Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

2014

La locura en sociedad : Prácticas de re-integración e inclusión socio-comunitaria de personas con padecimiento psíquico. Una aproximación desde los paradigmas de actuación en Salud Mental

Caparrós, Gabriela

http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/132

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Departamento de Servicio Social

Trabajo Final

"La locura en sociedad…: Prácticas de re-integración e inclusión socio-comunitaria de personas con padecimiento psíquico. Una aproximación desde los paradigmas de actuación en Salud Mental"

Estudiante: Caparrós, Gabriela

Directora: Lic. Natalia, Terriaca

Co-directora: Lic. Claudia, Lombardi

Índice

Introducción…….. Pág. 03

Justificación académica..... Pág. 04

Aspectos Metodológicos

a) Definición del problema……..……..... Pág. 06
b) Objetivos……...…….. Pág. 06
c) Metodología…… Pág. 07
d) Muestra y unidad de análisis…….. Pág. 08
e) Técnica de recolección de datos…….. Pág. 08

Aspectos conceptuales

I. Salud Mental: desentrañando categorías

a) De la enfermedad mental a la Salud Mental coexistencia de paradigmas…….. Pág. 10
b) Contextualizando la Salud Mental en la Argentina……..... Pág. 17

II. Políticas sociales……..……... Pág. 26

III. Salud Mental y vulnerabilidad socia

a) Exclusión Social……. Pág. 28
b) Vulnerabilidad social, como factor que potencia el padecimiento mental……..... Pág. 29

IV. Prácticas interdisciplina y trabajo social en Salud Mental

a) Trabajo interdisciplinario en Salud Mental…… Pág. 32
b) Prácticas Sociales …..…… Pág. 34
c) Trabajo Social: perspectiva histórica… ……...…….. Pág. 37
d) Rol del Trabajo Social en Salud Mental: ……. Pág. 42

Análisis de datos………..... Pág. 45

I. **Introducción al análisis de datos**…….. Pág. 48

II. **Cuadro comparativo**…….. Pág. 61

Conclusiones…… Pág.63

Bibliografía……. Pág.69

Introducción

El presente trabajo de investigación, posee el carácter de Tesis de grado de la Licenciatura en Servicio Social, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad de Mar del Plata.

Es una investigación exploratoria/descriptiva, realizada desde una perspectiva metodológica cualitativa.

A lo largo de dicho trabajo se pretende dilucidar los paradigmas que sustentan las prácticas de los equipos interdisciplinarios y estudiar su incidencia en la re-integración social de las personas con padecimientos psíquicos. Para lo cual, se parte esclareciendo los paradigmas existentes en Salud Mental, así como su desarrollo histórico en la República Argentina. Focalizando el estudio en los equipos interdisciplinarios de Salud Mental, de la Provincias de Chubut y de la Provincia de Buenos Aires.

Justificación académica

Como resultado de la promulgación en el año 2010, de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, Argentina presenta un escenario de transición, de tensión entre una lógica asilar y una lógica de integración social. Es en este sentido, que en la letra de dicha ley, se restablece la categoría de sujeto de derecho a todas las personas en situación de padecimiento psíquico. En diversos artículos de la citada ley se puede leer que el tratamiento debe realizarse fuera del ámbito hospitalario, promoviendo la creación de dispositivos que actúen en pos de la inclusión social, tales como: consultas ambulatorias, atención domiciliaria supervisada, casas de convivencia, cooperativas de trabajo, entre otros (art. 9, 11), acciones todas ellas, orientadas a la restitución y promoción de los lazos sociales de esta población. A su vez, el artículo 27 prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o monovalentes ya sean de gestión pública o privada.

Cabe destacar que no son las personas con padecimiento psíquico las que deben integrarse a la sociedad, como una forma de adaptación que no toma en cuenta su subjetividad y necesidades particulares, sino que se debe apuntar a un proceso donde las personas en padecimiento psíquico y la sociedad toda, participen del proceso de integración. Por ello, es necesario contar con prácticas que se direccionen en este sentido, en donde desde los equipos interdisciplinarios, de las instituciones y/o dispositivos de Salud Mental, se implementen herramientas de actuación en la comunidad.

Por lo tanto, se torna imprescindible el estudio y análisis de las distintas prácticas realizadas en pos de la re-integración sociocomunitaria de las personas en padecimiento psíquico. Tratando de rescatar aquellas actuaciones ya encaminadas en tal sentido.

Por esta razón, se realizará un estudio de caso que permita comparar las prácticas llevadas a cabo por los equipos interdisciplinarios de dispositivos e

instituciones de Salud Mental de la Provincia de Chubut y de la Provincia de Buenos Aires.

Centrando su análisis en las prácticas que realizan los equipos interdisciplinarios. Tomando como soporte el artículo 8 de la Ley de Salud Mental que expresa: "el tratamiento debe estar a cargo de un equipo compuesto por la áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas […]".

