos a nuestro alcance los conocimientos y la capacidad para reducir significativamente la carga de trastornos mentales y del comportamiento en el mundo.

El estigma puede definirse como una marca de vergüenza, deshonra o desaprobación por la que el individuo es rechazado, discriminado y excluido de la participación en diversos ámbitos de la sociedad.

El informe del Ministro de Salud de los Estados Unidos sobre la Salud Mental (DHHS 1999) describió el impacto del estigma con las palabras siguientes: «El estigma socava la confianza en que los trastornos mentales son enfermedades reales que pueden tratarse. Conduce a las personas a no relacionarse con los enfermos mentales, a no emplearlos ni trabajar con ellos, o a no alquilarles viviendas, ni vivir en sus proximidades». Además, «el estigma disuade a las personas del pago por la atención médica y reduce así el acceso de los consumidores a los recursos y las oportunidades de recibir tratamiento y asistencia por parte de los servicios sociales. La consiguiente incapacidad o imposibilidad de recibir tratamiento refuerza las actitudes destructivas de baja autoestima, aislamiento y desesperanza. El estigma priva trágicamente a las personas de su dignidad y obstaculiza su plena participación en la sociedad».

Este mensaje es un llamado a la acción para reducir la carga de los 400 millones de personas que se calcula, padecen enfermedades mentales y del comportamiento.

Dada la propia magnitud del problema, su etiología multifactorial, la estigmatización y la discriminación generalizada que conlleva, y el importante desfase terapéutico en todo el mundo, la respuesta más adecuada no depende solo del reconocimiento de la influencia

reciproca de los factores bio-psico-sociales. Entendemos que esta mirada contribuye a pensar un abordaje integrado e integral de la salud mental y por consiguiente a favorecer la integración disciplinar al interior de los equipos de salud.

Sin embargo desde una concepción histórico social de la salud, la implicancia cultural, económica, ambiental, que conllevan la persistencia del padecimiento psíquico se supera con decisiones políticas que definan una estrategia de salud pública para atender a las multideterminaciones de los mismos.

La OMS reconoce que queda mucho por hacer y propone algunos lineamientos para reducir la carga de los trastornos mentales:

- Formular políticas encaminadas a mejorar la salud mental de las poblaciones;
- Asegurar el acceso de toda la población a servicios adecuados y eficaces con relación al costo, como la promoción de la salud mental y los servicios de prevención;
- Asegurar una asistencia suficiente y la protección de los derechos humanos para los pacientes internados con trastornos mentales graves.
- Evaluar y supervisar la salud mental de las comunidades, en particular las poblaciones vulnerables como los niños, las mujeres y los ancianos.
- Promover estilos de vida saludables y reducir los factores de riesgo de trastornos mentales y del comportamiento, como los entornos familiares inestables, los malos tratos y la agitación social.
- Apoyar la estabilidad familiar, la cohesión social y el desarrollo humano.
- Impulsar la investigación de las causas de los trastornos mentales y del comportamiento, el desarrollo de tratamientos eficaces, y la supervisión y evaluación de los sistemas de salud mental.

En cuanto a las políticas públicas en salud mental ISALUD¹² refiere que (...) dentro del área de la salud, pero de algún modo excluida, la salud mental ha sido abordada desde las políticas públicas dentro de un amplio espectro que va desde un extremo biologista a un extremo comunitario, pasando por las distintas conceptualizaciones teóricas que dan un abanico de posibilidades respecto a los tratamientos del enfermo mental. La ciencia médica basada en evidencias y resultados ha dejado en distintas épocas fuera a la psiquiatría, especialidad "de locos" y "para locos". Los avances en medicamentos en los últimos años ha aquietado en parte esta exclusión, hay un lugar concreto (el cerebro) y una pastilla que vuelve al "anormal" un poco más normal. De cualquier modo la idea estigmatizante sigue existiendo. A principios de siglo pasado la temática de la salud mental queda vinculada a la higiene social. Se trata de combatir a aquellos agentes que perturban el orden social y que podrían provocar un daño a la comunidad, la prostitución, el alcoholismo, la vagancia, la indigencia era englobado junto con las enfermedades infecciosas y debía ser controlado. La autoridad sanitaria a través de leyes, ordenanzas y la creación de instituciones adecuadas sería la encargada de resguardar a la población respetable del flagelo moral.

El desafío actual es continuar en la búsqueda de mejores alternativas que posibiliten tanto la prevención y tratamiento de patologías con alto componente social, la drogadicción, el alcoholismo, el suicidio, la violencia, como la reinserción de los enfermos con patologías crónicas.

2.3 Administración en servicios de Salud Mental

Internación. Desintitucionalización

La institución.

¹² Página Web, www.isalud.org/noticias/noticias_ant17.asp.

La Administración es una disciplina científica y técnica que se encarga del estudio del funcionamiento de las organizaciones. Las explica, estudia, predice su comportamiento, es un proceso complejo unificado, dinámico de control, planificación y gestión.

Esto se da dentro de una estructura de programas y proyectos planificados por la propia organización que los lleva adelante. Organizaciones que se encuentran situadas dentro de un contexto, un lugar y momento histórico determinado que influye, modifica al propio accionar profesional, a la organización y a los usuarios de los servicios prestados por éstas, los cuales entretienen entre sí representaciones sociales, valores positivos y negativos respecto de los programas, de las instituciones; que influenciarán no sólo en el cumplimiento o no de los objetivos de la misma sino también en el grado de respuesta que la institución pueda dar a la población usuaria como ésta a la organización. Schlemenson define a la organización como "...un sistema socio técnico integrado y deliberadamente constituido para realizar un proyecto tendiente a la satisfacción de sus miembros y de la población o audiencia externa que le otorga sentido. Esta organización está inserta en un contexto socioeconómico y político con el que guarda relaciones de intercambio y de mutua determinación..." (1993).

A grandes rasgos se pueden delimitar la presencia de cuatro escuelas que desde diversos enfoques trataron de trabajar sobre las definiciones de lo que es una organización como así también de que tarea deberían desempeñar, funciones, estructuras. Estas son por un lado la Escuela Clásica con sus mayores referentes Fayol y Taylor que plantea el trabajo del hombre análogo al de una máquina, ubicado en primer lugar en grados de importancia. Diseñan al organigrama como instrumento en el cual volcar la estructura organizativa.

Elton Mayo es el referente de la Escuela de Relaciones Humanas que plantea una fuerte crítica al modelo clásico, repiensa al hombre en situación de trabajo, de su necesidad de pertenencia, a la supervisión en las organizaciones más flexibles. La Escuela

Neoclásica re- piensa los pensamientos de la Clásica y profundiza algunos conceptos.

En cada ámbito institucional son establecidas diversas relaciones donde quien es el poseedor de poder adjudicado por la posesión de recursos (materiales, sociales) marcan una diferencia que deja establecidas vinculaciones intrainstitucional en no pie de igualdad. Por lo que es común observar grupos de poder que por medio de sus intervenciones buscan el seguir manteniendo el mismo sin permitir que otros puedan proponer cambios en los estatutos reglamentarios o en las formas de intervención. Cada cuerpo de profesionales tiene adjudicado un rol y funciones desde los cuales tienen mayor o menor incidencia en lo que se refiere a cambios al interior de la organización, como así también la flexibilidad de sus intervenciones.

Foucault plantea que las instituciones son aquellas corporaciones que trabajan actúan intervienen en mayor o menor grado con el fin de buscar y hacer primar una verdad absoluta que es la que da cuerpo y constituye la base sobre la que fue cimentada la misma.

Organizaciones donde el poder está centralizado en pocas manos y los espacios de reflexión institucional han sido y son cerrados.

Algunas harán predominar por medio de sus acciones dispositivos diferentes de control social tratando de mantener el orden establecido ya que éste principio es la fuente y origen según el autor de las instituciones. Por ejemplo en el ámbito de la salud las instituciones médico asistenciales ya sean salas de atención primaria como hospitales es un común denominador cuerpos de profesionales médicos llevando a cabo intervenciones desde los paradigmas del Modelo Médico donde los pacientes son "pacientes" y tienen tiempo y obligatoriedad de esperar, son vistos y tratados como objetos sin sentimientos ni pensamientos, fragmentados en dos partes que parecieran no tener relación entre sí: la mente y el cuerpo.

Como señaláramos anteriormente en el campo sanitario coexisten tres modelos (biológico, bioecológico y social) que definen las

estrategias del sector salud en general y del campo de salud mental en particular. Así mismo también coexisten diferentes formas de administración. El tema se va consolidando con el avance de estas disciplinas, en las últimas décadas se instala en la formación de grado y postgrado. En este último nivel se da la construcción del campo con gran protagonismo de la administración surgiendo especializaciones y maestrías con referencia a la administración de los servicios de salud mental.

Internación. Desinstitucionalización.

Para superar el modelo asilar de atención se requiere mecanismos concretos para la efectiva deshospitalización de los enfermos mentales, tanto en los hospitales públicos como en los privados, a través de la intensificación de los programas de hogares protegidos y pensiones protegidas, los cuales deberán ser creados fuera de los muros del hospital psiquiátrico, en los barrios, con la garantía de asesoría técnica por parte del sector estatal de salud mental.

Franco Basaglia, fue el iniciador de los movimientos de desinstitucionalización en Italia, estaba convencido de que el Hospital Psiquiátrico no tenía ningún valor terapéutico; para atender “humanamente” al otro se requería redefinir nuevas relaciones, nuevos espacios, nuevos sujetos; la única posibilidad para alcanzar una dimensión terapéutica en el Hospital Psiquiátrico era su propia transformación.

Se comenzó el trabajo sobre el territorio. Dicho trabajo tenía como objetivo el alta y mantenimiento en casa del paciente, la atención de los nuevos casos y la búsqueda de una relación operativa con las instituciones y los ciudadanos del área de referencia.¹³

En el caso de Buenos Aires, podemos hacer referencia a “El Bancadero”, una ONG conformada como asociación mutua de profesionales de la salud mental orientada hacia la asistencia

¹³ Pagina web: www.triestesalutementale.it/

psicológica grupal. El Bancadero nace en 1982 por iniciativa, tesón y creatividad de un extenso grupo de personas: profesionales de la salud mental, estudiantes y diversos voluntarios. Orientado clínicamente hacia el campo grupal y el movimiento grupalista, El Bancadero generó un modelo de abordaje psicoterapéutico denominado "Grupo de Mateada", que con raíces en el esquema de grupo operativo propuesto por Enrique Pichón Rivière y otros desarrollos posteriores, se fue enriquecido con el aporte de diversas corrientes -esencialmente el psicoanálisis-, consolidándose a través de más de veinte años de práctica clínica. El Bancadero contempla tres áreas complementarias de abordaje: clínica, comunitaria y talleres expresivos. El Área Clínica se encarga de todo lo concerniente a la asistencia psicológica, desde lo grupal. Al Área Comunitaria le incumbe, esencialmente, operar en el vínculo entre lo social y el padecimiento psíquico, y en los tiempos que corren ello está atravesado por el drama de la desocupación y los estragos que ello ocasiona en el sujeto. Como así también la problemática del HIV y sus efectos. Los Talleres, por último, ocupan un lugar importante en las prestaciones de El Bancadero, y tienen un objetivo expresivo: plástica, escritura, teatro, expresión corporal, etc.¹⁴

En el caso de la Provincia de Río Negro, la Ley 2.440 de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental, en su art. 1º establece que: "La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de su reinserción comunitaria, constituyen el fin último de esta ley y de todas las acciones que de ella se desprenden." Y en su art. 2º plantea que: "Se asegurará y procurará el mantenimiento de los vínculos, contactos y comunicación de las personas."

¹⁴Página web: www.geocities.com/elbanca/home.html

2.4 Políticas Públicas y Salud.

Nuestro país ha sido innovador en muchos aspectos generando modelos de atención que han sido defensores de los derechos de los enfermos mentales creando mejores condiciones de vida dentro de los establecimientos de internación, como con prácticas de atención que incluye en los tratamientos a la familia y a la comunidad.

Hasta la primera mitad de la década del 40 había un sistema de hospitales subvencionados y administrados en parte por el Estado y en parte por la beneficencia. Es interesante señalar que los enfermos mentales varones dependen del Ministerio de Relaciones Exteriores y las enfermas mujeres del Ministerio del Interior. A principios de siglo XX en el área Salud Mental, el Dr. Domingo Cabred realiza de algún modo una revolución con la habilitación de Colonias con el sistema "open door", donde los pacientes internados realizan una intensa actividad fabricando calzado, ropa, muebles, criando animales, produciendo hortaliza para consumo interno y para la venta.

En 1946, con el advenimiento del gobierno justicialista se crea la Secretaria de Estado de Salud Pública sucesora del Departamento Nacional de Higiene que se transforma en Ministerio de Salud Pública en 1949, al frente del cual se hallaba el Dr. Ramón Carrillo. Este ministro, fuertemente innovador respecto a las políticas públicas en salud, considera que había que reorganizar los establecimientos de internación de enfermos mentales aplicando conceptos terapéuticos más modernos, planificando las camas de salud mental de modo de permitir que los internados se encuentren más cerca de sus familias evitando de este modo la cronificación.

A partir de 1956 no se producen cambios sustanciales, y las políticas sanitarias planteadas anteriormente pierden continuidad. En 1966, con el gobierno de Onganía se disuelve la Dirección de Salud Mental. Por esa época había alrededor de 100.000 enfermos en todo el país.

Por los años 70 reaparece la preocupación por mejorar la calidad de vida del enfermo mental se comienzan a implementar los modelos basados en la Psiquiatría Comunitaria y se promueven nuevos abordajes como la creación de Servicios de Psicopatología dentro de los hospitales generales, el Dr. Mauricio Goldemberg en el Hospital de Lanús marca un mojón en estas nuevas políticas. El Dr. Arturo Carrillo asume la Dirección de Salud Mental en 1973, y en uno de sus discursos refiere:..."Los justicialistas sabemos que la Salud Mental, no es simplemente una especialidad médica. Estamos convencidos que la misma no debe limitarse exclusivamente al aspecto clínico psiquiátrico, que ella es más amplia y compleja que lo que aparentemente pareciera, por lo cual la enfocaremos desde un punto de vista multidisciplinario. Sus múltiples acciones no deben terminar en el hospital o colonia psiquiátrica, sino que deben estar implícitas en las áreas de la educación, trabajo y justicia, así como también en la promoción de la salud tanto individual como colectiva, como en la investigación de factores que puedan traer aparejados deterioros socio-económicos y culturales, en diferentes grupos sociales".

En noviembre de 1990 se celebró en Caracas Venezuela, la Conferencia sobre Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. La finalidad de la misma fue formar marcos de referencia para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina y promover su transformación basándose en los principios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La importancia de esta Declaración en el campo de la legislación de salud mental surge del punto 4 de sus "Considerandos", donde se declara que "las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que": a) Aseguren el respeto a los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, y b) promuevan la organización de los servicios comunitarios de salud que garanticen su cumplimiento.

La Conferencia lleva al análisis de los textos normativos vigentes en materia de atención psiquiátrica en América Latina, arribando a las siguientes conclusiones:

Aunque la legislación considera múltiples factores que influyen en el proceso de salud mental, la mayor parte de las normas no se cumplen. En la práctica las estructuras de atención no se ajustan a las provisiones que permitan incluir a la multiplicidad de factores en dicho proceso. Tampoco existe un marco empírico que salvaguarda los derechos de los pacientes.

Ninguno de los países estudiados contaba con una legislación específica sobre salud mental capaz de regular, desde una perspectiva integral, todos sus aspectos.

Por consiguiente, se concluyó que los marcos jurídicos existentes favorecen la perpetuación de modelos de atención ya superados. Esto produce resultados negativos en tres áreas: la atención de los pacientes, la garantía de sus derechos humanos y civiles (particularmente alterados debido a la falta de claridad en las normas), y la capacitación de recursos humanos.

El hospital mental refuerza el estigma que rodea tradicionalmente a los pacientes con trastornos mentales, a sus familias y al personal médico encargado de su atención. Perjudicando la integración de los pacientes a la comunidad.

También se observa la falta de aplicación de las medidas sobre la atención psiquiátrica y salud mental. Este fenómeno es causado por la falta de condiciones adecuadas, estructuras institucionales y acceso real al sistema de salud.

Mas allá de la incorporación de los principios de la Declaración de Caracas en las legislaciones nacionales, la Conferencia crea conciencia a nivel de administradores de salud pública, parlamentarios y grupos de consumidores/ defensores de derechos humanos en cuanto a la necesidad de examinar las normas existentes a través de enfoques multidisciplinares. Diversos mecanismos se han utilizado con esta finalidad, como seminarios y conferencias y programas de cooperación con legislaciones

interesados en el tema de salud mental, por medio de los cuales estos se incorporan de manera más sistemática al debate. El sistema judicial y las defensorías de derechos humanos también se han agregado al diálogo de salud mental.

Además de la actualización de la legislación de salud mental, la Conferencia de Caracas ha incentivado el fortalecimiento de otras estrategias de trabajo como son:

- La creación de grupos para la defensa de los derechos humanos y civiles de los pacientes mentales (Argentina, Brasil, Chile, República Dominicana, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y Uruguay).
- La sensibilización del poder judicial en la resolución de las causas que involucran al paciente mental, como en el caso de la interdicción (Argentina, Colombia y Chile).

Por consiguiente, es posible concluir que a partir de Caracas un sistema legal caracterizado por la ambigüedad, está siendo lentamente reemplazado por otro que resalta la cooperación multidisciplinaria, establece garantías para la protección de los derechos humanos y civiles de los pacientes y crea mecanismos que sientan las bases para hacerlos posibles¹⁵.

Ley Nacional 22.431. De Protección Integral para los Discapacitados.

La Ley Nacional 22.431 proclama un sistema de protección integral de las personas discapacitadas tendientes a asegurar a estas la atención médica, su educación y su seguridad social así como concederle las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y le den oportunidad mediante su esfuerzo de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las demás personas. La Ley de salud mental en Argentina considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada,

¹⁵ Página Web: www.isalud.org

física o mental, que en relación a su edad y medio social implica desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral. El Estado, a través de sus organismos, prestará a las personas con discapacidad no incluidas dentro del sistema de las obras sociales, en la medida que aquellas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas, los siguientes servicios: a) Rehabilitación integral, entendida como el desarrollo de las capacidades de la persona discapacitada. b) Formación laboral o profesional. c) Préstamos y subsidios destinados a facilitar su actividad laboral o intelectual. d) Regímenes diferenciales de seguridad social. e) Escolarización en establecimientos comunes con los apoyos necesarios previstos gratuitamente, o en establecimientos especiales cuando en razón del grado de discapacidad no puedan cursar la escuela común. f) Orientación o promoción individual, familiar y social.

El Ministerio de Bienestar Social de la Nación apoyará la creación de hogares con internación total o parcial para personas discapacitadas cuya atención sea dificultosa a través del grupo familiar, reservándose en todos los casos la facultad de reglamentar y fiscalizar su funcionamiento. Serán tenidas especialmente en cuenta, para prestar ese apoyo, las actividades de las entidades privadas sin fines de lucro.

El Estado Nacional, sus organismos descentralizados o autárquicos, los entes públicos no estatales, las empresas del Estado y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, están obligados a ocupar personas discapacitadas que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo, en una proporción no inferior al cuatro por ciento (4%) de la totalidad de su personal. A su vez gozarán de los mismos derechos y estarán sujetas a las mismas obligaciones que la legislación laboral aplicable prevé para el trabajador normal.

En materia de seguridad social se aplicarán a las personas discapacitadas las normas generales o especiales previstas en los respectivos regímenes y en las Leyes nacionales 20.475 y 20.888.

Ley de la Provincia de Buenos Aires N° 10.592. Régimen Jurídico Básico e Integral para las personas discapacitadas

La legislación de la Provincia de Buenos Aires establece una serie de derechos pertenecientes a las personas en su relación con el sistema de salud mental: a la identidad, a la pertenencia, a su genealogía y a su historia; el respeto a la dignidad, singularidad, autonomía y consideración de los vínculos familiares y sociales de las personas en proceso de atención; a no ser identificado ni discriminado por padecer o haber padecido un malestar psíquico; a la información adecuada y comprensible, inherente a su salud y al tratamiento, incluyendo las alternativas para su atención; a la toma de decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento; la atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos y sociales; el tratamiento personalizado y la atención integral en ambiente apto con resguardo de su intimidad; la aplicación de la alternativa terapéutica más conveniente y que menos limite su libertad; la rehabilitación y la reinserción familiar, laboral y comunitaria; a la accesibilidad de familiares u otros, en el acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes internados, salvo que mediare contraindicación profesional.

También expresa los siguientes lineamientos y acciones:

- La promoción de la salud mental de la población a través de la ejecución de políticas orientadas al reforzamiento y restitución de lazos sociales solidarios.
- La prevención tendrá como objetivo accionar sobre problemas específicos de salud mental y los síntomas sociales que emergen de la comunidad.
- La asistencia debe garantizar la mejor calidad y efectividad a través de un sistema de redes.
- La potenciación de los recursos orientados a la asistencia ambulatoria, sistemas de internación parcial y atención domiciliaria, procurando la conservación de los vínculos sociales, familiares y la reinserción social y laboral.

- La asistencia en todos los casos será realizada por profesionales de la salud mental certificados por autoridad competente.
- La recuperación del bienestar psíquico y la rehabilitación de las personas asistidas en casos de patologías graves, debiendo tender a recuperar su autonomía, calidad de vida y la plena vigencia de sus derechos.
- La reinserción social mediante acciones desarrolladas en conjunto con las áreas de Trabajo, Educación, Promoción Social y aquellas que fuesen necesarias para efectivizar la recuperación y rehabilitación del asistido.
- La conformación de equipos interdisciplinarios de acuerdo a las incumbencias específicas.

Los responsables de los establecimientos asistenciales deben tener conocimiento de los recursos terapéuticos disponibles, de las prácticas asistenciales, de los requerimientos de capacitación del personal a su cargo, instrumentando los recursos necesarios para adecuar la formación profesional a las necesidades de los asistidos.

Ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental. Provincia de Río Negro.

La internación se concibe como último recurso terapéutico. En caso de ser imprescindible la internación se procede con el objeto de lograr la más pronta recuperación y resocialización de la persona. La internación implica que se tienda permanentemente a lograr la externación de la persona y su tratamiento ambulatorio.

Los equipos terapéuticos y promocionales lo integran los trabajadores de Salud Mental de la Provincia como responsables operativos. Estos coordinan y ejecutan las tareas necesarias con el conjunto de los agentes de salud y demás miembros de la comunidad.

Los equipos deben evaluar a las personas que se presentan con sufrimiento mental para determinar la estrategia terapéutica más adecuada.

Legislación sobre Salud Mental en Suecia y España.

El criterio utilizado en Suecia se basa en que considera que sería discriminatorio crear leyes o decretos que específicamente tienda a beneficiar o proteger al discapacitado. Se refieren a las personas discapacitadas como miembros que forman parte de la sociedad y no como un grupo que debe segregarse o marginarse. La política sueca respecto a los discapacitados consiste en proporcionarles la posibilidad de participar en la comunidad social y de vivir de forma tan equiparable a los demás como sea posible.

La responsabilidad de la satisfacción de las distintas necesidades de los discapacitados recae en el Estado, las provincias y los municipios, siendo la función de las organizaciones de discapacitados y órganos de colaboración la de defender los intereses de esas personas.

La evolución tiende a brindar cada vez mayor descentralización, lo que implica una mayor autonomía y responsabilidad para los distintos municipios.

Estos organismos tienen un derecho propio a cobrar impuestos, debiendo responder a la asistencia médica sanitaria.

ESPAÑA.

La Ley aprobada por las Cortes Generales el 23 de Marzo de 1982 tiene como principios básicos brindar los derechos que la constitución les reconoce para su completa realización personal y su integración social.

La obligación del Estado consiste en la prevención y los cuidados psicológicos, rehabilitación, la educación, la orientación y la integración laboral, como así también la garantía de los derechos jurídicos sociales y de seguridad social.

Los poderes públicos deben proporcionar toda la información necesaria para la completa mentalización de la sociedad

especialmente en el ámbito profesional y escolar, con el objetivo que, en su conjunto, reconozca y permita el ejercicio de los derechos de los discapacitados para su total integración.

2.5 Trastornos Psíquicos.

Clasificación

La clasificación internacional propuesta por la Organización Mundial de la Salud propone los siguientes apartados:

- a) Psicosis
- b) Neurosis
- c) Trastornos del carácter y la inteligencia.

La diferencia entre psicosis y neurosis constituye durante años la base de la psicopatología psicoanalítica. Los estados limítrofes, los trastornos narcisistas, las perversiones, las organizaciones psicósomáticas y todos los estados psicopatológicos que no pueden ser clasificados en una u otra estructura, no ven descubiertas sus características hasta la segunda mitad del siglo XX.

El punto de vista psicodinámico existe en el hecho que la diferencia esencial entre estos dos tipos de estructuras no se expresa tanto a nivel del comportamiento manifiesto como a nivel de la calidad de los conflictos internos del sujeto. Si el inconsciente o el ello constituyen para una u otra estructura el corazón de la psiquis, el conjunto del funcionamiento del aparato psíquico es totalmente diferente.

En las neurosis el yo guarda contacto con la realidad externa y puede percibir la naturaleza anormal de los síntomas que él critica como irracionales pero que no puede hacer desaparecer, los percibe como extraños, sufre y pide ayuda (familia y profesionales) para suprimirlos; en las psicosis los problemas se manifiestan por una pérdida de contacto con la realidad externa y un

desconocimiento del problema percibido como externo y no del sujeto mismo, hay una ausencia de pedido de ayuda.¹⁶

Neurosis

Las neurosis son enfermedades de la personalidad, caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales. Producen una perturbación del equilibrio interno del neurótico más que una alteración de su sistema de la realidad, constituyen formas de enfermedades mentales crónicas menores, vale decir, desestructuran menos que las psicosis (delirios crónicos y esquizofrenia), el sistema del yo en sus relaciones con la realidad¹⁷.

El núcleo de la neurosis es la angustia o ansiedad. Las causas serán todas aquellas capaces de provocar ansiedad en grado patológico. Un cierto grado de ansiedad es normal e incluso deseable, como estímulo de actividad creadora humana. Es el aumento, el desbordamiento del nivel tolerable de la ansiedad lo que determina la enfermedad neurótica. Las concepciones modernas parten del hecho de que en todo ser humano existe un potencial neurótico, es decir una posibilidad de padecer síntomas de neurosis bajo determinadas circunstancias ambientales. No todo el mundo resulta igualmente vulnerable, y esto hace pensar que la aparición de la enfermedad neurótica depende del juego de los factores fundamentales: uno personal (umbral o predisposición) y otro ambiental (circunstancias principalmente de naturaleza psicológica o social).

Existen diferentes tipos de reacción neurótica. Según el DSM IV – TR se describen:

Neurosis Histórica (trastorno disociativo- trastorno de conversión)

Neurosis obsesiva (trastorno obsesivo- compulsivo)

Neurosis fóbica (trastorno fóbico)

Neurosis de angustia (trastorno por angustia)

Neurosis postraumática (trastorno por estrés postraumático)

¹⁶ Braconnier, A "Psychologie dynamique et psychanalyse". Ed Masson. Paris, año 1998

¹⁷ E. Portella Núñez. Neurosis. Cap 10.

Neurosis depresiva (duelo no complicado)

Neurosis hipocondríaca (hipocondría)

Trastornos del carácter y la inteligencia:

Incluyen las anomalías del carácter. No se trata de enfermedades en el sentido habitual en que esta palabra se emplea en medicina, sino de maneras de ser, no hay aquí como en el resto de las patologías, un cierto comienzo curso y terminación, el psicópata lo es siempre. Son personas anormalmente irritables, depresivas, desconfiadas, etc., originándose de ello una inadaptación mayor o menor con respecto al medio social. Se incluye aquí todas las desviaciones estadísticas de las normas comúnmente aceptadas, los sujetos antisociales, los perversos, inmorales, agresivos, apáticos, los que abusan de drogas. Las anomalías de la inteligencia refieren a los distintos tipos de oligofrenia o deficiencia mental. La anomalía consiste en una falta de desarrollo intelectual que se acompaña de trastornos de la personalidad. En los casos mas graves el sujeto adulto no alcanza la inteligencia de un niño normal de dos años (oligofrenia profunda), los casos medianos comprenden aquellos en que el desarrollo mental no sobrepasa el de un niño de siete años (oligofrenia moderada) y las formas leves abarcan la gran mayoría de los casos de déficit mental en que el desarrollo intelectual queda algo por debajo del que correspondería a un niño de diez años.

Psicosis:

Son las enfermedades mentales propiamente dichas. La enfermedad es de origen cerebral y tiene causas procedentes del exterior (psicosis exógenas) o bien causas sospechosas y no del todo comprobadas, procedentes de la constitución individual y de factores hereditarios en contraste con el medio ambiente, pero teniendo un papel destacado la herencia (psicosis endógenas).

Los traumatismos craneales, un tumor cerebral, una infección de las meninges y el cerebro, por ejemplo, dan lugar a psicosis exógenas expresión con la cual se pretende subrayar su

naturaleza exterior a la personalidad del sujeto, a su manera de ser; en esta clase de trastornos tiene relativamente muy poco papel la herencia o la predisposición. En las psicosis endógenas lo fundamental es esto último, en tanto que apenas se consideran las causas exteriores. El origen de la enfermedad esta dentro de la constitución física y psicológica del sujeto, predispuesto a padecerla.¹⁸

Según el DSM IV TR el término psicótico hace referencia a la presencia de ciertos síntomas. No obstante, la constelación específica de síntomas a los que el término hace referencia varía entre las distintas categorías diagnosticas. En la esquizofrenia el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno psicótico breve, el término psicótico se refiere a las ideas delirantes a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico. En el trastorno psicótico debido a una enfermedad médica y en el trastorno psicótico inducido por sustancias, psicótico se refiere a las ideas delirantes o únicamente a aquellas alucinaciones en las que no hay conciencia de patología. Finalmente, en el trastorno delirante y en el trastorno psicótico compartido, psicótico es equivalente a delirante.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales incluye los siguientes trastornos:

La Esquizofrenia, es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye algunos de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos.

Trastorno Esquizofreniforme, se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la esquizofrenia, excepto por la duración (la alteración dura de 1 a 6 meses) y por la ausencia del requerimiento de que exista un deterioro funcional.

¹⁸ Claramunt Lopez, Fernando. "Psiquiatría y Asistencia Social". Ed Suramérica S.A 4ta edición. Madrid. España. 1974

Trastorno esquizoafectivo, es una alteración en la que se presentan simultáneamente un episodio afectivo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, y está precedida o seguida por al menos dos semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo.

Trastorno delirante, se caracteriza por al menos un mes de ideas delirantes no extrañas sin otros síntomas de la fase activa de la esquizofrenia.

Trastorno psicótico breve, es una alteración psicótica que dura más de un día y que remite antes de un mes.

Trastorno psicótico compartido, se caracteriza por la presencia de ideas delirantes en un individuo influido por otro que presenta ideas delirantes de mayor duración y contenido similar.

Trastorno psicótico debido a enfermedad médica, se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica.

Trastorno psicótico inducido por sustancias, se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de una droga de abuso, una medicación o la exposición a un tóxico.

Trastorno psicótico no especificado, se incluye para clasificar las presentaciones psicóticas que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos psicóticos específicos definidos anteriormente, o la sintomatología psicótica acerca de la que se dispone de una información insuficiente o contradictoria¹⁹.

Las psicosis se manifiestan clínicamente por alteraciones mayores de la percepción de la realidad y el control del yo (alucinaciones, delirios, comportamientos bizarros).

La posición freudiana para el tratamiento de la psicosis es opuesto al tratamiento de las neurosis, la explicación reside en que la represión del psicótico es al contrario del neurótico, deficiente. El yo y el superyo del psicótico controlan deficientemente las exigencias del inconsciente o del ello que encuentran pocos

¹⁹ DSM- IV- TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed Masson. Barcelona España. Año 2003

obstáculos y dejan al descubierto el deseo de realización de representaciones inconscientes. "El objeto" esta mayoritariamente bajo la dependencia de la pulsión destructiva, para defenderse el yo utiliza de manera privilegiada el mecanismo de la proyección atribuyendo fuera de sí un deseo que no quiere reconocer como propio. Aquí el objeto investido por la libido es el yo mismo.

Como la cura analítica tiene como soporte la transferencia con el analista, las psicosis como las neurosis narcisistas son inaccesibles al psicoanálisis, según Freud, postura que no fue compartida por muchos de sus sucesores.

Existen numerosas corrientes:

La primera corriente se apoya en la idea que la psicosis son ante todo enfermedades del yo, la libido del yo es insuficiente y el problema fundador es un debilitamiento de las fronteras del yo (Federn). Muchos trabajos se asientan sobre el concepto del yo y el hecho que el problema fundamental del psicótico puede conceptualizarse en términos de: indiferenciación yo -no yo, los miedos concernientes a la cohesión y a la integridad del yo (Freeman- Pollock).

La segunda corriente es presentada por Melanie Klein y sus sucesores. Para los klenianos el universo psicótico reproduce la manera en que el lactante concibe el mundo como mundo poblado de objetos peligrosos, no cesa de dirigir contra ellos ataques sádicos, las angustias que surgen en este período son las mismas que se constataron en las psicosis; las diferentes variedades de psicosis pueden considerarse como variedades de defensa contra las principales fases del desarrollo de su sadismo. Ellas conducen al yo de la primera edad al poner en marcha mecanismos de defensa como el clivaje del objeto en bueno y malo (amor - odio) estando el yo primitivo clivado en bueno o malo.

La tercera corriente asocia las dos primeras, aborda la cuestión de la falta de autonomía psíquica. La psicosis se comprende como una fijación precoz del desarrollo a un estadio de indiferenciación

yo – objeto fase autística o simbiótica del desarrollo. (Mohler - Searles).

Finalmente la corriente psicoanalítica contemporánea consideró la psicosis esencialmente un problema de la subjetividad (Calin y Dallie).

La cuestión no es otra que la del placer primario como dice Racamier "la modalidad general de funcionamiento psíquico no es mas la conflictiva sino la paradoja, ej. "Ser todo poderoso e incapaz, inmortal pero jamás haber nacido" etc. La paradoja es una organización defensiva contra el fantasma específico de la esquizofrenia" (el autoengendramiento).

2.6 Prevención de la enfermedad

"El término prevención de la enfermedad se utiliza por lo general para designar a las estrategias para reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas, o bien reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad. La prevención de la enfermedad puede influir también actividades o estrategias encaminadas a reducir las consecuencias de la enfermedad, una vez establecida. En este caso se hace una distinción entre prevención primaria y prevención secundaria.

La prevención primaria pretende prevenir la aparición inicial de una enfermedad o dolencia.

La prevención secundaria pretende detener o retardar una enfermedad ya existente, mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado; o reducir la frecuencia de las recaídas y el establecimiento de condiciones crónicas, por ejemplo mediante medidas de rehabilitación o cirugía reparadora.

Cuando el comportamiento personal está relacionado con la prevención de la enfermedad, la educación para la salud puede ser una estrategia efectiva para modificar dicho comportamiento.

La prevención de la enfermedad es fundamentalmente una actividad del campo médico destinada a los individuos o los grupos de riesgo. Su objetivo es mantener el estado de salud. No conlleva

una visión positiva de hacer progresar el estado de salud, sino que lo que pretende es mantener el statu quo.

En cambio, el punto de partida de la promoción de la salud es el conjunto de la población en el ámbito de su vida diaria, y no grupos o individuos determinados. Su meta es potenciar al máximo la salud. En este contexto la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se pueden considerar como dos actividades distintas, pero complementarias, que se superponen en una serie de situaciones y circunstancias."²⁰

Prevención Primaria de los Trastornos mentales.

Según una concepción clásica en salud, prevención primaria "comprende las medidas que buscan impedir la aparición de enfermedades y otros problemas de salud. La educación para la salud, los programas de inmunización, la prevención de las deficiencias nutricionales, la atención prenatal, la protección contra agentes tóxicos y el fortalecimiento de la capacidad para afrontar conflictos y situaciones adversas están entre las medidas de prevención de efectividad comprobada."²¹

En salud mental la prevención por niveles según el modelo de G. Caplan se instala como una política revolucionaria en materia de salud mental en los EE.UU. El modelo parte de concebir, en la naturaleza misma de la organización social de una comunidad, grupos de factores benéficos y perjudiciales para la salud mental. La "prevención primaria", dice Caplan, es un concepto comunitario. Importa formas de acción social e interpersonal destinadas a disminuir la incidencia, esto es, la proporción de casos nuevos de trastorno mental, en un período determinado. Implica la participación de la comunidad bajo la organización de "agentes de salud" para la detección y neutralización de las condiciones que

²⁰ "Promoción de la Salud. Una antología" – Organización Panamericana de la Salud. S/F

²¹ "Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental. B. Programas/Planes Nacionales/Provinciales/Distritales de Salud Mental. Lista de Componentes Básicos, Definiciones y Formulario" de la División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud Mental - O.P.S. 1994

contribuyen a que las personas enfermen. Para esto, se reconoce la interacción de factores del individuo (predisponentes) y del contexto."

Es necesario señalar que los tres niveles de prevención guardan una relación de implicación: la prevención secundaria implica a las otras dos, primaria y terciaria. Resulta entonces que "prevención" es una acción integral, con tres niveles de intervención, articulados y simultáneos. De ello se desprenden las condiciones básicas para el planeamiento, que exige que la prevención sea formulada como una "política" en el más alto nivel de decisión. A partir de esta condición, se implementan planes, programas y proyectos de corto, mediano y largo alcance, para conseguir los propósitos. Implica además la pertinente planificación presupuestaria y el adiestramiento de recursos humanos formados para el que-hacer preventivo. Compromete no sólo los estamentos profesionales clásicos en materia de salud sino toda una gama de actores intermedios (líderes comunitarios, políticos, docentes, etc.) que en su condición de "agentes de salud" trabajan para hacer factible la reducción de la presencia del trastorno mental y todas sus consecuencias.

Entonces cabe señalar:

- a) "El carácter verdaderamente revolucionario de la propuesta - ubicada en su contexto- en tanto opera un corte en el discurso psiquiátrico tradicional en cuanto a la concepción del "trastorno mental" y el dispositivo clásico de abordaje.
- b) El carácter abarcativo del modelo que intenta articular los factores biológicos, políticos, psicológicos y socioculturales, contribuyentes o condicionantes.
- c) La redefinición del lugar relativo del operador tradicional en materia de salud-enfermedad mental (psiquiatra), agregando niveles intermedios (otras profesiones) y un amplio espectro de roles como "agentes de salud" (líderes, maestros, etc.)

d) El acento puesto sobre el carácter y compromiso comunitarios respecto de la temática, convocando a instancias de participación más amplia.

e) Opera un cambio de actitudes en la comunidad respecto del fenómeno de la enfermedad mental: menos miedo, mayor lucidez para la consulta, inclusión de la familia, etc.²²

Prevención Secundaria de los trastornos mentales.

"Aún reconociendo la eficacia de éste primer nivel de prevención, se supone que una parte de la población será afectada, padecerá algún trastorno. Para este grupo se destina la "prevención secundaria". Se trata de un dispositivo que permita el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo. Apunta a intervenir en el período agudo lo antes posible ni bien declarada la enfermedad. Es prevención (la secundaria) básicamente por su propósito de evitar la cronicidad y la aparición de secuelas." ²³

La prevención secundaria "busca interrumpir o atenuar sus efectos mediante la detección temprana y la atención oportuna, reduciendo la ocurrencia de recaídas y la cronificación."²⁴

Prevención Terciaria de los Trastornos mentales.

"Otro grupo lo constituyen quienes habiendo padecido la emergencia de la enfermedad presentan, como consecuencia, un "funcionamiento defectuoso". El tercer nivel de prevención o "prevención terciaria" es una forma especial de rehabilitación que apunta a reducir, en la comunidad, la proporción de ese funcionamiento defectuoso (secuela). Procura potenciar los aspectos conservados, no alterados y reducir la importancia del

²² Gonzales, José Luís - "Farmacodependencia: un recorrido en prevención"

²³ Gonzalez, José Luís - "Farmacodependencia: un recorrido en prevención"

²⁴ "Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental. B. Programas/Planes Nacionales/Provinciales/Distritales de Salud Mental. Lista de Componentes Básicos, Definiciones y Formulario" de la División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud Mental - O.P.S. - 1994

daño, tal que se recobre la mayor cuota de capacidad productiva, de posibilidad de reintegración.

2.7 Rehabilitación Psicosocial.

"Es un proceso dirigido a restablecer el valor social del individuo, en particular mediante el rescate de su actividad social y su capacidad laboral. Persigue el restablecimiento de relaciones satisfactorias entre el paciente y sus familias, su ambiente laboral y social. Las actividades de rehabilitación abarcan también a la familia, vecinos y compañeros de trabajo."²⁵

²⁵ "Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental. B. Programas/Planes Nacionales/Provinciales/Distritales de Salud Mental. Lista de Componentes Básicos, Definiciones y Formulario" de la División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud Mental - O.P.S.- 1994

Capítulo 3. Trabajo Social.

3.1 Definición de Trabajo Social

El Servicio Social: Origen y evolución.

El Trabajo Social como profesión institucionalizada constituye una totalidad histórica y socialmente construida, enmarcada, al mismo tiempo, en una totalidad más amplia que la contiene y la determina. Según Gustavo Parra (2001) el origen de la profesión lo ubicamos en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX en la respuesta a la cuestión social²⁶ emergente de la contradicción capital / trabajo. Es partir de 1830 que la burguesía abandona su impronta revolucionaria, se instala en el poder y consolida el modo de producción capitalista, requiriendo disimular o esconder las contradicciones del sistema. Continuando con esta perspectiva, la profesión surge respondiendo al proyecto político de la burguesía y a los intereses del capitalismo. El proceso de institucionalización del Trabajo Social que se puede ubicar dentro del último cuarto del siglo XIX y las primeras tres décadas del XX, "... Europa y los Estados Unidos presentan como rasgo en común su carácter conservador, mediado por la alianza entre burguesía, Iglesia y Estado y teniendo como objetivo no solo la aceptación del modo capitalista de producción como hegemónico, sino también la imposición de un modo capitalista de pensar..."²⁷. Las relaciones entre Cuestión Social y la profesionalización del Trabajo Social son complejas, constituyéndose "... el Trabajo Social como una alternativa de intervención frente a la misma, frente a las crecientes amenazas que representaban el movimiento obrero organizado y los sectores azorados por los procesos de pobreza..."²⁸. De esta manera, la población objetivo de intervención de la profesión la constituyeron los "pobres", aquellos a los que

²⁶ La Cuestión Social se entiende como la manifestación de las desigualdades estructurales del capitalismo. La misma pone en jaque el poder hegemónico de la burguesía, amenazando el orden social establecido y generando estrategias del poder instituido para callarla, disminuirla, naturalizarla o incorporarla. Iamamoto, Marilda. Cap.: "Intervención profesional frente a la actual cuestión social" en "Trabajo Social y Mundialización". Ed. Espacio. Bs. As., 2002.

²⁷ Parra, Gustavo. "Antimodernidad y Trabajo Social". Ed. Espacio. Bs. As., 2001.

²⁸ Ibídem.

había que darles respuestas inmediatas e individuales por su carencia.

La legitimación de la profesión provino del Estado, quien incorporó a los profesionales a su estructura gubernamental. El Estado interviene en la cuestión social a través de políticas sociales, con un marcado carácter de subsidiariedad, que según Gustavo Parra "... no garantiza un derecho, sino que solo legitima un "acto de voluntad"..."²⁹.

Por otro lado, debemos decir que hay acciones desarrolladas a partir del siglo XIX, que constituyen los antecedentes de la profesión, caracterizadas por ser actividades concretas y sistemáticas de enfrentamiento con la cuestión social realizadas en el ámbito de la asistencia.

Particularmente en Argentina, la primera institución dedicada a intervenir en lo social, alejado de la caridad cristiana, es la Sociedad de Beneficencia la cual extiende su actividad entre 1823 a 1947 y proporciona un mercado laboral para buena parte de los profesionales, marcando a la profesión de manera importante. Esta sociedad es creada basada en los principios de orden y progreso. Según Estela Grassi una característica fundamental de esta sociedad fue su carácter femenino, estas mujeres tienen en principio como objetivo educar a niñas pobres, como fuerte actividad moralizante. Luego se orientan a la atención de huérfanos, ancianos, pobres, creando hospitales, hogares, institutos de menores, etc.

A partir de 1870 el Estado Argentino logra su consolidación como Estado Nacional insertado en la economía mundial, y es con la denominada Generación del 80' que lleva adelante el proyecto modernizador. Se centraliza la atención en tres áreas: política de migración, por la necesidad de poblar el país; políticas sanitarias, para brindar confiabilidad en los productos a exportar; y en políticas educativas; como medio para alcanzar el progreso. Según

²⁹ Ibidem.

Gustavo Parra, entre 1870 y 1930 actúan en el ámbito público y privado diferentes formas de intervención y de respuestas a la cuestión social, ellos son: el movimiento de los médicos higienistas, el catolicismo social y el movimiento obrero.

Es en 1926 cuando se crea el curso de Visitadoras de Higiene Social, dependiendo de la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA. Los mismos son dirigidos a mujeres apuntando a la prevención y profilaxis en el campo de la salud. En 1930 es creada la primera Escuela de Servicio Social dependiente del Museo Social Argentino, que si bien tiene una preponderancia del pensamiento médico higienista, incorpora psicología, la economía social, psicopatología, demografía. En 1941 se crea la Escuela Argentina de Asistentes de menores y Asistentes Penales, y en 1945 cambia su nombre a Escuela Argentina de Asistentes Sociales. Según Gustavo Parra estos antecedentes confirman "...la tesis sostenida por Ander-Egg, Alayón y Barreix, de que el Trabajo Social surge como una profesión para- médica y para-jurídica y con un fuerte carácter auxiliar..."³⁰.

A partir de la década del 60' y del 70' con el Movimiento de la Reconceptualización se pone en evidencia para el propio colectivo profesional las divergencias en torno a los proyectos socio profesionales vigentes. La conjunción de categorías marxistas con el ideario peronista y a su línea interna vinculada al Cristianismo de Liberación es una matriz analítica que marca el período en Argentina³¹. Esta heterogeneidad de tendencias incluyen propuestas reformistas y modernizantes de la profesión, y en algunos casos proponiendo una perspectiva revolucionaria del Trabajo Social, abriendo un amplio abanico de posturas en el desarrollo del Trabajo Social Latinoamericano.

³⁰ Idem.

³¹ Siede Virginia. " El Trabajo Social argentino en los 60'-70'. Reconstrucción del debate profesional en el marco de la Reconceptualización". Ponencia presentada en el Congreso de Araxa a Mar del Plata. Mar del Plata, 2004.

La irrupción de la dictadura militar en 1976 lleva a un silenciamiento del debate profesional y permite el fortalecimiento de la tendencia más conservadora hegemonizando la discusión profesional en los parámetros de actualización operativo instrumental.