En tal sentido, se reconoce la incompletud de las herramientas que posee cada disciplina para abordar una problemática tan compleja como es la re-integración social de personas en padecimiento psíquico. Es decir, sabemos que "no hay una disciplina particular que interviene en lo social, en todo caso habría una "mirada disciplinar" que se hace cargo de ciertos aspectos de lo social". (Cazzaniga; 2008:164)

Es por dicho motivo, que el presente trabajo tiene como finalidad aportar elementos que den cuenta y hagan visible las prácticas y los paradigmas que las sustentan. Pudiendo así, desde la perspectiva del trabajo social como integrante del equipo interdisciplinario, poder profundizar la lectura (acción-reflexión) de la re-integración sociocomunitaria de las personas en padecimiento psíquico.

Aspectos metodológicos

a) Definición del problema

¿Existe diferencia entre los modelos o paradigmas subyacentes en las prácticas llevadas a cabo desde el equipo interdisciplinario de instituciones de la ciudad de Trelew, Provincia de Chubut y de la ciudad de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, tendientes a la re-integración e inclusión socio-comunitaria de personas en padecimiento psíquico y en situación de vulnerabilidad social?

b) Objetivos

- Describir y analizar las prácticas llevadas a cabo desde los equipos interdisciplinarios (dispositivos de Chubut/ Buenos Aires) orientadas a la re-integración socio-comunitaria de personas en padecimiento psíquico.
- Comparar las prácticas llevadas a cabo desde los equipos interdisciplinarios (dispositivos de Chubut/ Buenos Aires)orientadas a la re-integración socio-comunitaria de personas en padecimiento psíquico
- Describir y analizar los paradigmas subyacentes en las prácticas llevadas a cabo por los equipos interdisciplinarios (dispositivos de Chubut/ Buenos Aires) orientadas a las re-integración de personas en padecimiento psíquico
- Comparar los distintos paradigmas que subyacen en las prácticas de los equipos interdisciplinarios (dispositivos de Chubut/ Buenos Aires) orientadas a la re-integración e inclusión socio-comunitaria de personas en padecimiento psíquico.

c) Metodología

El presente trabajo de investigación en el área de Salud Mental, será de tipo exploratorio/descriptivo y se realizará a partir de la metodología cualitativa.

La elección de la metodología cualitativa, se funda en la búsqueda de la comprensión de fenómenos sociales complejos; como lo son, los paradigmas que sostienen las prácticas de re-integración sociocomunitaria en Salud Mental.

Dicha metodología, pone su acento en el concepto de patrón cultural, es decir, que cada sociedad posee un manera única de interpretar lo sucesos. Lo que le otorga a este tipo de enfoque una perspectiva holística y flexibilidad en sus procesos. Asimismo, le proporciona "profundidad a los datos, dispersión, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas." (Hernández Sampieri, Fernández-Collado; Baptista Lucio; 2006: 21).

El diseño de investigación es, por un lado exploratorio, ya que, si bien la temática de Salud Mental y reintegración e inclusión socio-comunitaria ya ha sido investigada, se realiza desde una perspectiva que tiene como objetivo analizar, comparar y comprender prácticas llevadas a cabo en instituciones particulares.

Generalmente, los estudios exploratorios no constituyen un fin en sí mismo, sino que establecen tendencias, identifican áreas y situaciones o contextos a ser estudiadas, establecen nuevas problemáticas para ser abordadas en profundidad por investigaciones futuras. Suelen caracterizase por poseer mayor flexibilidad en su método que otros tipo de diseños.

Por otro lado, el diseño tiene características descriptivas, este tipo de estudio busca especificar propiedades ya sea de personas, grupos, comunidades, procesos u otro fenómeno social objeto de la investigación. Aquí, lo que se intenta realizar es recolectar información para luego poder describir lo que se investiga.

d) Muestra y Unidad de Análisis

El tipo de muestra elegido corresponde a una muestra no probabilística, de toma de decisión de las personas que construyen la muestra, "suponen un procedimiento de selección informal" (Hernández Sampieri, Fernández-Collado; Baptista; 2006: 262). Dentro de este tipo, se utilizará una muestra no probabilística por conveniencia, que está integrada por aquellos casos disponibles a los cuales los y las investigadores/ras tienen acceso.

La unidad de análisis de la investigación serán las prácticas de los equipos interdisciplinarios orientadas a la re-integración e inclusión socio-comunitaria de personas en padecimiento psíquico, de una muestra no probabilística de instituciones de la ciudad de Trelew, Provincia de Chubut, y de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires. Siendo los y las integrantes de los equipos interdisciplinarios de las instituciones seleccionadas, quienes proporcionaran la información pertinente.

e) Técnicas para la recolección de datos

Al tratarse de un estudio con enfoque cualitativo, se busca recabar datos, interesando principalmente conceptos, percepciones, experiencias, procesos manifestados a partir del propio lenguaje de los participantes. Es por dicha razón, que se utilizan técnicas también de recolección cualitativas, las cuales nos permiten llegar a este tipo de profundidad de los datos.