3.2 Intervención del trabajador Social. Proceso Metodológico

La Metodología del Caso Social Individual-Familiar

Se define al Servicio Social como “un programa diferente de las Ciencias Sociales que se distingue por acceder al conocimiento de la realidad operativamente, el proceso de conocimiento es un proceso de intervención y por lo tanto de transformación... ”³². El Trabajador Social accede a este proceso por medio del establecimiento de un examen racional participativo, entablando una comunicación racional con los sujetos involucrados. Esta comunicación se caracteriza por ser participativa y dialógica, constituyéndose en la vía adecuada para comprender a la persona, su circunstancia y el medio que se comparte con él. Es así como se va estructurando la acción profesional, ya que es el camino utilizado para lograr las transformaciones sociales deseables pero también un fin profesional que busca orientar la acción hacia fines comunes. Respecto a la especificidad y en consideración de lo antedicho podemos visualizar al menos dos autores que la definen por el enfoque y autores que la definen por el objeto, aspectos a nuestro criterio interdependientes. Para el profesor Di Carlo el objeto específico del Servicio Social es “... el hombre como ser pensante en debate con sus circunstancias. Es la unidad consciente y actuante del ser persona.”³³

³² Di Carlo, E y equipo. “La comprensión como fundamento de la investigación profesional”. Argentina, Ed. Hvmánitas. 1995. Pág. 105

³³ Di Carlo, E y Equipo. “La comprensión como fundamento de la investigación profesional”. Argentina, Ed. Hvmánitas. 1995. Pág. 38

Según el planteo de Maria Angeloni³⁴ esta unidad tiene su origen y desarrollo en la experiencia social. La persona es un sujeto consciente, especialmente comunicativo y corporativo. Su inteligencia reflexiva le permite orientar su acción hacia fines y valores, sopesando, cotejando y seleccionando uno entre los diversos cursos de acción posibles.

La persona constituye el sujeto central de la intervención social, siendo a la vez actor y protagonista de su propia vida. El Trabajador Social establece una comunicación significativa con la persona en la resolución del problema. Ambos deben integrarse simultáneamente desde el principio para resolver el problema.

Pero si solo nos quedáramos con una definición por el objeto no lograríamos diferenciarnos de toda profesión que trabaja para la modificación de cualquier circunstancia humana, con una perspectiva humanística. Puesto que todo trabajo con la persona es trabajo social, respondernos con qué aspecto de lo social trabaja el Servicio Social, esto nos remite directamente a pensar en el objeto.

Descontando que “el objeto se construye en la relación a partir del vínculo” cual es la otra parte del debate. Aparentemente habría acuerdo en definirlo como campo de interferencias donde emerge el problema social.

En esta orientación Margarita Rozas Pagazza refiere que “cada disciplina se diferencia por el modo de mirar, apropiarse e intervenir en lo social”.

La comunicación racional entonces es de naturaleza reflexiva, implica el diálogo, recuperación del sentido, del significado y la reflexión de las consecuencias posibles de la situación deseada para todas las personas involucradas. El proceso de comunicación racional es un proceso de pensamiento que va a permitir develar la interioridad y la exterioridad del acontecimiento, cuales son los hechos que configuran la situación y cual es la intencionalidad que

³⁴ Di Carlo, E y Equipo. “La comprensión como fundamento de la investigación profesional”. Argentina, Ed. Hvmánitas. 1995. Pág. 63

se le atribuyen a los hechos. Se descubre la orientación de los actos humanos de las personas involucradas. Comunicación racional "El cómo" para elucidar los múltiples atravesamientos de las instancias psicodinámicas, psicosociales e institucionales (Bleger) y para las condiciones que influyen en la aparición, persistencia o transformación del problema social (coordinadas de Margarita Rozas Pagazza) e identificar cómo fortalecer o restaurar situaciones de vulnerabilidad o ruptura.

Basándonos en lo planteado por Beatriz Castellanos³⁵ en el proceso de resolución de la demanda, la elaboración de la respuesta se da por la confrontación de lógicas diferentes (Institución - Asistente Social - Persona) perspectivas de la situación y propuestas con intencionalidad diferente. De esta confrontación emergen elementos que permiten la construcción de estrategias para la resolución de la problemática analizada, en esta tríada se incorporan todos aquellos actores sociales que participan del binomio salud - enfermedad.

De esta confrontación nace una nueva lógica fundante de la respuesta, una nueva comprensión de la realidad que contiene a todos los participantes.

Se define al Caso Social Individual-Familiar como "... la atención de la demanda que presenta una persona en una situación concreta y a la que se le responde en consideración a su dimensión psicosocial; incluyendo la historia, pautas culturales y valoraciones (propias y de su contexto); implicando a otras relaciones significativas según la naturaleza de esa demanda, la determinación del sujeto y el criterio profesional..."³⁶

La dimensión psicosocial de la persona integra los aspectos psicológicos y sociales.

³⁵ Castellanos, B. "La perspectiva de Redes Naturales: Un modelo de trabajo para el Servicio Social". Argentina. Ed. Hvmánitas. Año 1998. Pág. 165.

³⁶ Castellanos, B. "La perspectiva de Redes Naturales: Un modelo de trabajo para el Servicio Social". Argentina. Ed. Hvmánitas. Año 1998. Pág. 140.

Evaluar los aspectos psicológicos no significa realizar diagnóstico y/o tratamiento de trastornos de la personalidad, implica la comprensión de las condiciones internas del sujeto, capacidades, fortalezas, dificultades para apropiarse de los recursos que requiere el proyecto social – en términos del planteo de Helen Perlman, el diagnóstico de aplicación del cliente-

Evaluar los aspectos sociales significa considerar el contexto con una perspectiva amplia y circular de ambiente; la familia, la red social natural, la comunidad y sus condicionantes históricos, culturales, económicos y políticos.

El Trabajador Social confronta con realidades complejas, personas vulnerables en situaciones multiproblemáticas.

La toma a cargo de una demanda de atención individualizada “caso social” parte de una dificultad de la persona para afrontar un acontecimiento que genera una situación problemática indeterminada. Se originan diferencias en las relaciones interpersonales, no puede lograrse una visión compartida ni lograr los acuerdos mínimos que requiere el manejo adecuado de los emergentes de esa situación.

El objetivo se centra, según B. Castellanos³⁷, en promover la capacidad de apropiación objetiva de la realidad social para que las personas puedan construir una posición crítica en su contexto, que les permita afrontar las dificultades, exigencias y expectativas propias y del contexto relacional.

Entonces esta perspectiva de Servicio Social orienta la intervención al logro de cambios en la persona, las relaciones interpersonales y la situación social, a través del establecimiento de una relación dialógica con los sujetos involucrados.

Proceso Metodológico

Si acordamos que el Trabajador Social confronta con una realidad compleja, auto orientada, con dinámica propia y multideterminada,

³⁷ Castellanos, B. “La perspectiva de Redes Naturales: Un modelo de trabajo para el Servicio Social”. Argentina. Ed. Hvmánitas. Año 1998. Pág. 145

la intervención va a darse en un proceso de respuesta. Para Dewey, dicho proceso es la transformación controlada o dirigida de una situación indeterminada en otra tan determinada en sus distinciones y relaciones constitutivas que convierten los elementos de la situación original en un todo unificado.

El primer paso en este proceso es la transformación de la situación indeterminada en una situación problemática, paso inicial para el planteamiento del problema. Durante este proceso, el Trabajador Social debe discriminar analíticamente los elementos de la situación problemática para comprender qué sucede y porqué, lo hace sobre la base de dos operaciones: observación analítica (datos seguros) e interpretación del material observado (nuevas ideas).

Discriminar analíticamente los elementos, requiere dimensionar el problema en aspectos. Cabe mencionar que el contenido de estos aspectos va a develar la naturaleza de la persona y su entorno (familia, red social) así como su funcionamiento psicológico y social. Como Perlman señala deben vincularse a: la naturaleza del problema, la naturaleza de la Institución, la misión de la institución y la función social de la misma.

Momentos del Proceso Metodológico:

Es importante destacar que todas las fases de intervención descritas en la práctica se retroalimentan. Son dinámicas debido a que se trabaja dentro de una realidad cambiante, dándose simultáneamente. Los aspectos de conocimiento son transversales a todas las etapas del proceso. Se reconocen como Etapas del Proceso Metodológico las siguientes:

Investigación---Análisis de la Situación

Diagnóstico ----Evaluación

Planificación---Elaboración de alternativas de resolución

Ejecución---- Puesta en práctica de alternativas de resolución

Evaluación.

Cierre del proceso.

1- Investigación-Análisis de la Situación:

En esta etapa inicial se trata de conocer la realidad a abordar. Como ya se señalara se parte de una situación indeterminada. El trabajo en esta etapa es la definición de la situación problemática. Se trata de obtener la información necesaria para la comprensión de la situación problema para que de lugar a la demanda y comprometer a los involucrados en la búsqueda de dicha comprensión.

A partir del primer encuentro se tiene que estructurar la relación, ya que como señala Kadushin³⁸ "... es el contexto interpersonal en el que se origina el proceso...". El profesional tiene que tratar de establecer una relación dialogica con los sujetos involucrados, intentando consolidarla y sostenerla a lo largo de todo el proceso. Además es necesario que sea consciente que entabla una relación horizontal simétrica en tanto relación humana y asimétrica en tanto relación profesional, para evitar la subordinación de la persona y modelizar actitudes solidarias y democráticas.

El Trabajador Social tiene que crear un espacio donde la persona pueda expresarse libremente, sin temor a ser cuestionada; tiene que estar atento a los diversos gestos, señales, ruidos en la comunicación permaneciendo con una actitud de escucha atenta.

2- Diagnóstico-Evaluación:

El Trabajador Social ha reunido todos los datos que conciernen a la situación problemática, realizando sucesivas formulaciones discriminando todos los aspectos, que hacen a la situación.

En esta etapa el profesional y la persona acceden al planeamiento del problema, a una nueva comprensión. Se conforma una nueva visión integral que esboza nuevas alternativas para la acción. (Hipótesis operativas)

Esta nueva visión surge de analizar, reflexionar y organizar todos los datos hasta llegar a establecer un juicio sobre su significado. Se determina, según lo planteado por Perlman³⁹ en qué consiste el

³⁸ Kadushin, A. "La entrevista en Trabajo Social". México. Extemporáneos, 1983. Pág. 48

³⁹ Helen Harris Perlman "Trabajo Social individualizado". Rialp. Madrid. 1965. Pág. 144

problema, que factores psicológicos, físicos y sociales contribuyen a él (o lo originan), que efectos tiene sobre el bienestar del propio sujeto (o de otras personas), cuál es la situación apetecida y que medios ofrecen a la persona, su situación y otros servicios organizados para resolver el problema.

Surge una nueva visión de la situación por parte del sujeto y de su entorno, dando lugar al descubrimiento de nuevas posibilidades para la acción. Se reconocen las posibilidades-recursos y las limitaciones-interferencias, que tienen para arribar a un cambio en la situación que motiva la intervención. Así como las consecuencias de un determinado cambio para todos los involucrados. El Trabajador Social debe explicitar todos los obstáculos posibles y alentar a las personas en los logros que va teniendo.

3- Planificación - Elaboración de alternativas de resolución

En esta etapa están dadas las condiciones para comenzar a elaborar una respuesta a la demanda; ya que se ha realizado la formulación del problema compartido por todos los involucrados.

Se realiza una selección de alternativas de resolución. Esto implica la definición del camino a seguir para el logro de la solución deseada. Se procura que sea una alternativa de soporte social viable, sustentable y flexible.

Implica decidir:

- ¿Qué se quiere lograr?
- ¿Cómo se jerarquizan las necesidades que deben atenderse en forma inmediata?
- ¿Qué es necesario hacer para afrontar el problema?
- ¿Quiénes van a hacerlo?

Se sostienen las pautas para el diálogo. Se acompaña la elaboración del proyecto colectivo, respetando las decisiones de la red en las definiciones de una nueva organización.

4- Ejecución-Puesta en práctica de las alternativas de resolución:

Es la puesta en práctica de las alternativas de resolución elaboradas por la red social y el profesional.

La red, recupera la capacidad de objetivar la realidad. El tramo final del tratamiento comienza cuando el Asistente Social acuerda su retiro con los miembros de la red y concluye con la despedida.

5- Evaluación: Cierre del proceso

Está presente desde el primer contacto con el asistido y dura hasta la finalización del proceso. En esta etapa la evaluación se caracteriza por ser un momento de síntesis focalizado en el cierre de la intervención donde se explicitan objetivos logrados y no logrados, así como consecuencias predecibles. La evaluación es transversal al proceso metodológico y tiene varias instancias:

La evaluación preliminar: se encuentra en el primer contacto con la persona que realiza una demanda del servicio. La persona explica los motivos de su problema y el Trabajador Social toma su primer contacto con la situación problema.

La evaluación diagnóstica: es la elaboración de alternativas de acción por parte del Trabajador Social en conjunto con la red.

La evaluación final tiende al logro de la autonomía. Marca el sentido de la despedida." B. Castellanos⁴⁰.

Es necesario construir la intervención a partir de los actores sociales que participan en el proceso.

3.3 El papel del trabajador Social.

Si consideramos la posición de un miembro dado en un grupo como su lugar en el sistema, esta posición cuenta con un papel (rol) asociado que consiste en la conducta esperada de quien lo ocupa, siendo el status la valoración que los demás miembros conceden a la posición.

La posición de cada miembro en el grupo conlleva a una valoración o prestigio que denominamos status, siendo el rol el conjunto de

⁴⁰ Castellanos, B. Op. Cit. Pág. 170.

conductas asociadas a una posición dentro de un grupo y ambos conceptos facilitan la interacción de los miembros y sustentan al grupo.

Desempeñar un rol supone conducirse y comportarse según unas pautas determinadas establecidas socialmente y esto nos permite establecer relaciones con los demás de forma relativamente predecible y coherente. Esas pautas y ese rol poseen una valoración, una imagen social atribuible a cada persona que conforma el status y ambos nos dan un puesto en la vida.

Como indica Brown la diferenciación y asignación de roles es algo fundamental en los grupos pues implica una división de las tareas entre los miembros, lo cual facilita la consecución de metas y objetivos, contribuye a ordenar la propia existencia del grupo al estar unidos al sistema de normas y en última instancia, forman parte de la autodefinición de los individuos en el grupo.

Siguiendo a Bourdieu, desde la perspectiva de redes sociales, la intervención del Trabajador Social considera que el espacio social está conformado por diferentes campos sociales que se presentan como sistemas de posiciones y de relaciones entre estas posiciones. Desde esta mirada la noción de rol no existe como construcción a priori a la intervención, es en dicho proceso que vamos construyendo posicionamientos que no son rígidos ni puros, sino que son flexibles y con matices diferentes de acuerdo a la demanda en el momento y lugar determinado por la problemática en juego.

En general la historia del trabajo social está abrumada de rotulaciones y encasillamientos de los papeles que el trabajador social debía y debe cumplir, roles prescriptos tales como: asistencia, gestión, promoción y educación.

El papel del Trabajador Social está configurado en ciertos atributos que le son propios y en una constancia de conducta, por eso decimos que está institucionalizado.⁴¹

⁴¹ Nuñez, Rodolfo. Redes. "del rol estático a la posición dinámica en el desarrollo de las prácticas del Trabajo Social". S/F.

El Trabajo Social en las prácticas de intervención en redes sociales, más que cumplir un papel o rol predeterminado, ocupa un posición determinada por sus intereses (profesionales, institucionales, personales, etc.), en hacerse cargo de la demanda en función de las relaciones que se prevean se pueden dar, mas o menos favorables, y de las que se puedan ir construyendo en el proceso de la intervención. De manera que en la elaboración de la respuesta a esa demanda va emergiendo su especificidad y construyendo una posición que supere la subsidiariedad y fortalezca su autonomía profesional. Para el Servicio Social plantea la posibilidad de pasar de un seguimiento de lo que otros hacen, al seguimiento de aspectos que le compete a su especificidad integrados en un plan conjunto de tratamiento, es decir, la apropiación de la especificidad en la convergencia disciplinar.

Un problema de salud tiene implicancias físicas psíquicas y sociales que es preciso considerarlas en pos de una atención integral de la problemática. Por lo tanto esta debe abarcar una complejidad de las situaciones críticas, desde una perspectiva de intervención en la que cada disciplina ejerza complementariedad y co-presencia.

La convergencia disciplinar se expresa en la configuración de un equipo interdisciplinario. Si bien la mirada que proponemos contribuiría a tal integración, su logro no depende solo de nuestra voluntad. No obstante la intervención direccionada y científicamente fundada contribuye a la paridad del servicio social en el debate de las problemáticas actuales en el caso que nos ocupa, la Salud Mental.

3.4 Incumbencias profesionales.

La intervención del trabajador social es indispensable en la tarea de comprensión y abordaje de los padecimientos psíquicos. La intervención se direcciona al mejoramiento de las condiciones socio ambientales que permitan el surgimiento de nuevas oportunidades y al establecimiento adecuado de redes de servicios que sustituyan el modelo asilar de la psiquiatría. Podemos rescatar dentro de las incumbencias profesionales en el campo de Salud Mental:

- La investigación, diagnóstico y tratamiento de situaciones sociales problema, a nivel individual, grupal y comunitario, con el fin de ejercer una terapia modificadora o una acción preventiva con la participación activa del cosujeto de acción.
- Elaboración, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos tendientes a la prevención de problemas sociales y a la promoción de crecimiento y desarrollo social con metodologías y técnicas científicamente acreditadas.
- Planificar, ejecutar y evaluar planes, supervisar acciones directas en relación con centros y servicios asistenciales específicos.
- Organizar y administrar servicios sociales, asistenciales y de protección, públicos y/o privados.
- Prestar asesoramiento y asistencia técnica en materia de acción social a nivel institucional público y/o privado.

Desarrollo metodológico

Desarrollo Metodológico

Contexto institucional:

La Clínica Grupo Suizo es un establecimiento privado que se encarga de la atención de personas con padecimientos psíquicos. Es dirigida por un director médico especialista en psiquiatría y cuenta con tres médicos psiquiatras tratantes, tres Lic. en psicología, una Lic. en Terapia ocupacional, una Lic. en Servicio Social, una Lic. en Nutrición, una Profesora de Educación Física, un Médico Clínico, un Médico de guardia, equipo de enfermeros, personal de mantenimiento y personal de administración.

Para la realización del presente trabajo final se solicita autorización a la dirección y administración de la Clínica y a las personas entrevistadas durante la investigación.

El recorrido de la investigación:

El presente trabajo constituye una investigación en áreas específicas. El tipo de diseño es exploratorio descriptivo, basándose en una metodología cualitativa. El interés del aspecto cualitativo esta puesto en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de los sujetos actuantes, es decir desde su subjetividad. Se intentan buscar las diferentes atribuciones y significados de las experiencias vividas sobre una misma problemática desde las respuestas de los propios protagonistas, quienes se encuentran en contextos específicos y complejos.

La participación de una de las autoras como residente de pregrado, de la carrera de Lic. en Servicio Social en la Clínica Grupo Suizo, facilita el desarrollo de la investigación así como el contacto con las personas involucradas. La investigación cualitativa busca riqueza y profundidad en los datos a recabar, por esta razón, sus resultados no son generalizables.

En cuanto a los criterios de inclusión se selecciona esta institución por que es, al momento de la investigación, la única clínica de salud mental de la ciudad de Mar del Plata que cuenta con un

Trabajador Social como integrante del staff profesional. Informantes calificados dan cuenta que en las otras clínicas el profesional Trabajador Social es convocado para "tareas puntuales" que en general se corresponden con la judicialización del caso o la gestión de recursos ante la ausencia del familiar.

Técnicas de recolección de datos.

El trabajo de campo se instrumenta a través de la aplicación de las siguientes técnicas:

- Investigación bibliográfica.
- Observación documental: historia clínicas, memorias, documentos, trabajos.
- Entrevistas en profundidad con la Trabajadora Social.
- Entrevistas semi estructuradas con otros profesionales del equipo de salud.
- Contactos con informantes calificados.

Investigación bibliográfica y observación documental:

Consiste en ponerse en contacto con esa parte de la realidad que se ha de investigar y en la que se ha de actuar, a través de lo que otros vieron y estudiaron de ella. Los documentos son hechos de "algo" que ha pasado, de ahí que proporcionan información, datos o cifras, constituyendo un tipo de material muy útil para la investigación social. Se trata de informaciones, documentos escritos, estadísticas, obras literarias, etc., recogidos y elaborados por distintas personas, organizaciones o instituciones y que sirven para conocer mejor un aspecto de la realidad.⁴²

En el presente trabajo se exploran entre otros, historias clínicas, informes socio ambientales, páginas de Internet, libros y tesis.

⁴² Ander Egg. "Técnicas de investigación social". Ed Humanitas. Bs. As. 1992

Entrevistas en profundidad:

Este tipo de entrevistas sigue el modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. La entrevista en profundidad requiere de la capacidad de relacionarse con otros en sus propios términos. La función principal del investigador está en sondear los detalles de las experiencias de las personas y los significados que éstas le atribuyen. De esta forma esta técnica se aparta de las conversaciones cotidianas.

Para implementar la entrevista en profundidad se debe tener un conocimiento previo a través del trabajo de campo, entrevistas preliminares u otra experiencia previa.

En el caso que nos compete las autoras las realizan al Director y a la Trabajadora Social de la institución.

Entrevista semi estructurada:

En este tipo de entrevista, el entrevistador dispone de una guía dividida en dimensiones que indica los temas que debe abordar en el transcurso de la entrevista. El orden en que estos son planteados y el modo de formular las preguntas se realizan de acuerdo a un esquema que debe ser flexible a los intereses que vayan surgiendo en la conversación, teniendo siempre presente el objetivo de la entrevista y la información necesaria a recabar.

En el presente trabajo se realizan entrevistas a la totalidad del equipo de salud.

Contacto con informantes calificados:

La consulta a informantes claves es uno de los procedimientos más importantes que se han de utilizar en la fase exploratoria de una investigación. Esta consulta se hace fundamentalmente realizando entrevistas semi- estructuradas o bien focalizadas, ya que a través

de estas técnicas se hace conocer al informante que tipo de información se requiere.⁴³

A continuación se presenta el cuadro de variables e indicadores utilizado para la realización de las entrevistas.

VARIABLES	INDICADORES
PRESTACIONES Y SERVICIOS	<p>DISPOSITIVOS DE ATENCION</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿cuál es la modalidad de trabajo? 2. ¿Qué se proponen con el paciente? 3. ¿Con quienes trabajan para que el paciente mejore? 4. ¿Citan a los familiares? ¿Para que? 5. ¿qué técnicas - dispositivos se utilizan para abordar la problemática? 6. ¿Cuales son los ejes de intervención de la clínica? 7. ¿cuál es la finalidad de la intervención? 8. ¿Qué disciplinas intervienen en el abordaje? 9. ¿trabajan en red?. ¿Trabajan con otras entidades? 10. ¿Cuál es el horario de funcionamiento y atención de la entidad? 11. ¿Qué se hace con el paciente desde su internación en la clínica? 12. ¿Qué estrategias se implementan para que el paciente cumplimente satisfactoriamente el tratamiento?
EQUIPO DE SALUD	<p>ESTRUCTURA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué disciplinas profesionales integran el equipo de salud de la clínica? 2. ¿Qué cantidad de personas para cada disciplina se maneja para el funcionamiento de la clínica? 3. ¿cuál es la dedicación horaria asignada? 4. ¿son suficientes los recursos humanos? 5. ¿Implementan alguna actividad para mejorar la eficiencia del personal? ¿Por qué no lo hacen? ¿implementarían?O ¿Qué es lo que hacen? <p>FUNCIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿De que se ocupa/ que cosas tiene a cargo la Presidenta? 2. ¿De que se ocupa/ que cosas tiene a cargo el director?

⁴³ Ander Egg. "Métodos y técnicas de investigación social. Como organizar el trabajo de

	<ol style="list-style-type: none"> 3. ¿De que se ocupa/ que cosas tiene a cargo el médico psiquiatra? 4. ¿De que se ocupa/ que cosas tiene a cargo el psicólogo? 5. ¿De que se ocupa/ que cosas tiene a cargo la trabajadora social?. 6. ¿Cómo abordan la problemática a tratar? 7. ¿Cuál es la modalidad de trabajo? <p>RELACIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿existe un orden jerárquico? 2. ¿Cuál es la forma de comunicación entre los integrantes del equipo? 3. ¿en que cosas se siente apoyado y en que no? 4. ¿Cuáles son los problemas recurrentes del equipo?
<p>CONCEPCION DEL EQUIPO TÉCNICO</p>	<p>PROCESO SALUD ENFERMEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento: aspectos relevantes: ¿Qué es necesario saber/ conocer para atender a este tipo de pacientes? • ¿Qué cosas se ponen en juego para que la persona enferme? • ¿Qué debería cambiar para que estos pacientes mejoren? • ¿Cuáles son las dificultades para la continuidad del tratamiento? <p>PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL</p> <p>¿Qué se espera del asistente social?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Le resulta suficiente el modulo horario? Si responde NO: ¿ha implementado alguna acción para incrementarla? ¿Cual? ¿ante quien? ¿En que fundamentan el rechazo de ampliación? <p>Atención del caso/ grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Que metodología utiliza?¿Cual es su orientación metodológica?, • ¿Cual es el alcance de la intervención? (de evaluación, terapéutica, seguimiento) • ¿Que estrategias utiliza? ¿Qué técnicas o dispositivos pone en práctica para la atención del paciente? • ¿en que momento de la internación interviene? • ¿Qué intervenciones realiza con el paciente y en ausencia de éste? • ¿cuál es la finalidad de la intervención? • ¿Cuál es su rol en el equipo técnico?

Análisis de datos

Marco Institucional

Grupo Suizo S.A. Clínica de Salud Mental. Domicilio: Racedo 3639. Tel: 467-1857.

La clínica Grupo Suizo es un establecimiento privado que se encarga de la atención de personas con padecimientos psíquicos. En el área de internación se persigue el objetivo de compensar el cuadro agudo de la patología y la meta de alcanzar la externación del paciente. Aborda no solo a la persona, sino también a su contexto socio- familiar.

Antecedentes:

La clínica se inaugura el 25 de junio de 1996 bajo el nombre de "Nuevos Aires" administrada por Sebastián García Castellanos y Silvia Matuk; con 50 pacientes en internación. Al poco tiempo modifica su razón social por la actual. En ese entonces el equipo de profesionales estaba compuesto por:

Director médico: Dra. Griselda Mijalowsky (psiquiatra)

Psiquiatras: Dra. Griselda Mijalowsky

Dr. Curia José

Dra. Valeiras Analia

Servicio Social: Lic. Gabriela Re

Terapia Ocupacional: Lic. Angélica Rossi

Psicología: Lic. Gabriela Otero

Personal de enfermería.

Personal de mantenimiento.

En el inicio cubren las necesidades de los pacientes afiliados a la obra social PAMI y otras que trabajaban por reintegro. Un año después se incorpora la obra social IOMA y se brindan nuevas prestaciones como hospital de día y consultorios externos.

Desde sus orígenes los tres especialistas en psiquiatría atendían a la totalidad de los pacientes, mas tarde las obras sociales comienzan a exigir médicos de cabecera.

La población es en su mayoría de pacientes psicóticos crónicos, agudos y demencias, con una edad promedio 60 años. Entre los años 1998 y 1999 varía el grupo etario llegando en la actualidad a un promedio de 40 años. Esta modificación se va dando – entre otras causas- por la implementación e incremento de un nuevo dispositivo de atención, nos referimos al “geronto psiquiátrico” más precisamente a la modalidad RAMP de PAMI.

Es así como los pacientes psiquiátricos compensados sin soporte de la red social tienen un lugar más adecuado.

A partir del año 2001 con la conformación del Tribunal de Familia en la ciudad de Mar del Plata, se requiere que cada ingreso, solicitud de alta y autorización de permisos terapéuticos sean informados a dicha entidad, por lo cual desde entonces tiene mayor implicancia en la forma de organización de la Clínica requiriendo mas atención y dedicación en las formas burocráticas.

Hasta el año 2003 la institución recepciona estudiantes de psicología y de terapia ocupacional para pasantías de corta duración (3 meses), incluyendo una residente extranjera. La concurrencia de estudiantes de Servicio social, comienza en Mayo del 2004. Se trata de la práctica institucional supervisada que realizan en el marco de la Cátedra de Supervisión durante el último año de la carrera. En ésta y otras instituciones de la comunidad, como la Curaduría de Alienados y el Centro de Asistencia a la Víctima, el estudiante realiza la concurrencia durante un año calendario.

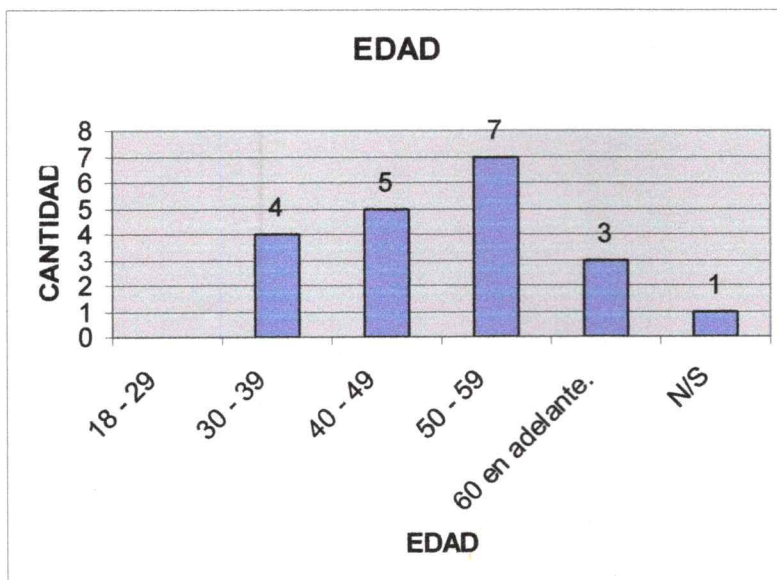
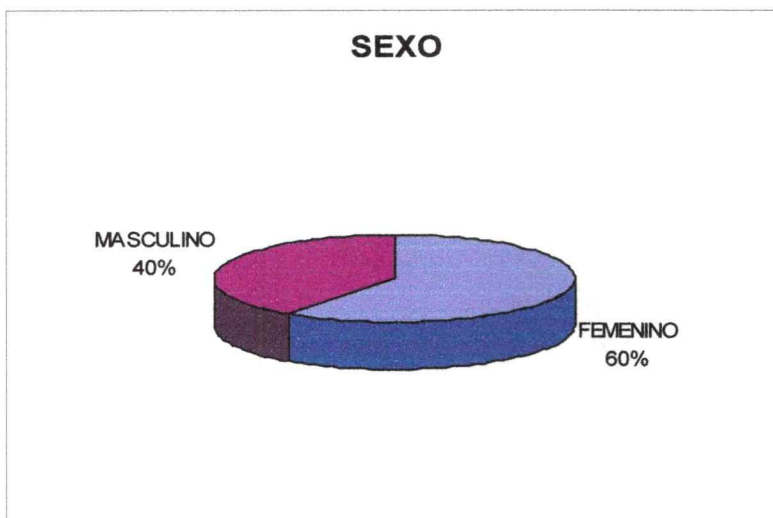
Otro cambio significativo es la gravedad que asumen algunas de las patologías atendidas como así también la incorporación de patologías duales como es el caso de las adicciones más patología psiquiátrica de base.

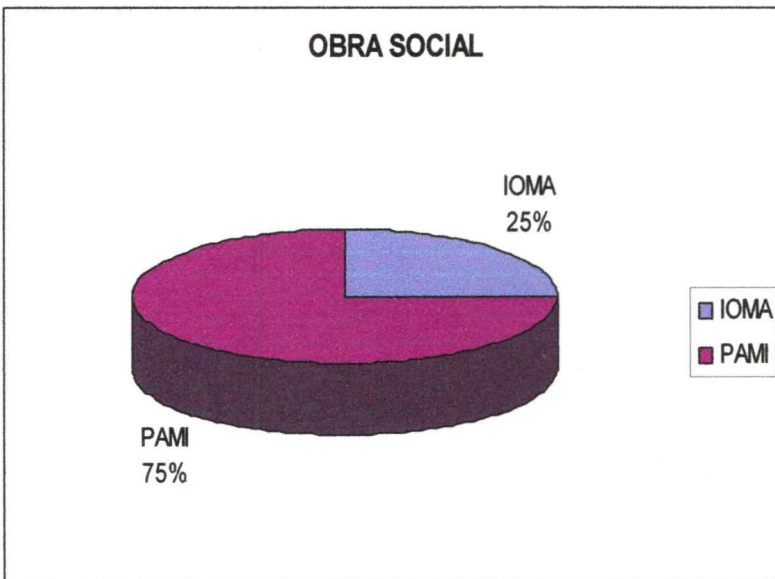
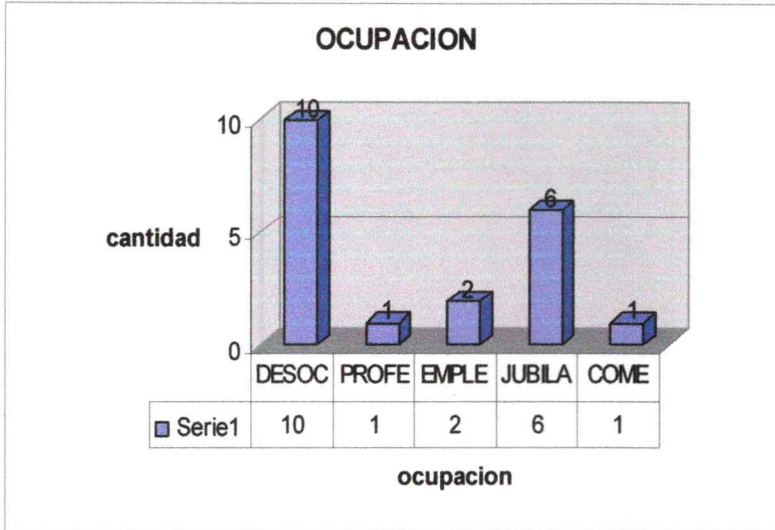
En la actualidad la institución organiza la atención a través de cinco dispositivos: internación, hospital de día, consultorios externos, urgencias y atención domiciliaria.

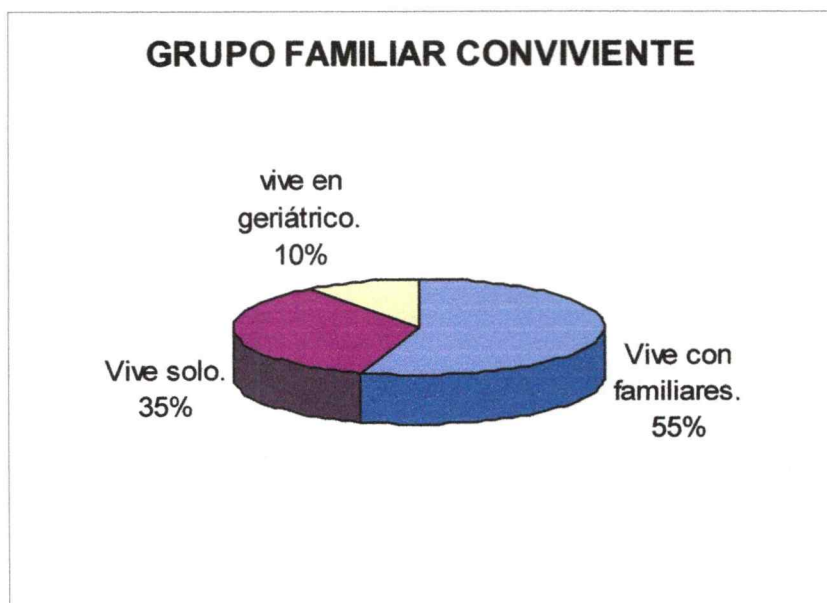
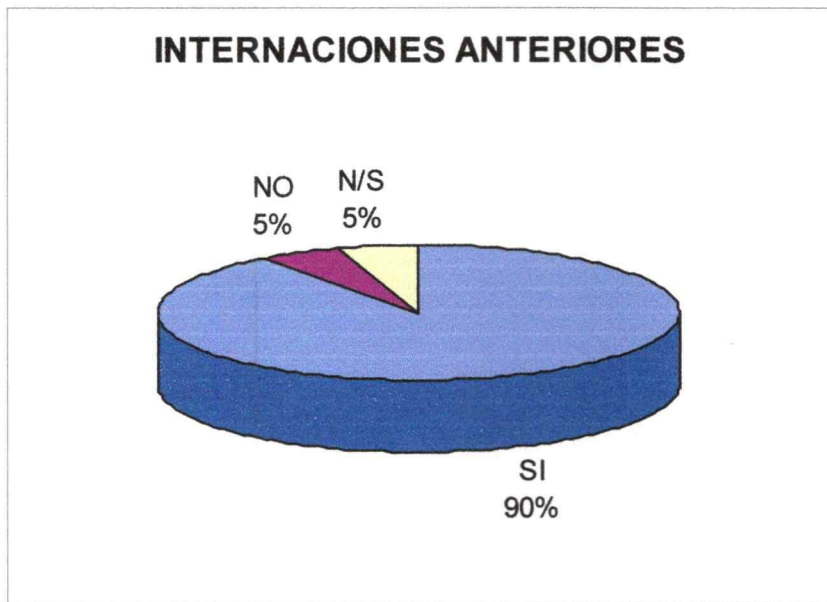
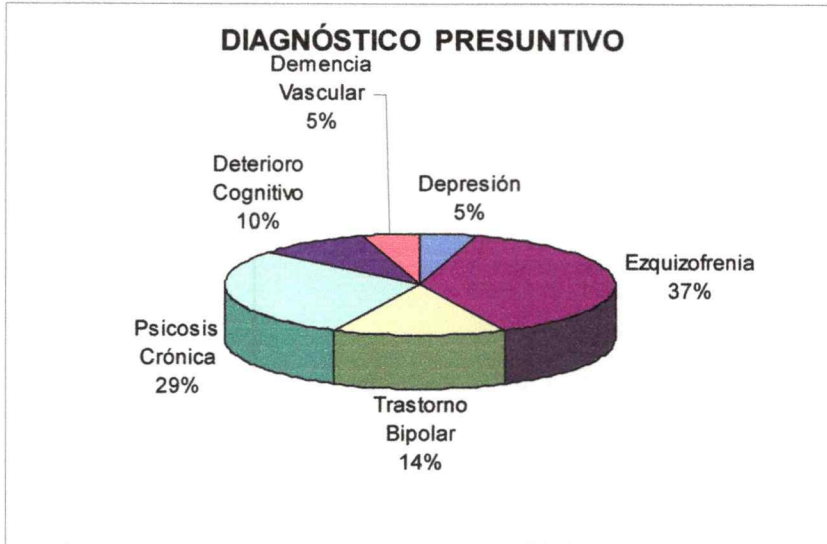
Aspectos Demográficos

A partir de la exploración de los informes socio ambientales realizados por el servicio social, las autoras realizan estadísticas teniendo en cuenta las variables: sexo, edad, ocupación, estado civil, obra social, diagnostico presuntivo, internaciones anteriores y grupo familiar conviviente.

PERFIL DEL PACIENTE PSICOTICO HOSPITALIZADO EN LA CLÍNICA GRUPO SUIZO. PERÍODO 2005 – 2006. MUESTRA: 20 CASOS







Estructura y organización

Grupo Suizo es una Sociedad Anónima que preside María Eugenia García Castellanos

El recurso humano esta organizado en áreas, al momento de la recolección de información es el siguiente:

Internación

Director médico: Dr. Beltrami Juan

Psiquiatría: Dr. Beltrami Juan

Dr. Gerardo Del Vitto

Dr. Martínez Diego

Dr. Jones Rodrigo

Psicología: Lic. Lorena Vall,

Lic. Irene Viale

Lic. Carla Dinapoli Vitta

Terapia Ocupacional: Lic. Mastromarino Mariana (Titular)

Lic. Marcela Fritz (suplente)

Servicio Social: Lic. Gibeaud Daniela

Nutrición: Lic. Laura Arnone

Educación Física: Prof. González Soto Laura

Jefe de Personal: Chávez Mario

Secretaría: Gómez Verónica

Enfermería: Bulacio Matías

Martínez Mirta

Macedo Marcela

Camararo Ariel

Vizcay Cristina

Núñez Fabián

David

Mantenimiento: Ruggerini Carlos

Lavadero: Verdugo Nélida

Cocina: Ocampo Juana

Barra Rosalva

Limpieza: Gómez Blanca

Suarez Rosa

Lombardo Patricia

Señorans Eva

Alegre Cintia

Obregón Valeria

El proceso de atención durante la internación

Demanda:

Espontánea: Por parte del paciente.

Por parte de los familiares o allegados.

Derivación: Por orden judicial.

Por orden médica.

Admisión:

Una vez que ingresa el paciente a la clínica es evaluado por el Psiquiatra que se ocupa de atender cada caso particular. Realiza las correspondientes entrevistas familiares.

El Psicólogo trabaja en la comprensión de la crisis y conciencia de enfermedad.

El Medico Clínico evalúa al ingreso a todos los pacientes.

El Trabajador Social, al ingreso del paciente, mantiene entrevistas con el familiar y con el paciente.

El Terapista Ocupacional evalúa capacidades cognitivas, recursos. Trabaja motricidad, memoria, límites.

La Profesora de Educación Física, evalúa al paciente para un posterior abordaje corporal.

La Nutricionista, evalúa el estado nutricional articulando su intervención con el médico clínico y la cocinera

Tratamiento: Prestaciones Semanales:

Pacientes agudos

- 2 psicoterapia individual.
- 1 control psiquiátrico.
- 1 psicoterapia familiar.
- 3 asambleas.
- 1 psicoterapia grupal.

Pacientes crónicos:

- 1 psicoterapia individual.
- 2 psicoterapia familiar.
- 1 control psiquiátrico.
- 3 asambleas.
- 1 psicoterapia grupal

Hospital de Día: Racedo 3639

Psiquiatra: Dr. Rodrigo Jones

Psicología: Lic. Perla Cirignano

Terapia Ocupacional: Lic. Mastromarino Mariana (titular)
Lic. Marcela Fritz (suplente)

Profesora Ed. Física: González Soto Laura

Consultorios Externos: Bolívar 2934

Psiquiatras: Dr. Martínez Diego

Dr. Jones Rodrigo

Dra. Morales Graciela

Lic. Psicología: Trassens

Lapietra

Urgencias

Dr. Jones Rodrigo

Atención domiciliaria

Dr. Jones Rodrigo

El servicio social de la Clínica grupo suizo

Datos de base:

Dirección: Racedo 3639

Tel: 467-1857

Origen: Lic. Gabriela Ree (año 1996)

Lic. Laura Larson: 12 hs semanales (hasta marzo 2004)

Lic. Daniela Gibeaud: 22 hs semanales (desde abril del 2004 hasta la actualidad)

El Servicio Social en Salud reconoce como Objetivo General:
"Asistir al paciente y a la familia en los emergentes sociales que plantea el continuo salud- enfermedad".

Perspectiva de salud mental del equipo de salud

Como señaláramos reiteradamente la salud y la enfermedad son elementos constitutivos de un proceso que ocurre siempre en sociedad y en cultura⁴⁴. El proceso salud – enfermedad es reconocido como un proceso social resultante de un conjunto de factores o necesidades no satisfechas y algunas veces no percibidas, los cuales reflejan, en términos generales, las condiciones de vida de la población dependiendo de la estructura económica y de organización social del país.

“...lo que influye mucho para que la persona enferme son las condiciones sociales, es decir, es un momento de crisis en la sociedad, en Argentina, las familias están en crisis porque hay que trabajar, porque no llega la plata para el pan... (...) para mantener la enfermedad la situación social tiene peso...” Dr. Beltrami

Consideran que en el proceso salud- enfermedad tanto el tipo de enfermedad como su posibilidad de prevención y recuperación dependen, fundamentalmente, del acceso de la población a satisfacer las necesidades básicas de alimentación, vivienda, educación, trabajo, e ingreso. Este aspecto relacionado con la calidad de vida es mencionado de manera recurrente por los integrantes del equipo de salud.

“...La pobreza, la falta de trabajo influyen mucho en que estos pacientes puedan descompensarse, la discriminación, la estigmatización...”. Psiquiatra de la Institución. Dr. Rodrigo Jones

“...Económicamente la compra de la medicación psiquiátrica es una de las mas caras... (...) hay poco acceso a lo que es beneficio o descuento a este tipo de medicación y fundamentalmente hay

⁴⁴ Fernando Guzmán Mora, M.D. www.abcmedicus.com

pocas instituciones intermedias, ONG, casas de medio camino...”

Lic. Lorena Vall

“... No hay realmente instituciones que brinden contención y tratamiento a los pacientes, después de la internación el paciente no tiene un adecuado tratamiento... (...) no hay un control y un seguimiento o una adecuada inserción institucional que se adecue a las necesidades del paciente...”. Lic. Gibeaud Daniela

La calidad de vida es un concepto amplio y complejo. No obstante, en este equipo de salud, aparece vinculado a las satisfacción de necesidades socio emocionales, a las aspiraciones sociales, valores culturales y estéticos, vida familiar, provisión de varios beneficios, servicios y distracciones sociales, satisfacción de necesidades esenciales como alimentación y nutrición, vestido, vivienda, un proceso de salud física y mental adecuados y recreación, y a la formulación de políticas.

“... La calidad de vida es lo principal, teniendo en cuenta una buena base económica podés brindarle un montón de cosas, ya sea: esparcimiento, acompañante, más horas de psiquiatría, más horas de psicología, bienestar físico, muchas veces un paciente se descompensa por no poder pagar los remedios, porque no pueden pagar la luz, porque la casa no la pueden arreglar, todo eso no se descompensarían seguramente...”

Prof. González Soto Laura

“...Si bien los pacientes que están en la clínica tienen obras sociales, hay algunos casos en que tienen dificultades económicas, y por esto no se los puede externar o tienen que volver por no poder comprar la medicación o por no poder manejarse socialmente, por no poder conseguir un trabajo o no logran una reinserción adecuada...” Lic. Gibeaud Daniela

“...Para que los pacientes mejoren deberían cambiar las políticas de salud: políticas de gestión, políticas de ejecución, las sociedad desde la atención primaria desde la salud esta fallando...”.

Lic. Lorena Vall

El equipo de salud realiza un abordaje interdisciplinario. Cada profesional tiene sus propios objetivos para lograr la compensación del paciente y la meta de alcanzar su externación. No obstante resalta el discurso integrado e integral de sus miembros. Esto se evidencia en el reconocimiento de los diferentes atravesamientos. Así mismo tiene una marcada tendencia hacia el trabajo interdisciplinario. Si bien encontramos en cada profesional perspectivas mas o menos ampliadas de “lo social”, resulta evidente que un abordaje integrado e integral es una construcción que tiene una intencionalidad predeterminada, pero que requiere de un trabajo conjunto y personal.

Resulta interesante que en un centro de atención monovalente el médico psiquiatra requiera ampliar la mirada del imprescindible diagnóstico clínico y pueda considerar junto a los factores biológicos, genéticos y hereditarios la influencia de los factores exógenos

“...Acá vela la cuestión biológica, porque si hablamos de un paciente psiquiátrico como es un esquizofrénico, un bipolar, el terreno es fundamental. Freud mismo decía que no hace esquizofrenia quien quiere sino quien puede. Si yo no tengo un terreno biológico para hacer esquizofrenia no lo voy a hacer”.

“...Antes de la segunda guerra mundial los padres eran responsables de todo. Se hablaba de madres esquizofrenogenas, sociedades esquizofrenogenas. Los estudios, sobre todo de adopción, demostraron que esto no es así: un chico puede ser

adoptado por una familia neurótica y resulta que hace una psicosis de esquizofrenia cuyos padres biológicos tenían antecedentes, entonces, si bien el medio es importante, el medio sin biología no alcanza...". Dr. Gerardo Del Vitto

"...Lo endógeno es una predisposición genética, hay factores predisponentes genéticos, para todas las patologías, depresión, ansiedad, psicosis, hay factores genéticos, en la esquizofrenia hay un trastorno de las neuronas que viene desde la concepción, después están los desencadenantes externos, pueden ser situaciones traumáticas, laborales, familiares etc....". Dr. Rodrigo Jones

"...Yo creo que el ser humano constituye su psiquismo en función de lo que es su entorno y el primer entorno en el cual uno como individuo se relaciona es con la familia (...), aparecen pacientes con brotes a muy corta edad pero lo fundamental es la estructura de familia y por otro lado las redes de contención que haya en la sociedad dispuestas a sostener una individualidad que se esta formando..." Lic. Lorena Vall

Ante la pregunta sobre las cuestiones que se ponen en juego para que la persona enferme una de las psicólogas de la clínica refiere lo siguiente:

"...Desde la psicología y otros ámbitos yo creo que mucho tiene que ver con el vinculo, en los pacientes psicoticos lo que hace mucho es el vinculo (...) hay familias que son disfuncionales, hay vínculos con las madres muy complejos, muchas veces uno ve a la madre de un psicótico y eso termina de diagnosticar..."

"...el hecho de que el paciente se descompense tiene mucho que ver con la familia, la capacidad de contención de esta familia, el armado de esta familia, y también con la red un poquito mas amplia..." Lic. Carla Di Napoli Vitta

La perspectiva social orienta hacia una visión dinámica e inestable de la salud.

Hay una comprensión diferente del bien-estar que incluye el ámbito psico-social en sentido ampliado. La salud-enfermedad se entiende como un proceso histórico-social, fluctuante, multi e interdeterminado por causas sociales. Como señaláramos al comienzo de este capítulo, es nítida la concepción en el director de la institución y promisoría para el abordaje interdisciplinario, esto se evidencia en la perspectiva de salud mental que encontramos tanto en la Trabajadora Social, cómo en una de las Psicólogas y la Profesora de Educación Física. Sorprende en ésta última ya que su propia especificidad podría marcar una tendencia más biologista sin embargo sus dispositivos de abordaje (grupal, individual, familiar) muestra la coherencia entre pensamiento y acción.

"...lo que influye mucho para que una persona enferme son las condiciones sociales, es decir, es un momento de crisis en la sociedad, en Argentina. Las familias están en crisis...". Dr. Juan Beltrami.

"...Hay psiquiatras que pueden tener una orientación psicofarmacológica (...) pero para que los paciente mejoren deben cambiar condiciones sociales y familiares...". Dr. Juan Beltrami.

Según Laura González Soto Maestra especial de Educación Física, lo que se pone en juego para que la persona enferme es:

"...Principalmente la sociedad, lo social, la familia, la contención que pueda tener o que no tenga (...) Para que los pacientes mejoren es necesario que no se etiquete al paciente: "sos esto y mas de esto no podes ser", eso no, sino que siempre haya una posibilidad de que puedan hacer otro tipo de cosas, que haya otro

tipo de método o que encuentren algo que les guste y mediante eso trabajar todas las falencias que tienen...”.

“...para que los pacientes mejoren se debería trabajar interdisciplinariamente para ver como es la reinserción social...”.

Lic. Irene Viale

Como definimos en nuestro marco teórico en el paradigma social de salud mental se entiende el contexto como una estructura. Se diferencia de la perspectiva ecológica por considerar la dimensión ampliada de dicho contexto –el recorte no se agota en la familia, importan todas las relaciones significativas- y por la comprensión que tienen del sujeto en esa estructura. Se interesan en la persona y sus vínculos interpersonales en función de identificar vínculos positivos y potenciar contextos naturales para la resolución posible de los problemas.

“...los factores que dependen para que la persona enferme tiene que ver con el entorno en el que se desenvuelven. Sobre psicosis tiene que ver con el entorno, la personalidad, su estructura de personalidad, los aspectos sociales y culturales, es una conjugación de factores que hacen que en algún momento se pueda desarrollar o aparecer una crisis psicótica...”. Lic. Daniela Gibeaud.

Desde este paradigma se considera al paciente como una persona con capacidad de acción y protagonismo – el conflicto no lo gobierna, no lo ata- tiene potencialidades que actualiza con otros en su medio. Un sujeto que se des-sujeta en un contexto mucho más amplio y multideterminado.

“...Lo que hay que conocer para atender a los pacientes es el tema de la patología, el diagnóstico, y lo que esto implica en la vida del paciente, en la vida diaria. Lo que puede llegar a hacer el

paciente y lo que no, de acuerdo a sus limitaciones y potencialidades y de acuerdo al diagnóstico y la evolución de la patología también es importante conocer los aspectos referidos a lo judicial, (...) los aspectos institucionales, a nivel de los recursos que hay en Mar del Plata y lo que tiene que ver con la externación del paciente, los recursos que tiene y que cuenta para reinsertarse una vez que sale de la internación, y después también todo lo que tiene que ver con el entorno familiar, las redes primarias y secundarias del paciente...". Lic. Daniela Gibeaud

Rol asignado al Trabajador Social.

Como reiteramos en nuestro marco teórico, desde el trabajo social consideramos que es en el mismo proceso de intervención en donde vamos construyendo posicionamientos, que no son rígidos ni puros, sino que son flexibles y con matices diferentes de acuerdo a la demanda en el momento y lugar determinados por la problemática en juego.

Esto se hace evidente en el reconocimiento del rol mediador respecto del trabajo institucional como campo en sí mismo ya que se le adjudica la capacidad de plantear y abordar los conflictos grupales intrainstitucionales.

En relación a la especificidad profesional, se la visualiza como el profesional capaz de estudiar las condiciones del medio sociofamiliar respecto a la comprensión de las necesidades y requerimientos del paciente y la capacidad de generar el soporte social adecuado para garantizar las condiciones de externación.

“es un poco la articulación dentro de la institución entre las quejas que puedan tener los pacientes y el equipo de salud (...)se puede decir que a la Asistente Social le toca más que nada negociar esto de las quejas en las asambleas, es un trabajo de mediación el que hace dentro de la clínica...”. Dr. Juan Beltrami

“de la asistente social espero que estudie las garantías terapéuticas de control externo porque dejar un paciente afuera tratado y compensado sin garantías de control es un estado de indefensión (...) caemos en lo que los americanos llaman revolving door, o sea, la puerta giratoria: se descompensa, entra, sale, se descompensa, sale y entra. Fundamentalmente eso, ver las garantías de control externo es lo que a mi mas me interesa de un asistente social”. Dr. Gerardo del Vitto.

Se le atribuye la responsabilidad de evaluar y diagnosticar la realidad social del paciente, así como trabajar en su reinserción social.

Ante la pregunta acerca de qué espera del trabajador social, Laura González Soto, Profesora de educación física responde:

“...todo!!!...porque es la vista nuestra afuera de la clínica, te puede decir como vive, que tiene en la casa, que no tiene, que puede hacer, que no puede hacer, que sostén familiar tiene, que es lo que puede comprar, que es lo que no puede comprar, cual es el ingreso (...) la asistente social va a traer la verdad de todo lo social que lo rodea y que vive el paciente”.

“...es muy importante el rol de la asistente social porque yo como psicóloga no puedo ir a la casa, no puedo establecer estas redes sociales que son tan importantes (...) yo creo que el trabajador social hace cosas que los psicólogos no podemos hacer, son más directos, trabajan directamente el aquí y el ahora, trabajan con lo concreto, con la realidad material, con lo que pasa en la casa...”

Lic. Irene Viale.

Algunos entrevistados manifiestan que el trabajador social debería realizar seguimiento de los casos una vez dados de alta, pero al mismo tiempo se reconoce que desde la institución no cuentan con la asignación del recurso económico para cumplir con ésta solicitud debido a que la asistente social cubre 4 horas diarias en la clínica viendo impedido la posibilidad de realizar entrevistas domiciliarias o seguimiento externo.

“el TS debería hacer más seguimientos en los domicilios. Yo que hago domicilios veo que la AS debe ver las condiciones de vida que tienen los pacientes para poder apoyar o concienciar a la familia, de la importancia de continuar los tratamientos, sea de consultorio, sea domiciliario, sea en hospital de día, poder

implementar medidas para que se suministre la medicación gratuitamente...” Rodrigo Jones. Psiquiatra

“..se necesitarían mas asistentes sociales para hacer informes ambientales, contactos con otras instituciones...” Irene Viale.
Psicóloga.

Se le adjudica al trabajador social la capacidad para movilizar recursos y establecer contactos con otras instituciones en favor del paciente.

“El trabajador social articula, recaba información, orienta y contiene” Juan Beltrami. Director.

Se reconoce el papel del Trabajador Social en paridad con otras profesiones, superador del rol subsidiario y puramente asistencialista - la asistencia incluye la adecuación de recursos materiales, informativos y humanos - acotado sólo a la adecuación de recursos materiales, revalorizando su intervención como parte del esquema terapéutico.

“... la asistente social en vez de ser un administrador de recursos la veo como el miembro más largo del quipo de salud...porque tiene movilidad, tiene los ojos dentro de la institución, fuera de la institución y en las otras instituciones, es un trabajo más rico y más dinámico que el que pueda hacer un psiquiatra”. Dr. Juan Beltrami

En cuanto al papel de la trabajadora social en la clínica, la Lic. Daniela Gibeaud refiere lo siguiente:

“a la asistente social se le pide la evaluación de la red sociofamiliar, y se trata de consensuar de acuerdo a la evaluación que hace el servicio social cuales son las alternativas de

organización postalta para la externación del paciente. La asistente social es un pilar importante en cuanto al sostenimiento, el funcionamiento de la institución, tiene una relación cercana a los pacientes y conoce de cerca todo lo que les pasa (...) se trabaja no sólo en entrevistas individuales sino cuestiones de convivencia, por ejemplo en torno a los robos, pérdida de ropa, higiene, comida, el aspecto general del paciente. También es como un mediador, se canalizan las inquietudes del personal, malestares que presenten enfermeros, mucamas, ante cualquier inquietud se recurre a la asistente social...”.

Se evidencia, de esta manera, un rol atribuido y asumido por parte de la profesional. Ejerce un papel que no es rígido, estático ni predeterminado sino que se va configurando en la misma intervención.

La intervención de Trabajador Social en el marco del proceso de internación.

En el marco del abordaje terapéutico el Servicio Social interviene solo en el área de internación. El objetivo fundamental que persigue la misma es la compensación del cuadro agudo de la patología. Generalmente el tratamiento continúa en forma ambulatoria, por Hospital de Día o consultorio externo. La intervención con pacientes agudos, representa un período de corta duración en el que el tratamiento (médico) está centrado en compensar el estado crítico, orientando el tratamiento ulterior y así efectivizar el alta médico- social en las mejores condiciones posibles.

Durante el período de internación, cada paciente es atendido por un equipo profesional formado por: médico psiquiatra, enfermeros, trabajadora social, psicólogos, nutricionista, profesora de educación física, terapeuta ocupacional que intervienen en cada caso según los requerimientos que impone la patología y situación socio- familiar. Se trabaja con una visión integral de la Salud Mental, con tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos, ambulatorios e internaciones.

La intervención del Trabajador Social en el área de internación consiste en crear y desarrollar relaciones humanas cada vez más satisfactorias entre los pacientes, y estos con sus familiares, el personal y la sociedad en general.

La trabajadora Social, entre otras cosas, interviene y trabaja en relación a la tensión generada en los primeros días del ingreso del paciente a internación, se ocupa de los problemas producidos en relación a la pérdida de objetos personales, contacto con la familia y recoger datos sobre el comportamiento del paciente.

No obstante su intervención esta encaminada a promover una organización post - alta continente, teniendo en cuenta los efectos que produce la aparición de la enfermedad preexistente. Y, aún más, no solo encaminada sino esperada por el equipo de salud.

Habitualmente se desestructura la organización cotidiana del grupo conviviente o con relación próxima al paciente. Dicha desestructuración afecta a diferentes aspectos de la vida del paciente y compromete su trama relacional de ahí que la intervención se oriente tanto a fortalecer las relaciones vinculares como a adecuar los recursos.

En cuanto al trabajo con los emergentes sociales y familiares generados por la aparición de la enfermedad, la evolución de ésta y la consecuente internación, la Trabajadora Social expresa lo siguiente:

“Desde el ingreso del paciente, yo ya hago la admisión, si se puede con el paciente ya se hace la entrevista sino espero unos días, y la misma semana ya se cita al familiar, y se hace la evaluación social al ingreso. (...) en el sistema de interconsulta lo que se le pide a la Asistente Social es evaluar la red de contención, por ahí depende el caso varia pero en general es eso. (...).”

“lo que hacemos es todo el trabajo con la familia, se trabaja la organización posalta y hasta el final de la internación se interviene en todo el proceso de tratamiento, y el objetivo del Servicio Social es esto, una vez evaluada la red y trabajadas las alternativas posalta, lo que se evalúa es la contención.”

Recurso Humano

En relación a otras clínicas de Salud Mental, en el área de internación, la clínica Grupo Suizo es la única que dispone de una Asistente Social permanente con un modulo horario de 20 horas semanales. Se destaca que en la concepción de salud mental del

equipo de salud se reconozcan los aspectos sociales para la comprensión de la patología.

El servicio Social está conformado por la Lic. Daniela Gibeaud, que tiene asignados la franja horaria de lunes a viernes de 9 a 13 hs en el área de internación.

En lo que se refiere a los recursos humanos podemos describir lo expresado por la Asistente Social ante la pregunta sobre si es suficiente o no el modulo horario del Servicio Social.

“Yo creo que no, porque tengo veinte horas asignadas por semanas una vez por mes 24 horas por semana, que es el espacio de la reunión de familiares. (...) Faltaría otra asistente social o aumentar el modulo horario, aparte de la inserción que haría falta en hospital de día que es una modalidad que no cuenta con Servicio Social”.

“En este momento se esta considerando la posibilidad de volver a solicitar un cambio en la administración, que es donde solicitamos los cambios de horarios y honorarios profesionales, y el Pami como es la obra social que mas auditorías hace y mas controles con el tema de la internaciones, no exige por ejemplo en sus requisitos que la Trabajador Social este en hospital de día o tenga en internación mas horas asignadas, como si lo hace con otras disciplinas, por ejemplo psicología tiene que tener tres psicoterapias individuales por cada paciente, esto obliga a la clínica tener mas profesionales o aumentar la carga horaria, y con Servicio Social no, hacerlo para la clínica, sin el requisito de la obra social, es un gasto innecesario, que si bien es necesario desde el trabajo no lo es desde lo económico porque no es una gasto que estén obligados a hacer.” Lic. Daniela Gibeaud.

El siguiente cuadro refiere a la carga horaria solo de internación.

PROFESIONAL	CANTIDAD	HORAS SEMANALES	TOTAL HS.
Psiquiatra	3	de 10 a 20 c/u	60
Médico Clínico	1	de 4 a 6	6
Psicólogo	3	de 10 a 15 c/u	45
Nutricionista	1	de 4 a 6	6
Terapeuta Ocupacional	1	10	10
Prof. De Educ. Física	1	10	10
Trabajador Social	1	20	20

Si bien es cierto, en una ligera lectura, que el Trabajador Social tiene un módulo mayor que el psicólogo, si se analiza el módulo de profesionales de cada disciplina se observa que la relación horaria no es proporcional al requerimiento instalado en la institución respecto del tratamiento conjunto del eje médico y social. Así mismo resulta completamente negativa ésta relación si se la compara con la expectativa de un Trabajador Social vinculado a la promoción de una organización post alta continente.

Dos son los señalamientos que queremos apuntar:

- 1) Si se observa el cuadro de prevalencias en el diagnóstico presuntivo (ver pág. 78), se evidencia que un 81% corresponde a esquizofrenia, psicosis, deterioro cognitivo y demencia. Esto implica que al existir una desestructuración del yo lo único que desde el área de psicología se puede aportar es apoyo moral y/o afectivo a fin de contener al paciente en vista de un futuro trabajo terapéutico post alta o dar continuidad a un tratamiento ya iniciado.
- 2) Si se observa el gráfico de internación, el porcentaje más importante se corresponde con la reinternación. (90%). Si vinculamos éste cuadro con la variable Grupo Familiar Conviviente, observamos que entre los pacientes que viven solos y con la familia suman un 90%. A nuestro entender si la expectativa es la promoción de soporte social post alta el

seguimiento resulta insoslayable así como el trabajo en otras áreas tales como hospital de día y consultorios externos. Una organización siempre está en un equilibrio dinámico sujeto a cambios endógenos y exógenos, con lo cual, fundamentalmente cuando se habla de patologías graves, resulta importantísimo que tanto el paciente como su grupo familiar tengan espacios para consultar y reconozcan los signos de riesgo.

Un apartado especial merece el modulo horario médico, no vemos una relación negativa en ese orden ya que la característica básica del padecimiento psíquico a nuestro entender requiere del rol protagónico del médico psiquiatra tanto en la evaluación clínica como en la coordinación del esquema terapéutico.

Sigue llamando la atención el modulo horario de psicología, que en comparación con el módulo de psiquiatría ésta aparece también en desventaja.

Creemos que como señaláramos en nuestro marco teórico la definición de nuevos paradigmas en diferentes momentos históricos no ha significado la superación de los anteriores, si bien todos los profesionales dicen adscribir a la salud desde una perspectiva histórico – social.

La observación que aquí hacemos nos muestra que lejos – al menos la Salud Mental – de haberse quedado en una posición biologicista o como suele llamarse “medicalizante de la vida” y lejos también de una perspectiva histórico – social integrada e integral observamos la psicologización de los problemas, en este caso de Salud Mental – y la psicologización de la vida que a nuestro entender refuerza la actitud reticente a la medicación, rechazante o evitativa de la consulta psiquiátrica, que de darse en forma adecuada u oportuna mejoraría notablemente la oportunidad del diagnóstico precoz y por ende la calidad de vida del paciente.

Por señalar un caso denunciado por los psiquiatras a nivel internacional el trastorno bipolar es confundido con la esquizofrenia cuando se diagnostica en la adolescencia o con problemas de conducta cuando se lo considera en la niñez.

Objetivos y finalidad de la intervención

El Servicio Social en Salud reconoce como

Objetivo General:

- Asistir al paciente y a la familia en los emergentes sociales que plantea el continuo salud- enfermedad.

Objetivos Específicos

- Establecer los requerimientos del paciente para las actividades de la vida cotidiana implicando a la familia, la institución y vínculos significativos en la búsqueda de alternativas superadoras de la situación.
- Facilitar la definición del lugar de egreso y organización familiar al momento del alta, o permiso terapéutico.
- Optimizar la adecuación de recursos humanos, económicos, instituciones y comunitarios.
- Facilitar la relación Institución –Familia- Pte.
- Lograr un medio continente para pacientes sin familia, o familia no continente.

Finalidad de la Intervención:

Asesorar y orientar para promover organizaciones suficientes, adecuadas a los requerimientos del paciente y sus capacidades

“Con el paciente se trabaja con respecto al proyecto personal, posibilidad de inserción a algún grupo, algún taller y que lo pueda sostener dentro y fuera y le sirva de contención”. Lic. Daniela

Gibeaud

Podemos decir que los objetivos y finalidad de la intervención contienen aspectos relevantes que constituyen la dimensión psicosocial de la intervención integrando aspectos individuales y sociales, detallado esto último en nuestro marco teórico. Ante la pregunta sobre que es necesario saber o conocer para atender a este tipo de pacientes la Trabajadora Social de la Clínica Lic. Daniela Gibeaud responde lo siguiente:

“hay que conocer el tema de la patología, el diagnóstico y lo que esto implica en la vida del paciente en la vida diaria. Lo que puede llegar a hacer el paciente y lo que no, de acuerdo a limitaciones y potencialidades y de acuerdo al diagnóstico y evolución. Es importante conocer los aspectos referidos a lo judicial, ya que los pacientes que ingresan están judicializados. También hay que conocer recursos del paciente, con lo que cuenta para reinsertarse una vez que sale de la internación, su entorno familiar, redes primarias y secundarias del paciente, y recursos de la comunidad”.

Origen de la demanda:

Espontánea: Por parte del paciente

Por parte del familiar o allegado

Derivación: Por orden del médico u otro profesional.

Sistema Institucional

Intervenciones indirectas

La organización social de los recursos es una estructura integrada por planes, programas y proyectos públicos, nacionales, municipales, provinciales y privados.

Entendemos como sistema institucional al recorte de recursos comunitarios que moviliza el Trabajador Social en la generación de soporte sociofamiliar. Este está directamente vinculado a la naturaleza del problema, motivo de intervención y esquema

terapéutico: Obras Sociales, geriátricos, cuidadores domiciliarios, acompañantes terapéuticos, Centros de Día, Talleres Protegidos, ONG's, Curaduría Oficial de Alienados, Tribunal de Familia, Juzgados Civiles y Comerciales, Asesorías, Defensorías, entre otros. Para ello, el Servicio cuenta con un fichero de recursos que facilita la gestión del caso.

En relación a los recursos comunitarios ante la pregunta acerca de las intervenciones que realiza el Trabajador Social en ausencia del paciente la Lic. Daniela Gibeaud expresa lo siguiente:

“se realizan intervenciones a nivel judicial, con la curaduría, tribunales etc., enlace con otras instituciones que generalmente tienen que ver con permisos terapéuticos o externación del paciente”.

Intervenciones directas

En cuanto a las intervenciones directas son aquellas que forman parte de la estructura de servicios que brinda la institución. En cuanto a los programas específicos y propios del servicio social cuenta con: **integración a la institución y apoyo familiar**, mediante las siguientes técnicas: 3 asambleas comunitarias semanales; reuniones familiares una vez por mes; recorridas diarias; entrevistas en consultorio con pacientes y familiares.

Respecto a la integración institucional el objetivo está centrado en:

- Facilitar una organización adecuada a las necesidades del paciente.
- Generar relaciones saludables entre los pacientes, entre estos y sus familiares, con el personal y el equipo profesional.
- Orientar las demandas, pedidos y problemas, en relación a los objetivos terapéuticos, necesidades y recursos de los involucrados.

En relación al apoyo familiar se persiguen los siguientes objetivos:

-
- Promover el acompañamiento material, informativo y emocional del paciente durante la internación.
 - Facilitar organizaciones familiares suficientes y adecuadas a las necesidades, motivaciones, e intereses del paciente.
 - Clarificar posibilidades y limitaciones del paciente para el desenvolvimiento de la vida cotidiana.

En cuanto a las técnicas podemos describir las siguientes:

- **Grupales:** Dentro de este dispositivo se encuentran las asambleas comunitarias. Se llevan a cabo tres veces por semana con una duración de 40 minutos cada una. Según lo expresado por la Trabajadora Social el objetivo su objetivo es tratar cuestiones convienciales entre los pacientes, y entre estos y el personal de la institución
- **Individuales:** Dentro de esta técnica se incluyen las entrevistas con el paciente y con la familia. Se aborda la organización postalta y las garantías de control externo.
- **Contacto con informantes calificados:** Enfermeros, miembros del equipo terapéutico, personal de limpieza y cocina, administración, Juzgados, Defensoría Oficial, Asistentes Sociales del Tribunal de Familia y Curaduría.
- **Enlace:** Contactos interinstitucionales.

Otras actividades conjuntas

El servicio Social participa junto a terapia ocupacional y educación física en la planificación y ejecución de actividades recreativas tales como: festejos trimestrales de cumpleaños; festejos de fin de año; día de la primavera y día del amigo. Las mismas se realizan con los pacientes de internación y hospital de día.

Metodología del Servicio Social.

La modalidad de abordaje de la clínica es el trabajo interdisciplinario. El equipo tiene una reunión semanal a la cual se integra a la Trabajadora Social. Otra forma de integración es la Historia Clínica donde todos sus miembros realizan el registro de todas las intervenciones.

El enfoque teórico metodológico es psicodinámico con abordaje de la dimensión individual-familiar- grupal y comunitaria.

La Trabajadora Social participa de un modelo de Trabajo Social de redes naturales de orientación psicosocial.

La Trabajadora Social de la clínica ante la pregunta referida a la metodología utilizada y alcance de la intervención responde:

“Trabajo con la metodología del caso social individual y el modelo de redes naturales. (...) En relación al alcance de la intervención (seguimiento, a lo terapéutico y la evaluación), yo trabajo con los dos primeros, la parte de seguimiento no lo hacemos, yo no estoy ni en consultorio externo ni en hospital de día, que son las dos instancias en las que se continúa trabajando con el paciente, una vez que el paciente se va de la internación yo ya no lo veo mas, no trabajo mas con el paciente. En cuanto a la evaluación se hace de cada paciente la admisión cuando ingresa, tanto del paciente como de la familia y después se va interviniendo de acuerdo a la necesidad y con cada caso en particular”.

“Con el paciente la intervención realizada es la entrevista de admisión, se trabaja con respecto al proyecto personal, posibilidad de inserción en algún grupo, algún taller y que lo pueda sostener afuera y le sirva de contención. También se interviene en las asambleas comunitarias y todo lo que tiene que ver con las intervenciones a nivel judicial, con curaduría, tribunales, etc., enlace con otras instituciones, que generalmente tienen que ver con permisos terapéuticos o externación del paciente.

En este alcance de la intervención, si bien esta acotado al proceso de internación se observa intencionalidad, direccionalidad y propiedad. En este momento es eminentemente científico, a nuestro entender el alcance no otorga carácter científico a la intervención.

En relación a las técnicas utilizadas, estrategias y dispositivos responde lo siguiente:

“Con la atención del paciente se trabaja en entrevista individual que es la técnica por excelencia, con la que mas se trabaja, pero por ahí también la observación, en cuanto a la atención, después obviamente la revisión de historias clínicas, la auditoría, pero esta es la que mas se utiliza. Después yo también utilizo la historia de vida, me sirve mucho para conocer cual fue el funcionamiento del paciente como se desarrollo la enfermedad, que impacto tuvo la patología cuando surgió con respecto a la vida que desarrollaba el paciente normalmente, y también es importante para ver el impacto que tuvo la enfermedad e historia de vida en relación a la vida actual del paciente”.

“En cuanto a las estrategias yo creo que tienen que ver con la información, orientación que se le da a la familia del paciente y al mismo paciente (...)

dispositivos grupales, en este momento, trabajamos con los pacientes en las asambleas comunitarias, que tienen que ver con temas de convivencia entre los mismos pacientes, y dificultades a nivel institucional, todas las inquietudes, dudas o quejas que los pacientes tienen a nivel institucional, se trata de dar solución a las cosas que se puede. También el lo grupal esta la reunión de familiares, es un espacio de orientación, información que se le da a la familia de los pacientes internados”.

A partir de la auditoria de historias clínicas e informes socio ambientales se desprende que la intervención de la trabajadora social esta orientada a:

- ❖ Trabajar junto con el paciente y familiar respecto a su externación, traslado a geriátrico, etc.

- ❖ Orientar al paciente y familiar acerca de la realización de trámites pertinentes (jubilación, curatelas, cambio de apoderados, medicación, etc.)
- ❖ Brindar orientación y apoyo social, fortalecer vínculos institucionales, familiares y sociales, ampliar red secundaria y evaluar miembros potencialmente útiles en la red social primaria del paciente.
- ❖ Promover y acompañar al paciente en su proyecto personal y en la organización post-alta.
- ❖ Establecer contactos y enlaces con otras instituciones (curaduría, acompañante terapéutico).
- ❖ Clarificación a paciente y familiar sobre la situación actual del paciente, respecto de la consecuencia de la patología sobre la vida cotidiana.

Se puede observar que el servicio social de la institución realiza intervenciones directas con el paciente e indirectas con la red primaria, secundaria y con otros profesionales e instituciones.

Reuniones de equipo

Los días martes de 14:30 a 16:00 hs se realiza la reunión de equipo. Es de destacar que dicha reunión no es una reunión social sino que esta orientada a tratar cada caso particular desde las diferentes disciplinas. Ante la pregunta sobre el rol del Trabajador Social en el equipo la Lic. Daniela Gibeaud responde lo siguiente:

“Lo que generalmente se nos pide en la reunión de equipo es la evaluación de la red socio familiar, y se trata de consensuar de acuerdo a la evaluación que hace el servicio social cuales son las alternativas de organización post alta para la externación del paciente. El Asistente social es un pilar importante en cuanto al sostenimiento, el funcionamiento de la institución, tiene una relación cercana a los pacientes y conoce de cerca todo lo que les pasa (...), es como un mediador, se canalizan las inquietudes del personal, malestares que presentan los enfermeros, mucamas,

ante cualquier inquietud se recurre a las Asistente Social, también resuelve cuestiones legales. La Asistente Social tiene presente todo lo que le va pasando al paciente durante el proceso de internación, desde que ingresa hasta que se retira. ”

Conclusiones y Propuestas

Conclusiones

A fin de lograr una mayor organización de lo obtenido en la investigación realizada, las conclusiones se presentan tomando como referencia los objetivos planteados. Los dos primeros constituyen parte del marco teórico referencial de este trabajo.

- ***Conocer la perspectiva de la salud mental que tienen los integrantes del equipo de salud.***

A lo largo de la realización del presente trabajo se afirma que existe una evolución de los paradigmas, es decir, la concepción biologista y positivista que tradicionalmente ha marcado y marca en este tipo de institución las prácticas de salud, se ve atravesada por perspectivas psicológicas y sociales. Existe una superposición de diferentes paradigmas, biológico, ecológico y bio- psico- social. A medida que han ido surgiendo han hegemonizado el discurso y argumentación científica.

Si bien en el área de salud mental hay un prevalidamiento del discurso biológico y médico, evaluamos que en Grupo Suizo hay, en mayor o menor medida, un reconocimiento de lo social. Consideramos que esta creencia está muy vinculada con el área disciplinar y la particular mirada de cada profesional incluida la del Trabajador Social. En este equipo encontramos al momento de la investigación una mirada amplia y circular de ambiente entre los médicos psiquiatras – especialmente el director – y la Trabajadora Social.

Consideramos que este hallazgo puede tener que ver con la perspectiva del Director médico ya que sus formulaciones teóricas se transfieren a las directivas que ha impartido para el abordaje terapéutico, la organización y funcionamiento de la clínica.

En tal sentido evaluamos que Grupo Suizo se encuentra más cerca de una comunidad terapéutica que de un hospital monovalente clásico.

El médico Director Dr. Juan Beltrami tiene una sólida formación en Suiza, cuenta con una trayectoria marcada por el trabajo conjunto del eje medico-social como parte del sistema de la cura, y con Trabajadores Sociales que tienen una gran apertura y valoración de la especificidad psiquiátrica. En el Hospital Privado de la Comunidad con la Lic. Castellanos, centro donde casualmente hiciera su residencia de pregrado la Lic. Gibeaud. En Tribunal de Menores N° 3 con la Lic. Maria Inés Sacomani de sólida formación en los abordajes familiares de la familia en crisis.

- ***Conocer el rol asignado al trabajador social.***

Concluimos que existe en la clínica el ejercicio de una intervención específica. Por lo tanto se aleja de un rol subsidiario de la medicina, así como a la realización de acciones asistencialistas. Es un rol que se va configurando en la misma intervención. Se puede estimar que el accionar de la trabajadora social está orientado a evaluar y diagnosticar la realidad social del paciente durante el tratamiento de internación y el momento de la eventual externación.

Así mismo, durante la internación, trabaja en los conflictos que puedan surgir entre los pacientes, entre éstos y el equipo de salud y al interior del mismo equipo de salud.

Concluimos que existe una valoración profesional, esto se evidencia en los reclamos, surgidos en el equipo de salud, de incrementar el recurso humano, el modulo horario y dispositivos terapéuticos.

La relación entre el psiquiatra y la Asistente Social va a depender del grado y frecuencia de comunicación entre ambos. En la clínica Grupo Suizo los médicos y el resto del equipo comprenden y reconocen el mérito de la Trabajadora social, desarrollándose un mayor sentido de la responsabilidad y un espíritu de equipo más satisfactorio.

- ***Conocer la intervención del trabajador social en el marco del protocolo terapéutico en el ámbito de internación.***

Consideramos que el Servicio Social, desde su accionar, cumple con los objetivos propuestos en el marco institucional, su intervención esta dirigida tanto al paciente como a su red social.

En la institución no se trabaja solo desde el eje médico sino que hay una articulación con el eje social. La metodología utilizada permite abarcar redes primarias y secundarias del paciente, permitiendo una mejor organización posalta del mismo.

En cuanto a las técnicas y dispositivos utilizados por la trabajadora social podemos estimar que logran abordar la complejidad de lo social en todas las dimensiones del campo problemático.

Una vez dado de alta el paciente no hay seguimiento del caso, por lo tanto, aquí finaliza la intervención del trabajador social. El alcance de la intervención de la profesional esta influenciado por la política institucional siendo el lugar asignado en el proceso de internación. El hecho de que el alcance de la intervención abarque ese período no le quita fundamento científico, direccionalidad, intencionalidad ni especificidad.

La ausencia del Trabajador Social en consultorios externos y hospital de día condiciona negativamente la compensación del paciente durante la externación, ya que desde nuestra concepción de salud el equilibrio o ruptura del proceso salud enfermedad esta directamente vinculado en la interdependencia persona- situación.

En el caso que nos ocupa la falta de este espacio (domicilio, consultorio externo, hospital de día) obtura la demanda potencial que permitiría dar respuestas a desajustes lógicos en el medio ambiente, al registro familiar de signos compatibles con la

descompensación del paciente o a la reticencia del mismo y a la continuidad del tratamiento médico.

Propuestas.

Un programa de salud mental eficaz y eficiente va a depender en gran medida de la capacidad de integrar una participación activa de la comunidad en el diagnóstico de situación, gestión e implementación del programa junto a los cambios importantes en la actitud del equipo de salud que cumple una función esencial como puente entre dos sistemas de conocimiento: el saber científico estructurado de las instituciones de salud y el conocimiento mas o menos empírico de la población. Solo la articulación eficiente de ambos sistemas permite alcanzar los objetivos del programa.

A fin de modificar el alcance profesional, debería incluirse como requerimiento de las obras sociales (PAMI) la presencia Trabajadores Sociales dentro del equipo técnico, de lo contrario la administración de las clínicas decide si considera o no contar con un Trabajador Social dentro de su staff profesional.

La internación debe ser entendida como un ámbito que facilite las prácticas terapéuticas y de trabajo social necesarias para reintegrar al sujeto a su medio. Deberá ser indicada por el Equipo Profesional de Salud Mental luego de agotar todas las posibilidades previas. No debe extenderse en el tiempo ni desarraigar al paciente de su medio social.

Son tan importantes las acciones intrainstitucionales con el paciente en internación, como las externas con la red social que puede ser sustento de su reinserción y recuperación. En ese sentido, es imprescindible desarrollar acciones para evaluar la situación de la persona con sufrimiento psíquico y/o trastorno mental, su contexto, vida de relación, condiciones educacionales, sociales, económicas y laborales.

Por otro lado la Asistente social ha evaluado la necesidad de implementar - respecto al área de salud mental - proyectos de docencia dirigidos a enfermería, acompañantes terapéuticos,

orientados a incrementar el conocimiento de las consecuencias en la vida cotidiana derivadas de las patologías con mayor recurrencia. Esto contribuiría a mejorar la calidad de atención del paciente.

Bibliografía

Bibliografía

ACKERMAN, Nathan. "Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares". Buenos Aires, año 1974.

BRACONNIER, A. "Psicología dinámica y psicoanálisis". Ed. Masón. Año 1998.

CASTELLANOS Beatriz, Colegio de Médicos del IX distrito. Carrera de Postgrado en geriatría y gerontología de la Pcia. de Bs. As. Módulo: "Salud mental en geriatría: una perspectiva bioética". Año 2000.

CLARAMUNT LOPEZ, Fernando. Psiquiatría y Asistencia Social. Ed Euramerica S.A. 4ta edición. Madrid. España. 1974

DE ROBERTIS, Cristina. "Metodología de la Intervención en Trabajo Social". Ed. El Ateneo. 2º Edición. Año 1992.

DELL' ANNO, Amelia. Cáp. 3 "El estudio Social de la discapacidad" En "Discapacidad y acción colectiva". Mar del Plata. Noviembre de 2000.

DSM – IV – TR. "Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". Texto revisado. Ed. Mason. Año 2003.

GALENDE, Emiliano. "Psicoanálisis y salud mental". Buenos Aires. Ed. Paidós.

GRUPO EIEM, "Redes Sociales naturales, Un modelo de Trabajo para el servicio social". Editorial humanitas. UNMDP. Septiembre 1998.

GUZMAN MORA, Fernando M. D. www.abcmedicus.com

LEY NACIONAL 22.431

LEY PROVINCIAL 10.592

MENDEZ RUBENS R. "Trabajo Social en el campo de la Salud Mental". Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Primera Edición, año 2006.

NETTO J. PAULO Y OTROS. "Nuevos escenarios y práctica profesional." Una mirada crítica desde el Trabajo Social. Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. 1º edición. Año 2002.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Consulta en pagina Web www.oms.org. y www.isalud.org

PERLMAN, Helen Harris "El Trabajo Social individualizado". Rialp. Madrid. 1965

RICÓN, Lia. "Problemas del campo de la salud mental". Editorial Paidós. Capitulo XIII, XVI y XIX. Buenos Aires.

SHUMAN, Robert. "Vivir con una enfermedad Crónica. Una guía para pacientes familiares y terapeutas". Ed. Paidós. España 1996.

SUAREZ, Richards. "Introducción a la psiquiatria". Segunda Edición Facultad de ciencias medicas. UNLP. Editorial Salerno. Cap 8 y 9. Junio 2000.

TESIS FINAL. "Diversos tipos de Neurosis y sus consecuencias sociales inmediatas y mediatas". Silvia Julia Ezcurra de Parra. Mar del plata: UNMDP, año 1969.

TESIS FINAL. "Organización y coordinación de servicios psiquiátricos dentro de un hospital general". Maria Elena Padovani - Gloria S. Znchowicky. Mar del Plata: UNMDP, año 1970.

TESIS FINAL. "El servicio Social y la salud mental". Darma Valentín - Susana Faggi. Mar del plata: UNMDP, año 1965.

TESTA, Mario. "Pensar en Salud". Buenos Aires. Ed. Lugar S.A., año 1996.

TESTA, Mario. "Saber en Salud". Buenos Aires. ED. Lugar S.A. , año 1997.

VIDAL, G Y ALARCON, R. "Psiquiatría", Capítulo 9 "Psicosis". Editorial panamericana. Buenos Aires. 1986

VEZZETTI, Hugo. Capitulo 1 "Higiene mental y medicina mental" en "La locura en la Argentina". Editorial Folios. Buenos Aires.

Anexos

Derrotero Para Todos

**Legislación
Sistema de Protección Integral
Ley 22431**

Sistema de protección integral de las personas discapacitadas

Ley 22.431 INSTITUCION DEL SISTEMA DE PROTECCION INTEGRAL DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS

BUENOS AIRES, 16 de Marzo de 1981

BOLETIN OFICIAL, 20 de Marzo de 1981

Vigentes

Decreto Reglamentario

Decreto Nacional 498/83

*REGLAMENTA ARTICULOS 3 AL 9, 11, 12, *15, 20, 22, 24.

Decreto Nacional 914/97

REGLAMENTA ARTICULOS 20, 21 Y 22

En uso de las atribuciones conferidas por el artículo 5 del estatuto para el Proceso de Reorganización Nacional, EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA SANCIONA Y PROMULGA CON FUERZA DE LEY:

TITULO I

NORMAS GENERALES (artículos 1 al 5)

CAPITULO I

OBJETIVO, CONCEPTO Y CALIFICACION DE LA DISCAPACIDAD (artículos 1 al 3)

ARTICULO 1. - Instituyese por la presente Ley, un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendiente a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales.

ARTICULO 2. - A los efectos de esta Ley, se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

ARTICULO 3. - La Secretaría de Estado de Salud Pública certificará en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado. Dicha Secretaría de Estado indicará también, teniendo en cuenta la personalidad y los antecedentes del afectado, qué tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar. El certificado que se expida acreditará plenamente la discapacidad en todos los supuestos en que sea necesario invocarla, salvo lo dispuesto en el artículo 19 de la presente Ley.

CAPITULO II

SERVICIOS DE ASISTENCIA, PREVENCION, ORGANO RECTOR (artículos 4 al 5)

*ARTICULO 4. - El Estado, a través de sus organismos, prestará a las personas con discapacidad no incluidas dentro del sistema de las obras sociales, en la medida que aquellas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarla, los siguientes servicios: a) Rehabilitación integral, entendida como el desarrollo de las capacidades de la persona discapacitada. b) Formación laboral o profesional. c) Préstamos y subsidios destinados a facilitar su actividad laboral o intelectual. d) Regímenes diferenciales de seguridad social. e) Escolanzación en establecimientos comunes con los apoyos necesarios previstos gratuitamente, o en establecimientos especiales cuando en razón del grado de discapacidad no puedan cursar la escuela común. f) Orientación o promoción individual, familiar y social.

Modificado por: Ley 24.901 Art.3 (B.O. 05-12-97). Premier párrafo.

ARTICULO 5. - Asígnense al Ministerio de Bienestar Social de la Nación las siguientes funciones: a) Actuar de oficio para lograr el pleno cumplimiento de las medidas establecidas en la presente Ley. b) Reunir toda la información sobre problemas y situaciones que plantea la discapacidad. c) Desarrollar planes estatales en la materia y dirigir la investigación en el área de la discapacidad. d) Prestar asistencia técnica y financiera a las provincias. e) Realizar estadísticas que no lleven a cabo otros organismos estatales. f) Apoyar y coordinar la actividad de las entidades privadas sin fines de lucro que orienten sus acciones en favor de las personas discapacitadas. g) Proponer medidas adicionales a las establecidas en la presente Ley, que tiendan a mejorar la situación de las personas discapacitadas, y a prevenir las discapacidades y sus consecuencias. h) Estimular a través de los medios de comunicación

el uso efectivo de los recursos y servicios existentes, así como propender al desarrollo del sentido de solidaridad social en esta materia.

TITULO II

NORMAS ESPECIALES (artículos 6 al 22)

CAPITULO I

SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL (artículos 6 al 7)

ARTICULO 6. - El Ministerio de Bienestar Social de la Nación y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires pondrán en ejecución programas a través de los cuales se habiliten, en los hospitales de sus jurisdicciones, de acuerdo a su grado de complejidad y al ámbito territorial a cubrir, servicios especiales destinados a las personas discapacitadas. Promoverán también la creación de talleres protegidos y terapéuticos y tendrán a su cargo su habilitación, registro y supervisión.

ARTICULO 7. - El Ministerio de Bienestar Social de la Nación apoyará la creación de hogares con internación total o parcial para personas discapacitadas cuya atención sea dificultosa a través del grupo familiar. Reservándose en todos los casos la facultad de reglamentar y fiscalizar su funcionamiento. Serán tenidas especialmente en cuenta, para prestar ese apoyo, las actividades de las entidades privadas sin fines de lucro.

CAPITULO II

TRABAJO Y EDUCACION (artículos 8 al 13)

ARTICULO 8. - El Estado Nacional, sus organismos descentralizados autárquicos, los entes públicos no estatales, las empresas del Estado y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, están obligados a ocupar personas discapacitadas que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo, en una proporción no inferior al CUATRO por ciento (4%) de la totalidad de su personal.

ARTICULO 9. - El desempeño de determinada tarea por parte de personas discapacitadas deberá ser autorizado y fiscalizado por el Ministerio de Trabajo teniendo en cuenta la indicación efectuada por la Secretaría de Estado de Salud Pública, dispuesta en el artículo 3. Dicho Ministerio fiscalizará además lo dispuesto en el artículo 8.

ARTICULO 10. - Las personas discapacitadas que se desempeñen en los entes indicados en el artículo 8, gozarán de los mismos derechos y estarán sujetas a las mismas obligaciones que la legislación laboral aplicable prevé para el trabajador normal.

*ARTICULO 11.- EL Estado Nacional, los entes descentralizados y autárquicos, las empresas mixtas y del Estado y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires están obligados a otorgar en concesión, a personas con discapacidad, espacios para pequeños comercios en toda sede administrativa. Se incorporarán a este régimen las empresas privadas que brinden servicios públicos. Será nula de nulidad absoluta la concesión adjudicada sin respetar la obligatoriedad establecida en el presente artículo. El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, de oficio o a petición de parte, requerirá la revocación por ilegítima, de tal concesión.

Modificado por: Ley 24.308 Art.1Sustituido. (B.O. 18-01-94).

ARTICULO 12. - El Ministerio de Trabajo apoyará la creación de talleres protegidos de producción y tendrá a su cargo su habilitación, registro y supervisión. Apoyará también la labor de las personas discapacitadas a través del régimen de trabajo adomicilio. El citado Ministerio propondrá al Poder Ejecutivo Nacional el régimen laboral al que habrá de subordinarse la labor en los talleres protegidos de producción.

ARTICULO 13. - El Ministerio de Cultura y Educación tendrá a su cargo: a) Orientar las derivaciones y controlar los tratamientos de los educandos discapacitados, en todos los grados educacionales, especiales, oficiales o privados, en cuanto dichas acciones se vinculen con la escolarización de los discapacitados, tendiendo a su integración al sistema educativo. b) Dictar las normas de ingreso y egreso a establecimientos educacionales para personas discapacitadas, las cuales se extenderán desde la detección de los déficit hasta los casos de discapacidad profunda, aún cuando ésta no encuadre en el régimen de las escuelas de educación especial. c) Crear centros de valuación y orientación vocacional para los educandos discapacitados. d) Coordinar con las autoridades competentes las derivaciones de los educandos discapacitados a tareas competitivas o a talleres protegidos. e) Formar personal docente y profesionales especializados para todos los grados educacionales de los discapacitados, promoviéndolos recursos humanos necesarios para la ejecución de los programas de asistencia, docencia e investigación en materia de rehabilitación.

CAPITULO III

SEGURIDAD SOCIAL (artículos 14 al 19)

ARTICULO 14. - En materia de seguridad social se aplicarán a las personas discapacitadas las normas generales o especiales previstas en los respectivos regímenes y en las Leyes 20.475 y 20.888.

Ref. Normativas: Ley 20.475 Ley 20.888

ARTICULO 15. - (Nota de redacción) MODIFICATORIO Ley 22.269

ARTICULO 16.- NOTA DE REDACCION: MODIFICATORIA LEY 18017 (T.O. 74)

ARTICULO 17.- NOTA DE REDACCION: MODIFICATORIA LEY 18037 (T.O. 76)

ARTICULO 18.- NOTA DE REDACCION: MODIFICATORIA LEY 18038 (T.O. 80)

ARTICULO 19.- En materia de jubilaciones y pensiones, la discapacidad se acreditará con arreglo a lo dispuesto en los artículos 33 y 35 de la Ley 18.037 (T.O. 1976 y 23 de la Ley 18.038 (T.O. 1980).

Ref. Normativas: Texto Ordenado Ley 18.037 Art.33 al 35 Texto Ordenado Ley 18.037 Art.33 Texto Ordenado Ley 18.037 Art.34 Texto Ordenado Ley 18.037 Art.35 Texto Ordenado Ley 18.038 Art.23

*CAPITULO IV

Accesibilidad al medio físico. (artículos 20 al 22)

*ARTICULO 20.- Establece la prioridad de supresión de barreras físicas en los ámbitos urbanos, arquitectónicos y de transporte que se realicen o en los existentes que remodelen o sustituyan en forma total o parcial sus elementos constitutivos, con el fin de lograrla accesibilidad para las personas con movilidad reducida, y mediante la aplicación de las normas contenidas en el presente capítulo. A los fines de la presente ley, entiéndase por accesibilidad la posibilidad de las personas con movilidad reducida de gozar de las adecuadas condiciones de seguridad y autonomía como elemento primordial para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, sin restricciones derivadas del ámbito físico urbano, arquitectónico o del transporte, para su integración y equiparación de oportunidades. Entiéndase por barreras físicas urbanas las existentes en las vías y espacios libres públicos, a cuya supresión se tenderá por el cumplimiento de los siguientes criterios: a) Itinerarios peatonales, contemplarán una anchura mínima en todo su recorrido que permita el paso de dos personas, una de ellas ensilla de ruedas. Los pisos serán antideslizantes, sin resellos ni aberturas que permitan el tropiezo de personas con bastones osillas de ruedas. los desniveles de todo tipo tendrán un diseño y grado de inclinación que permita la transitabilidad, utilización y seguridad de las personas con movilidad reducida; b) Escaleras y rampas: las escaleras deberán ser de escalones cuya dimensión vertical y horizontal facilite su utilización por personas con movilidad reducida, y estarán dotadas de pasa manos. Las rampas tendrán características señaladas para los desniveles en el apartado a); c) Parques, jardines, plazas y espacios libres: deberán observarse sus itinerarios peatonales las normas establecidas para los mismos en el apartado a). Los baños públicos deberán ser accesibles y utilizables por personas de movilidad reducida; d) Estacionamientos: tendrán zonas reservadas y señalizadas para vehículos que transporten personas con movilidad reducida, cerca a los accesos peatonales; e) Señales verticales y elementos urbanos varios: las señales de tráfico, semáforos, postes de iluminación y cualquier otro elemento vertical de señalización o de mobiliario urbano se dispondrán de forma que no constituyan obstáculos para los no videntes y para las personas que se desplacen en silla de ruedas; f) Obras en la vía pública: Estarán señalizadas y protegidas por vallas estables y continuas y luces rojas permanentes, disponiéndolos elementos de manera que los no videntes puedan detectar a tiempo la existencia del obstáculo. En las obras que reduzcan la sección transversal de la acera se deberá construir un itinerario peatonal alternativo con las características señaladas en el apartado a).

Modificado por: Ley 24.314 Art.1 Sustituido. (B.O. 12-04-94).

Antecedentes: Ley 23.876 Art.1 (B.O. 01-11-90). Ultimo párrafo incorporado.

*ARTICULO 21.- Entiéndase por barreras arquitectónicas las existentes en los edificios de uso público, sea su propiedad pública o privada, y en los edificios de vivienda, a cuya supresión se tenderá por la observancia de los criterios contenidos en el presente artículo. Entiéndase por adaptabilidad, la posibilidad de modificar en el tiempo el medio físico, con el fin de hacerlo completa y fácilmente accesible a las personas con movilidad reducida. Entiéndase por practicabilidad, la adaptación limitada a condiciones mínimas de los ámbitos físicos para ser utilizados por las personas con movilidad reducida. Entiéndase por visitabilidad, la accesibilidad estrictamente limitada al ingreso y uso de los espacios comunes y un local sanitario, que permita la vida en relación de las personas con movilidad reducida: a) Edificios de uso público: deberán observar en general la accesibilidad y posibilidad de uso en todas sus partes por personas de movilidad reducida; y en particular la existencia de estacionamientos reservados y señalizados para vehículos que transporten a dichas personas, cercanos a los accesos peatonales; por lo menos un acceso al interior del edificio desprovisto de barreras arquitectónicas; espacios de circulación horizontal que permitan el desplazamiento y maniobra de dichas personas, al igual que comunicación vertical accesible y utilizable por las mismas, mediante elementos constructivos o mecánicos; y servicios sanitarios adaptados. Los edificios destinados a espectáculos deberán tener zonas reservadas, señalizadas y adaptadas al uso por personas con sillas de ruedas. Los edificios en que se garanticen plenamente las condiciones de accesibilidad ostentarán en su exterior un símbolo indicativo de tal hecho. Las áreas sin acceso de público o las correspondientes a edificios industriales y comerciales tendrán los grados de adaptabilidad necesarios para permitir el empleo de personas con movilidad reducida. b) Edificios de viviendas: las viviendas colectivas con ascenso deberán contar con un itinerario practicable por las personas con movilidad reducida, que una la edificación con la vía pública y con las dependencias de uso común. Asimismo, deberán observar en su diseño y ejecución o en su remodelación, la adaptabilidad a las personas con movilidad reducida, en los términos y grados que establezca la reglamentación. En materia de diseño y ejecución o remodelación de viviendas individuales, los códigos de edificación han de observar las disposiciones de la presente ley y su reglamentación. En las viviendas colectivas existentes a la fecha de sanción de la presente ley, deberán desarrollarse condiciones de adaptabilidad y practicabilidad en los grados y plazos que establezca la reglamentación.

Modificado por: Ley 24.314 Art.1 Sustituido. (B.O. 12-04-94).

Ref. Normativas: Ley 19.279 Art.12

*ARTICULO 22.- Entiéndase por barreras en los transportes, aquellas existentes en el acceso y utilización de los medios de transporte público terrestres, aéreos y acuáticos de corta, media y larga distancia, y aquellas que dificulten el uso de medios propios de transporte por las personas con movilidad reducida; a cuya supresión se tenderá por observancia de los siguientes criterios: a) Vehículos de transporte público: tendrán dos asientos reservados, señalizados y cercanos a la puerta por cada coche, para personas con movilidad reducida. Dichas personas estarán autorizadas para descender por cualquiera de las puertas. Los coches contarán con piso antideslizante y espacio para ubicación de bastones, muletas, sillas de ruedas y otros elementos de utilización por tales personas. En los transportes aéreos deberá privilegiarse la asignación de ubicaciones próximas a los accesos para pasajeros con movilidad reducida. Las empresas de transporte colectivo terrestre sometidas al contra personas con movilidad reducida en el trayecto que medie entre el domicilio de las mismas y el establecimiento educacional/o de rehabilitación a los que deban concurrir.

La reglamentación establecerá las comodidades que deben otorgarse a las mismas, las características de los pases que deberán exhibir y las sanciones aplicables a los transportistas en caso de inobservancia de esta norma. La franquicia será extensiva a un acompañante en caso de necesidad documentada. Las empresas de transportes deberán incorporar gradualmente, en los plazos y proporciones que establezca la reglamentación, unidad especialmente adaptadas para el transporte de personas con movilidad reducida. Estaciones de transportes: contemplarán un itinerario peatonal con las características señaladas, en el artículo 20 apartado e), en toda su extensión; bordes de andenes de textura reconocible y antideslizante; paso alternativo a molinetes; sistema de anuncios por parlantes; y servicios sanitarios adaptados. En los aeropuertos se preverán sistemas mecánicos de ascenso y descenso de pasajeros con movilidad reducida; c) Transportes propios: las personas con movilidad reducida tendrán derecho a libre tránsito y estacionamiento de acuerdo a lo que establezcan las respectivas disposiciones municipales, las que no podrán excluir de esas franquicias a los automotores patentados en otras jurisdicciones. Dichas franquicias serán acreditadas por el distintivo de identificación a que se refiere el artículo 12 de la ley 19.279.

Modificado por: Ley 24.314 Art.1 Sustituido. (B.O. 12-04-94).

TITULO III

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS (artículos 23 al 29)

*ARTICULO 23. - Los empleadores que concedan empleo a personas discapacitadas tendrán derecho al cómputo, a opción del contribuyente, de una deducción especial en la determinación del Impuesto a las ganancias o sobre los capitales, equivalente al setenta POR CIENTO (70%) de las retribuciones correspondientes al personal discapacitado en cada período fiscal. El cómputo del porcentaje antes mencionado deberá hacerse al cierre de cada período. Se tendrán en cuenta las personas discapacitadas que realicen trabajo a domicilio. A los efectos de la deducción a que se refiere el párrafo anterior, también se considerará las personas que realicen trabajos adomicilio.

Modificado por: Ley 23.021 Art.2 Sustituido. (B.O. 13-12-83). Con aplicación para los ejercicios fiscales cerrados a partir del 31-12-83.

ARTICULO 24. - La Ley de Presupuesto determinará anualmente el monto que se destinará para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 4, inciso c) de la presente Ley. La reglamentación de terminará en qué jurisdicción presupuestaria se realizará la erogación.

ARTICULO 25. - Sustituyese en el texto de la Ley 20.475 la expresión "minusválidos" por "discapacitados". Aclarase la citada Ley 20.475, en el sentido de que a partir de la vigencia de la Ley 21.451 no es aplicable el artículo 5 de aquella, sino lo establecido en el artículo 49, punto 2 de la Ley 18.037 (to. 1976).

Ref. Normativas: Ley 20.475 Ley 21.451 Texto Ordenado Ley 18.037 Art. 49

ARTICULO 26. - Derogadse las Leyes 13.926, 20.881 y 20.923.

*ARTICULO 27. - El Poder Ejecutivo Nacional propondrá a las provincias la sanción en sus jurisdicciones de regimenes normativos que establezcan principios análogos a los de la presente Ley. En el acto de adhesión a esta Ley, cada provincia establecerá los organismos que tendrán a su cargo en el ámbito provincial, las actividades previstas en los artículos 6, 7 y 13 que anteceden. Determinarán también con relación a los organismos públicos empresas provinciales, así como respecto a los bienes del dominio público o privado del estado provincial y de sus municipios, el alcance de las normas contenidas en los artículos 8 y 11 de la presente Ley. Asimismo, se invitará a las provincias a adherir y/o a incorporaren sus respectivas normativas los contenidos en los artículos 20, 21 y 22 de la presente.

Modificado por: Ley 24.314 Art.3 (B.O. 12-04-94). Ultimo párrafo incorporado.

ARTICULO 28. - El Poder Ejecutivo Nacional reglamentará las disposiciones de la presente Ley dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días de su promulgación. Las prioridades y plazos de las adecuaciones establecidas en los artículos 20 y 21 relativas a barreras urbanas y en edificios de de uso público serán determinadas por la reglamentación, pero su ejecución total no podrá exceder un plazo de tres (3) años desde la fecha de sanción de la presente ley. En toda obra nueva o de remodelación de edificios de vivienda, la aprobación de los planos requerirá imprescindiblemente la inclusiones los mismos de las normas establecidas en el artículo 21 apartado b), su reglamentación y las respectivas disposiciones municipales en la materia. Las adecuaciones establecidas en el transporte público por el artículo 22 apartados a) y b) deberán ejecutarse en un plazo máximo de un año a partir de reglamentada la presente. Su incumplimiento podrá determinar la cancelación del servicio.

Modificado por: Ley 24.314 Art.2 (B.O. 12-04-94). Ultimo párrafo incorporado.

ARTICULO 29. - Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección nacional del Registro Oficial y archívese.

FIRMANTES

VIDELA - Fraga - Martínez de Hoz - Harguindeguy - Llerena Amadeo

Reston -

LEY 10592

Texto actualizado con las modificaciones introducidas por las leyes 10.836, 11.134, 11.493, 11.628, 12.332, 12.469, 12.614, 12.615, 12.797, 13.110, 13.462, 13.508 y 13.557.

EL SENADO Y CAMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES SANCIONAN CON FUERZA DE LEY

REGIMEN JURIDICO BASICO E INTEGRAL PARA LAS PERSONAS DISCAPACITADAS

TITULO I - NORMAS GENERALES

CAPITULO I

OBJETO DE LA LEY. CONCEPTO Y CLASIFICACION DE LA DISCAPACIDAD

ARTICULO 1º: Establécese por la presente ley un régimen jurídico básico e integral para las personas discapacitadas. El Estado provincial asegurará los servicios de atención médica, educativa y de seguridad social a los discapacitados en imposibilidad de obtenerlos.

Asimismo, brindará los beneficios y estímulos que permitan neutralizar su discapacidad, teniendo en cuenta la situación psico-física, económica y social, y procurará eliminar las desventajas que impidan una adecuada integración familiar, social, cultural, económica, educacional y laboral.

ARTICULO 2º: A los efectos de la presente ley, se considerará que, dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia -debida a una deficiencia- de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.

ARTICULO 3º: La certificación de la existencia de la discapacidad, a los fines de esta ley, de su naturaleza y grado, y las posibilidades de rehabilitación del afectado, será efectuada por los organismos que determine el Ministerio de Salud. La certificación se expedirá previo estudio y evaluación de la capacidad residual del discapacitado, dictaminándose de acuerdo con los requisitos que se establezcan en la Reglamentación, que deberá contemplar los criterios adoptados por la Organización Mundial de la Salud en su Manual "Clasificación Internacional del Daño, Discapacidad y Desventajas" y sus actualizaciones. El certificado acreditará la discapacidad en todos los supuestos en que sea de aplicación la presente ley, especificándose en el mismo la finalidad de su otorgamiento.

CAPITULO II

SERVICIOS DE ASISTENCIA Y PREVENCION

ARTICULO 4º: El Estado Provincial brindará a los discapacitados, en la medida en que éstos, las personas de quienes dependan o los organismos de obra social a los que pertenezcan no posean los medios necesarios para procurárselos, los siguientes servicios, beneficios y prestaciones destinados a eliminar factores limitantes:

- a) Medios de recuperación y rehabilitación integral para lograr el desarrollo de sus capacidades.
- b) Formación educacional, laboral y/o profesional.
- c) Sistemas de préstamos, subsidios, subvenciones y becas, destinados a facilitar la actividad laboral, intelectual y el desenvolvimiento social, fomentando la prioridad de los discapacitados en las líneas crediticias tendientes a cubrir las necesidades básicas contempladas en la presente ley.
- d) Regímenes diferenciales de seguridad social.
- e) Sistemas de seguros laborales por medio de los organismos con que cuente la Provincia o a través de Convenios con la Caja Nacional de Ahorro y Seguro, tendientes a facilitar la ubicación de las personas discapacitadas en empleos del área pública.
- f) Orientación y promoción individual, familiar y social.
- g) Otorgamiento de facilidades para utilizar el transporte público.
- h) Eliminación de barreras arquitectónicas en los lugares de uso público.
- i) Promoción de la investigación y desarrollo de la tecnología específica con el objeto de permitir la inserción de la persona discapacitada en los más altos niveles de la vida moderna.

ARTICULO 5º: Créase el Consejo Provincial para las personas discapacitadas, que será el órgano encargado de asesorar al Poder Ejecutivo en el ejercicio de sus facultades privativas, y en especial:

- a) Proponer los lineamientos de las políticas de promoción específicas, así como sugerir la planificación de las mismas.
- b) Colaborar en la tarea de coordinación, aportando todo tipo de propuestas.
- c) Participar activamente en las tareas de fiscalización y control de las Instituciones privadas.

Estará presidido por el señor Gobernador de la Provincia o el funcionario que el mismo designe -con jerarquía no inferior a la de Subsecretario-, e integrado por los representantes de los organismos oficiales que tengan competencia en la materia, según lo prescripto en la ley, y cinco (5) miembros, uno (1) por cada una de las Instituciones privadas de segundo grado, de y para discapacitados, sin fines de lucro, con personería jurídica reconocida en la Provincia de Buenos Aires, los cuales serán designados por el Poder Ejecutivo a propuesta de las Entidades que representen a:

- a) Discapacitados viscerales.
- b) Discapacitados mentales.
- c) Discapacitados neurolocomotores.
- d) Discapacitados sensoriales auditivos.
- e) Discapacitados sensoriales visuales.

TITULO II

NORMAS ESPECIALES

CAPITULO I

SALUD

ARTICULO 6º: El Ministerio de Salud actuará de oficio, en el ámbito de su competencia, para lograr el cumplimiento de las medidas establecidas en la presente ley. A tal efecto, deberá:

- a) Producir dictámenes de salud y otorgar certificados de discapacidad.
- b) Llevar un Registro de discapacitados, conforme a los certificados de discapacidad que se otorguen.
- c) Otorgar subsidios a discapacitados sin cobertura social con destino a la obtención de elementos de recuperación y rehabilitación de alta complejidad médica, y de tratamientos médicos especializados que no se realicen en establecimientos estatales.
- d) Otorgamiento de subsidios y/o subvenciones a Institutos Municipales o privadas sin fines de lucro, especializadas en la rehabilitación de la salud, y de asistencia médica para discapacitados y psicopedagógica para la atención de moderados y severos.
- e) Normalizar el funcionamiento de los servicios antes señalados y de los establecimientos psicopedagógicos en los aspectos de su competencia.
- f) Promover la creación de servicios de rehabilitación o establecimientos de asistencia médica para discapacitados.
- g) Normatizar, fomentar, habilitar y fiscalizar otros servicios y establecimientos de atención de la salud para discapacitados en el ámbito privado.
- h) Propiciar e implementar programas de prevención primaria de discapacitados en coordinación con las demás áreas ministeriales.
- i) Producir estudios epidemiológicos de las discapacidades.
- j) Asesorar en la materia a nivel central y descentralizado en aspectos de su competencia.
- k) Propiciar e implementar programas de recuperación y rehabilitación en aspectos de su competencia, coordinando acciones con recursos municipales y privados.
- l) Desarrollar programas de docencia e investigación en la materia, auspiciando en todos los niveles la formación y capacitación de recursos humanos- especializados para el sector.

CAPITULO II

ASISTENCIA SOCIAL Y REGIMEN LABORAL

ARTICULO 7º: (Texto según Ley 13462) El Ministerio de Acción Social prestará a los discapacitados, en la medida en que éstos o las personas de quienes dependan no posean los medios necesarios para procurárselos, los siguientes beneficios y servicios asistenciales.

- a) a) a) Medios de rehabilitación e integración sociales, desarrollando al máximo sus capacidades.
- b) b) b) Sistemas de préstamos, subsidios, subvenciones y becas destinados a facilitar la actividad laboral y el desenvolvimiento social de las personas discapacitadas.
- c) c) c) Suministrar, a través de la acción social directa e individual, aquellos elementos que requiera la persona discapacitada para suplir o atenuar su discapacidad, de acuerdo con la Reglamentación.
- d) d) d) Instrumentar regímenes diferenciales de seguridad social.
- e) e) e) Prestar asistencia técnica y financiera a las Municipalidades y a las entidades privadas sin fines de lucro que instrumenten los programas elaborados por el Ministerio.

A estos efectos, asimismo, promoverá, coordinará y supervisará a los entes mencionados que orienten sus actividades en favor de la integración social, los deportes, el turismo y todo lo concerniente al pleno desarrollo de las personas discapacitadas.

- f) f) f) Apoyar la creación de toda instancia protegida de producción y, en particular, los Talleres Protegidos de Producción, teniendo a su cargo la habilitación, supervisión y la puesta en funcionamiento del Registro de Talleres Protegidos de Producción, donde se asentarán los bienes que estén en condiciones de ofrecer los mismos.
- g) g) g) Promover la creación de Centros de Día, prestando asistencia técnica y financiera, así como normalizar la habilitación, registro y supervisión de los mismos, dentro del marco reglamentario dispuesto por dicho Ministerio.
- h) h) h) Apoyar la creación de Hogares para personas discapacitadas a cuyo grupo familiar le resulte imposible hacerse cargo de su atención. Serán tenidas en cuenta a tal efecto las instituciones municipales y privadas sin fines de lucro.
- i) i) i) Normalizar y fiscalizar el funcionamiento de los Hogares Municipales y Privados.
- j) j) j) Promover el desarrollo de otros programas que brinden asistencia social a la persona discapacitada y su núcleo familiar, concientizando a la comunidad para lograr su integración y participación en la misma, a través de acciones que tiendan a la orientación y promoción individual, familiar y social del discapacitado.
- k) k) k) Desarrollar planes estatales en materia de prevención y asistencia y seguridad social, y dirigir la investigación en el área de la discapacidad.
- l) l) l) Llevar un registro de las personas discapacitadas detectadas en el ámbito de su competencia.
- m) m) m) Estimular, a través de los medios de comunicación, el uso efectivo de los recursos y servicios existentes en el área social, así como propender al desarrollo del sentido de la solidaridad social en esta materia.
- n) n) n) Coadyuvar con los otros organismos con competencia atribuida por la presente Ley a proceder en la planificación de acciones en materia de prevención primaria.”

ARTICULO 8º: (Texto según Ley 13508) El Estado Provincial, sus organismos descentralizados, las empresas del Estado, las municipalidades, personas jurídicas de derecho público no estatal creadas por Ley, las empresas subsidiadas por el Estado y las empresas privadas concesionarias de servicios públicos, están obligados a ocupar personas discapacitadas que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo, en una proporción no inferior al cuatro (4) por ciento de la totalidad de su personal y a establecer reservas de puestos de trabajo a ser ocupados exclusivamente por ellas, de acuerdo con las modalidades que fije la reglamentación. El porcentaje determinado en el párrafo anterior será de aplicación sobre el personal de planta permanente, temporaria, transitoria y/o personal contratado cualquiera sea la modalidad de contratación. Asimismo y a los fines del efectivo cumplimiento del mínimo establecido, todos los Entes enunciados en el párrafo precedente, deberán comunicar a la Autoridad de Aplicación el relevamiento efectuado sobre el porcentaje aquí prescripto, precisando las vacantes existentes y las condiciones para el puesto o cargo que deba cubrirse.

ARTICULO 8º bis: (Artículo incorporado por Ley 13508) Los sujetos enumerados en el primer párrafo del artículo anterior, priorizarán a igual calidad y oferta de precio, de acuerdo a la forma que establezca la reglamentación, las compras de insumos y provisiones de aquellas empresas que contraten a personas con discapacidad, situación que deberá ser fehacientemente acreditada. Se deberán contemplar con el mismo sentido, los Talleres Protegidos de Producción.

ARTICULO 8º ter: (Artículo incorporado por Ley 13508) Los responsables de los organismos enumerados en el artículo 8º, en donde se verifique el incumplimiento de alguna de las obligaciones establecidas en los artículos precedentes, incurrirán en falta grave de acuerdo a lo establecido en la Ley 10.430.

ARTICULO 9º: (Texto según Ley 13508) El desempeño de tareas en todos los casos mencionados en el artículo 8º, se hará previo dictamen y certificación médica expedida por los organismos a que hace referencia el artículo 3º de la presente Ley. El Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires, será el organismo que entenderá en el contralor, asesoramiento y fiscalización atinentes a lo dispuesto en los artículos 8º, 8º bis y 8º ter precedentes.

ARTICULO 10º: La aptitud psico-física para el ingreso a la Administración Pública y/o Docencia provincial será determinada por los organismos con competencia médica atribuida por el correspondiente Régimen Estatutario, teniendo en cuenta el certificado otorgado de acuerdo con el artículo 3º y el dictamen del Servicio creado por el art. 12º de la presente ley.

ARTICULO 11º: En todos los casos en que se conceda u otorgue el uso de bienes del dominio público o privado del Estado Provincial o de las Municipalidades para la explotación de pequeños comercios, se dará prioridad a las personas discapacitadas que puedan desempeñar tales actividades, siempre que los atiendan personalmente, aún cuando para ello necesiten la eventual colaboración de terceros. Idéntico criterio adoptarán las Empresas del Estado provincial, con relación a los bienes que le pertenezcan o utilicen.

La Reglamentación determinará las condiciones y actividades a que hace referencia el párrafo anterior.

Será nula de nulidad absoluta toda concesión o permiso que se otorgue sin respetar la prioridad establecida en el presente artículo. La Subsecretaría de Trabajo, de oficio o a petición de parte, deberá requerir, en los plazos legales, la revocación de tal concesión o permiso.

Cuando por las razones aréedichas se revocare la concesión o permiso, el organismo que corresponda otorgará los mismos en forma prioritaria y en idénticas condiciones a persona o personas discapacitadas.

ARTICULO 11 bis- (Artículo incorporado por Ley 13462) El Estado Provincial, sus organismos descentralizados, las Empresas del Estado, Municipalidades, Entidades de Derecho Público no estatales creadas por ley, las empresas privadas subsidiadas por el Estado y las empresas privadas concesionarias de servicios públicos al realizar una contratación para la adquisición de bienes o servicios, deberán ofrecer a los talleres protegidos de producción la posibilidad de proveer un porcentaje de las misma, contemplando lo normado por la Ley de Contabilidad de la Provincia. A tal efecto remitirá consulta al Consejo Provincial del Discapacitado, tras lo cual la Autoridad de Aplicación tendrá la obligación de notificar las solicitudes recibidas, dentro de las setenta y dos (72) horas, a los talleres Protegidos de Producción que se encuentren registrados, quienes dispondrán de igual plazo para responder la posibilidad de proveer lo solicitado.

ARTICULO 12º: Créase en el ámbito de la Subsecretaría de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires y en cada una de sus Delegaciones Regionales, el Servicio de Colocación Laboral selectiva de personas discapacitadas.

Este Servicio será responsable de la administración del sistema de empleo, examinando las condiciones existentes en el mercado laboral y adoptando medidas para asegurar la colocación de las personas discapacitadas. A tal efecto, llevará un Registro de las personas discapacitadas aspirantes a ingresar a empleos o actividades públicos o privados. Asimismo, ofrecerá todo asesoramiento técnico necesario requerido por el sector oficial y privado, e informará a las personas discapacitadas sobre las diversas posibilidades que hagan a su colocación y pleno empleo.

ARTICULO 13°: La Subsecretaría de Trabajo será el órgano competente para la fiscalización y contralor de los centros públicos y privados destinados a la rehabilitación, en lo que hacen exclusivamente a la formación profesional y laboral de personas discapacitadas.

ARTICULO 14°: (Texto según ley 11.134) El Ministerio de Acción Social promoverá la creación de Cooperativas y otras formas de producción que permitan la incorporación de Discapacitados al mercado laboral competitivo, en las áreas urbanas y rural. El Estado Provincial dará prioridad al efectuar sus compras para el funcionamiento y mantenimiento de sus Organismos, a la producción de referencia en todos los casos de igual o inferior costo.

ARTICULO 15°: A las personas discapacitadas comprendidas en la presente ley, que se hallen imposibilitadas de libre desplazamiento, sean realmente capaces de efectuar tareas productivas y se encuentren en relación de dependencia con un Taller Protegido de Producción, se le deberá facilitar el desempeño de trabajo domiciliario.

ARTICULO 16°: Promuévese el trabajo rural a través de la concesión de préstamos o subvenciones y provisión de herramientas y materiales, con el objeto de ayudar a las personas discapacitadas residentes en colectividades rurales, para que trabajen por cuenta propia en pequeñas industrias familiares o en actividades agrícolas, artesanales y otras de similar naturaleza.

ARTICULO 17°: Los empleadores de personas discapacitadas, podrán imputar como pago a cuenta del Impuesto sobre los Ingresos Brutos, el equivalente al CINCUENTA POR CIENTO (50%) de las remuneraciones nominales que perciban aquellas. Dicha deducción se efectuará en oportunidad de practicarse las liquidaciones a que se refieren los artículos 141° y 142° de la ley 10.397.

En ningún caso, el monto a deducir sobrepasará el importe del impuesto determinado para el período que se liquida, ni tampoco originará saldos a favor del contribuyente.

Quedan excluidas en esta norma las personas discapacitadas que realicen trabajos a domicilio.

CAPITULO III

EDUCACION

ARTICULO 18°: La dirección General de Escuelas y Cultura, tendrá a su cargo:

- a) (Texto según Ley 12.797) Desarrollar planes y programas para satisfacer las necesidades de asistencia educativa rehabilitadora a niños, jóvenes y adultos que padezcan cualquier tipo de discapacidad, incluidas las más severas, la estimulación temprana y la educación permanente y la capacitación laboral.
- b) Coordinar las acciones con todas las ramas de la enseñanza y otros organismos de ejecución, con el objeto de orientar y realizar una acción educativa rehabilitadora integradora, a fin de que los servicios respectivos respondan a los propósitos de la presente ley.
- c) Contemplar expresamente en los programas y acciones a que se refieren los incisos precedentes, a los menores discapacitados tutelados por el Estado.
- d) Coordinar acciones con Centros de Rehabilitación Hospitalaria y los que funcionan en Asociaciones privadas sin fines de lucro, para la extensión del servicio educativo especial, incluidas la estimulación temprana, la educación permanente y la formación profesional, en todos los casos en que el plan de tratamiento individual en su aspecto integral lo requiera.
- e) (Texto según Ley 11.493) Establecer sistemas de detección y derivación de los educandos discapacitados que prevean su incorporación progresiva y sistemática a los diferentes niveles y modalidades de la enseñanza común, tanto en el orden oficial como en los establecimientos dependientes de la Dirección de Enseñanza no Oficial, dentro de la factibilidad pedagógica de cada caso; sin declinar la prestación de la enseñanza especial, en un régimen compatibilizado de horarios y secuencia educativa, tendiendo a su integración al sistema educativo corriente..
- f) Estimular la investigación educativa en el área de la discapacidad.
- g) Formar personal para todos los grados educacionales de discapacitados, promoviendo la capacitación de los recursos humanos necesarios para la ejecución de programas de asistencia, docencia e investigación en materia de rehabilitación.
- h) Cooperar con otros organismos e instituciones, aunando esfuerzos para prevenir la discapacidad, e implementando planes de prevención primarios.
- i) Efectuar el control de los servicios educativos no oficiales pertenecientes a su jurisdicción, para la atención de los niños, adolescentes y adultos discapacitados, tanto en los aspectos de su creación como en el correspondiente a su organización, supervisión y apoyo.
- j) (Incorporado por Ley 12.797) Establecer un régimen de becas para los alumnos con necesidades especiales tendiente a satisfacer la asistencia educativa rehabilitadora e integradora.
- k) (Incorporado por Ley 12.797) Promover la participación de las personas discapacitadas en las actividades culturales organizadas por la Dirección, mediante la exención de pago de cualquier derecho de admisión y bonificación para su acompañante.

CAPITULO IV**SEGURIDAD SOCIAL**

ARTICULO 19°: El Instituto de Obra Médica Asistencial de la Provincia de Buenos Aires promoverá y prestará asistencia médica integral a las personas discapacitadas afiliadas al mismo, con vistas a su rehabilitación, de conformidad con las disposiciones que rijan el funcionamiento de ese Organismo, y en concordancia con los propósitos y finalidades de la presente ley.

ARTICULO 20°: El monto de las asignaciones por escolaridad primaria, media y superior, y de ayuda escolar, se duplicará cuando el hijo a cargo del agente del Estado Provincial, de sus Organismos Descentralizados, de las Empresas del Estado y de las Municipalidades, de cualquier edad, fuere discapacitado y concurrese a establecimiento oficial, o privado controlado por autoridad competente, donde se imparta educación común o especial.

A los efectos de esta ley, la concurrencia regular del hijo discapacitado a cargo de dicho agente, a establecimiento oficial, o privado controlado por autoridad competente, en el que se presten servicios de rehabilitación exclusivamente, será considerada como concurrencia regular a establecimiento en que se imparta enseñanza primaria.

ARTICULO 21°: La Provincia de Buenos Aires establecerá regímenes previsionales y de pensiones sociales para sus agentes discapacitados.

A tales efectos se contemplarán en dichos regímenes, sistemas de categorización de las discapacidades, sobre la base de la establecida por la Organización Mundial de la Salud en su Manual de "Clasificación Internacional del Daño, Discapacidad y Desventaja".

CAPITULO V**TRANSPORTE E INSTALACIONES**

ARTICULO 22°: (Texto según Ley 10.836) Las Empresas de Transporte Colectivo Terrestre que operen regularmente en territorio provincial, deberán facilitar el traslado de las personas discapacitadas en forma gratuita o mediante sistemas especiales.

En aquellos supuestos en que el discapacitado no pueda valerse por sí mismo, el beneficio del párrafo anterior se hará extensivo a la persona que lo acompañe.

La Reglamentación establecerá las comodidades que deben otorgarse a las personas discapacitadas y las características de los pases que deberán exhibirse.

La inobservancia de esta norma por parte de las Empresas de Transporte Colectivo las hará pasibles de las sanciones previstas en las leyes y decretos que reglamentan el mencionado Servicio Público en la Provincia de Buenos Aires.

ARTICULO 23°: Las Municipalidades aceptarán a todos sus efectos el símbolo internacional de acceso (distintivo de identificación), aprobado por la Asamblea de Rehabilitación Internacional, el que servirá de única credencial para el libre tránsito y estacionamiento. De igual modo, no se podrán excluir de tales franquicias a los automóviles patentados en otras jurisdicciones.

ARTICULO 24°: (Texto según 13110) Todo edificio de uso público, sea su propiedad pública o privada, existente o a proyectarse en el futuro deberá ser completa y fácilmente accesible a personas con movilidad reducida, contemplando no sólo el ingreso al mismo, sino también, el uso de los espacios comunes y de circulación interna e instalación de servicios sanitarios, que posibiliten la vida de relación de dichas personas.

La accesibilidad al edificio deberá contemplar además la existencia de estacionamientos reservados y señalizados para vehículos que transporten a personas con movilidad reducida, cercanos a accesos al interior del edificio que carezca de barreras arquitectónicas.

Asimismo, los espacios de circulación horizontal deberán permitir el desplazamiento y maniobra de dichas personas al igual que la comunicación vertical que deberá permitirlo mediante elementos constructivos o mecánicos.

Los edificios destinados a espectáculos deberán tener zonas reservadas, señalizadas y adaptadas al uso por personas con sillas de ruedas ostentando un símbolo indicativo de tal hecho, cuando garanticen plenamente las condiciones de accesibilidad.

Los edificios destinados a viviendas colectivas deberán contar con un itinerario practicable por las personas con movilidad reducida que comunique la edificación con la vía pública y con las dependencias de uso común.

En las viviendas colectivas existentes a la fecha de la presente Ley, deberán desarrollarse condiciones de adaptabilidad y practicabilidad en los grados y plazos que establezca la reglamentación.

Las instalaciones edilicias que cuenten con sistemas de alarma deberán adoptar mecanismos o dispositivos que permitan, en caso de ser activados, su percepción por parte de personas con capacidades sensoriales diferentes, tanto auditivas como visuales.

En toda obra nueva de pavimentación será obligatoria la construcción, con carácter de obra complementaria de cordones accesibles que faciliten a las personas discapacitadas el ascenso y descenso de las aceras en los lugares destinados al cruce peatonal.

La reglamentación indicará las características de las obligaciones establecidas, responsabilidad de los entes ejecutores, públicos o privados, y de las reparticiones fiscalizadoras.

ARTICULO 24° bis: (Texto según Ley 11.628) Para el caso de Discapacitados Sensoriales Visuales, las instalaciones edilicias públicas que posean ascensores, deberán contar en ellos con elementos de manejo detectables a través del sistema de lectura Braille o en el análogo que haga sus veces. La reglamentación indicará las características e implementación de lo establecido en el presente artículo.

ARTICULO 24° ter: (Texto incorporado por Ley 12.614) Las vías y espacios libres públicos deben permitir a las personas con movilidad reducida de gozar de las adecuadas condiciones de seguridad y autonomía como elemento primordial para el desarrollo de las actividades de la vida diaria debiendo cumplimentar los siguientes criterios:

- a) a) Itinerarios peatonales: el ancho de los mismos deberá permitir el paso de dos personas, una de ellas en silla de ruedas, en todo su recorrido. Los pisos serán antideslizantes, sin resaltes ni aberturas que posibiliten el tropiezo de personas que utilicen bastones o sillas de ruedas para movilizarse. Los desniveles de todo tipo tendrán un diseño y grado de inclinación que permita la transitabilidad, utilización y seguridad de las personas con movilidad reducida.
- b) b) Escaleras y rampas: las escaleras deberán ser de escalones cuya dimensión vertical y horizontal facilite su utilización por personas con movilidad reducida y estarán dotadas de pasamanos. Las rampas tendrán las características señaladas para los desniveles conforme el apartado a).

- c) c) **(Texto según Ley 13557)** Parques, jardines, plazas y espacios libres: sus itinerarios peatonales deberán observar lo dispuesto en el apartado a) para los mismos los baños públicos deberán ser accesibles y utilizables por personas de movilidad reducida. Adáptase en las plazas juegos cuyas características posibiliten su uso a niños y adultos con diferentes discapacidades.
- d) d) **Establecimientos:** tendrán zonas reservadas y señalizadas para vehículos que transporten personas con movilidad reducida cercanas a los accesos peatonales.
- e) e) **Señales verticales y elementos urbanos varios:** Las señales de tráfico, semáforo, postes de iluminación y cualquier otro elemento verticales de señalización o de mobiliario se pondrán de forma que no constituyan obstáculos para los no videntes y para las personas que se desplacen en sillas de ruedas.
- f) f) **Obras en la vía pública:** estarán señalizadas y protegidas por vallas estables y continuas, y, luces rojas permanentes disponiendo los elementos de manera que los no videntes puedan detectar con anticipación suficiente la existencia del obstáculo. En las obras que reduzcan la sección transversal de la acera se deberá construir un itinerario peatonal alternativo con las características estipuladas en el apartado a).

ARTICULO 24° quater: (Texto incorporado por Ley 12.614) La reglamentación indicará las características de las obligaciones establecidas, responsabilidad de los entes ejecutores, públicos o privados y de las reparticiones fiscalizadoras. Asimismo determinará las prioridades y plazos de las adecuaciones establecidas en los artículos 24 y 24 ter, pero su ejecución no podrá exceder del plazo de 30 meses desde la fecha de sanción de la presente ley. En toda obra nueva o de remodelación de edificios de vivienda, la aprobación de los planos requerirá imprescindiblemente la inclusión de los mismos de lo dispuesto en el artículo 24°, su reglamentación y las respectivas disposiciones municipales en la materia.

ARTICULO 24° quinquies: (Incorporado por Ley 12.797) Los locales locutorios de las empresas de telefonía deberán disponer de, al menos, una (1) cabina acondicionada para el uso por parte de personas con discapacidad motriz. La reglamentación indicará las características e implementación, como así también las sanciones aplicables por el incumplimiento de lo establecido en el presente artículo.

TITULO III

NORMAS COMPLEMENTARIAS

CAPITULO UNICO

ARTICULO 25°: Invítase a las Municipalidades de la Provincia a que dicten, en sus respectivas jurisdicciones, normas y reglamentos que contemplen disposiciones adecuadas a los propósitos y finalidades de la presente ley.

ARTICULO 26°: La presente ley deberá ser reglamentada por el Poder Ejecutivo dentro del término de ciento ochenta (180) días corridos a partir de la fecha de su promulgación.

ARTICULO 27°: La Ley de Presupuesto determinará anualmente el monto que se destinará para dar cumplimiento a las previsiones de la presente ley.

ARTICULO 28°: A los efectos de la implementación inmediata del régimen establecido en la presente ley, los gastos que la misma devengue se tomarán de Rentas Generales.

ARTICULO 29°: Derógase el Decreto-Ley 9.767/81 y toda otra disposición que se oponga a la presente ley.

ARTICULO 30°: Comuníquese al Poder Ejecutivo.

ARTÍCULO DE INTERÉS**JORNADAS DE TRABAJO SOBRE SALUD MENTAL Y COMUNIDAD EN CATALUÑA** Juan Carlos Duro Martínez. Secretario de la Comisión de Psicología y Municipios

Organizadas por el Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña, y el Colegio de Médicos y el Colegio de Asistentes Sociales se celebró en Barcelona los días 19, 20 y 21 de Febrero las primeras jornadas sobre Salud Mental y Comunidad en Cataluña, que pretendían (y creemos que lo consiguieron) "ofrecer un espacio de intercambio y de debate para los profesionales". Por parte de la Comisión de Psicología y Municipios del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid acudimos para participar en estas jornadas dado que el tema de las mismas coincide con el ámbito de trabajo de esta Comisión (es decir el trabajo de los psicólogos en el campo comunitario) especialmente en el sentido) destacado por los organizadores, de "enmarcar nuestro trabajo profesional en una dimensión no ceñida únicamente en la reparación del conflicto, trastorno o enfermedad sino que contemple también los aspectos preventivos y de promoción de salud mental..."

Por otra parte nos parecía interesante acudir a Cataluña por su mayor desarrollo del trabajo psicológico en la línea comunitaria donde ya los psicólogos, generalmente con otros profesionales, han realizado jornadas anteriormente y de las que en otro número del Boletín hemos hecho alguna reseña.

La organización de las Jornadas se hizo en base a varios temas la mayoría de los cuales se desarrollaron en varias mesas simultáneas donde se presentaban varias ponencias que servían de base para la discusión y profundización por parte de los asistentes.

Vamos a hacer un breve recorrido por el contenido de los diferentes temas y mesas tratados en las Jornadas.

Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Comunitaria

Parten, los autores de una crítica a la situación actual de los Hospitales Psiquiátricos que aíslan al enfermo de su entorno y que recogen una serie de Problemáticas bien diferenciadas confundiendo en muchos casos la problemática que rodea la enfermedad psíquica con la problemática social y plantean que el Hospital Psiquiátrico tiene sentido como un centro de atención de crisis y de internamiento rehabilitador siempre y cuando reúna requisitos tales como que el internamiento no sea un hecho aislado de la comunidad natural del individuo, que forma parte de una planificación sanitaria instalada en la comunidad como una alternativa más, que exista un control de calidad asistencia, etc.

A continuación para clarificar desde su punto de vista la función y el sentido del Hospital Psiquiátrico plantean J. Coderch y otros la distinción entre tratamiento y cura institucional, definiendo ésta como "la suma de las precauciones tomadas para la conservación y la salud del enfermo" y el tratamiento como el "conjunto de unas aplicaciones terapéuticas determinadas (psicoterapia, musicoterapia, quimioterapia, etc.)".

La cura o tratamiento institucional sería lo específico del Hospital Psiquiátrico y consistiría en lograr que el Hospital Psiquiátrico actúe como un verdadero agente terapéutico (comunidad terapéutica) destinado a hacer más eficaces los tratamientos especializados y al logro de la recuperación completa.

La vinculación del Hospital Psiquiátrico con la comunidad a la que sirve se debe hacer determinando una zona geográfica precisa y relacionándose con los centros de salud mental y asistencia primaria así como con las demás instituciones y organismos de la zona (instituciones intermedias, talleres protegidos, asociaciones de vecinos, etc.). El paso del Hospital Psiquiátrico tradicional al Hospital Psiquiátrico de orientación comunitaria exige un cambio en las ideologías médicas y sociales respecto a la enfermedad mental cambiando, entre otras cosas los criterios de ingresos que pasan a depender de no sólo del diagnóstico del enfermo sino también de los medios que dispone la comunidad para otras formas de tratamiento que haga innecesaria la hospitalización.

Por último plantean las características del equipo asistencial que, compuesto por psiquiatra, A.T.S., auxiliar, asistente social y psicólogo ha de plantearse la elaboración de los objetivos perseguidos, un planteamiento ideológico común acerca de la salud y la enfermedad mental, la discusión y evaluación conjunta y la formación permanente a todos los niveles del equipo.

Centros de Salud Mental y asistencia primaria

El problema de la asistencia primaria en salud mental en Cataluña actualmente se encuentra cubierto de una manera dispersa por centros diversos tanto en su dependencia institucional (Diputación, Ayuntamientos, etc.) como en su trabajo concreto, unos más centrados en tareas asistenciales y otros en preventivas y de promoción de salud.

Así se encuentran Centros de Higiene Mental, Centros de Salud, Centros de Salud Mental Municipales, Centros de Planificación Familiar, Centros Psicopedagógicos, Centros de Salud Escolar, Centros de Higiene Materno - infantil, Centros de Medicina Familiar y Comunitaria, Centros de Salud Laboral, que de una y otra manera abordan el problema de la asistencia primaria en la comunidad, unos dentro de un ámbito más global de la Salud y otros más específicamente en salud mental. Todos estos Centros se muestran partidarios de hacer un trabajo con la comunidad en una zona geográficamente delimitada, en equipo interdisciplinario y de una manera coordinada con otros dispositivos que deben integrar una red asistencial pública.

Pasando a los niveles asistenciales de los Centros de Salud Mental los autores parten de tener siempre en cuenta, a la hora de definir la salud o la enfermedad mental, los factores sociales, familiares, educativos, etc. lo que hace muy difícil

clasificar las acciones en Prevención primaria, secundaria y terciaria y las acciones asistenciales preventivas y curativas ya que al incidir en la comunidad se puede estar actuando simultáneamente en varios aspectos en distintos miembros de la comunidad (familiares, vecinos, etc.).

En cuanto a la ubicación de los centros de salud mental la ven en varios sentidos integrados en Centros de Asistencia Primaria para la salud; coordinados entre los diferentes equipamientos, sanitarios o no, que acogen en primera línea la problemática psicológica de la población; y coordinados con diferentes equipamientos para la Salud Mental de un sector geográfico determinado.

Son tareas del Centro de Salud Mental el trabajo asistencial curativo cuya demanda de asistencia es un medio importante para el conocimiento epidemiológico de la población, esto unido a otras vías de conocimiento de la realidad comunitaria permite planificar las acciones preventivas y de promoción de salud mente. El establecimiento de canales de comunicación estable y organizada entre el sector salud y la población permitirá elaborar una estrategia de intervención acorde con los recursos propios.

Por último abordan la diferencia de trabajar *en* la comunidad a trabajar *con* la comunidad. Es premisa imprescindible para este trabajo la participación activa y organizada de la población en los planes, programas y acciones para la Salud Mental que se establezcan ya que cada comunidad tiene sus aspectos de salud que hay que potenciar desmitificado al técnico como único, portador de salud. La identidad del profesional queda cuestionada y este ha de fijarse los límites a sus intervenciones, clarificar los objetivos y las técnicas a emplear.