Dichos datos "se recolectan con la finalidad de analizarlos y comprenderlos, y así responder a las preguntas de investigación y generar conocimiento". (Hernández Sampieri, Fernández-Collado; Baptista Lucio; 2006: 583).

Cuando se habla de herramientas cualitativas, se debe tener en cuenta el papel central del propio/a investigador/a, quienes "deben construir formas inclusivas para descubrir las visiones múltiples de los participantes y adoptar papeles más personales e interactivos con ellos". (Hernández Sampieri, Fernández-Collado; Baptista Lucio; 2006: 585).

A fines de recolectar los datos necesarios para la presente investigación, se utilizará la entrevista cualitativa semi-estructurada, que se basa en una guía de preguntas, en donde el/la entrevistador/a tiene la libertad de introducir nuevas preguntas para especificar conceptos u obtener mayor información.

Cabe destacar, que las entrevistas se realizaran a fines del año 2012 y el año 2013.

Aspectos conceptuales

I. Salud Mental: Desentrañando categorías

"El hombre puede, en particular, ser visto como persona o como cosa. El mismo objeto, focalizado desde diferentes puntos de vista, da origen a dos descripciones completamente diferentes, y éstas resultan en dos grupos completamente distintas de acciones. La forma inicial de ver determinada cosa determina todas nuestras relaciones subsecuentes con ella"
Laing

a) De la enfermedad mental a la salud mental: Coexistencia de paradigma

A riesgo de caer en reiteraciones, se torna necesario realizar una reseña histórica de la evolución, de lo que hoy podríamos denominar Salud Mental, a fin de comprender lo que en la actualidad sucede en torno a este campo.

Se podrá dilucidar cuáles son los modelos que explican el sufrimiento mental. En este sentido se encuentran dos formas prevalecientes que explican los antes dicho: 1.el modelo médico-positivista en psiquiatría; y, 2. el modelo de la Salud Mental. Estos modelos constituyen paradigmas[1]. Siguiendo a Follari se entiende por paradigmas aquellas tradiciones teóricas, serie de teorías concatenadas, es decir, diversas entidades que son más abarcativas que una sola teoría.

[1]El primero en acuñar el término de paradigma fue Khun, entendiéndolo como un acuerdo de la comunidad científica y una matriz disciplinaria. Esta definición es utilizada y aceptada en las ciencias naturales, en donde es posible que se den estos acuerdos. Por el contario, en las ciencias sociales difícilmente se pueda llegar a este tipo de consensos, debido a que "la existencia de ideologías diferentes hace imposible el acuerdo interteórico" (Follari: 2000; 119).

El punto de partida, de esta reseña histórica, se ubicará en la Revolución Francesa, ya que, es a partir de este período que comienzan los cambios y hechos más relevantes, cuyos efectos perduraran hasta el día de fecha.

La Revolución Francesa, instaura el pensamiento moderno, con las ideas de libertad, fraternidad e igualdad, y la concepción de Estado-Nación, "fue un momento histórico impar, escenarios de varias transformaciones económicas, sociales y políticas que tienen mucha importancia para el área de la medicina y el campo de la salud" (Amarante; 2007:24).

1. ***Modelo médico positivista en psiquiatría***: Cuando se habla del paradigma médico positivista, se debe remontar a la Revolución Francesa. Es en este período revolucionario, donde se empieza a cuestionar el hospital general[2], por considerarlo un símbolo del régimen absolutista; en este punto es necesario aclarar que los hospitales en aquella época, no eran instituciones médicas. Sino instituciones creadas desde la Edad Media, con el fin de ofrecer abrigo, alimentación, asistencia religiosa a pobres, mendigos, enfermos.

Es al llegar al Siglo XVII, cuando dichos hospitales, dejan de poseer el carácter exclusivamente filantrópico, y comienzan a cumplir funciones del orden social y político, denominándose *Hospital General*.

Al ser un símbolo del régimen absolutista, los revolucionarios pretendían ponerle fin, el dilema se encontraba en qué hacer con los 'locos' que no deseaban liberar, situación que se oponía a sus "principios libertarios".

Es en este contexto, en que Philippe Pinel[3] libera de sus cadenas a los insensatos del Hospital Bicetre, en los hechos reales no libera a los locos, sino

[2]El hospital general es creado en el siglo XVII, es una institución en donde se encerraban, entre otros, a los pobres, las prostitutas, locos y a opositores al régimen real, sin mediar proceso, sólo bastaba una "*lettre de cachet"* firmada por el Rey.

[3]Philippe Pinel, considerado el padre de la psiquiatría, además de ser médico y filósofo fue prestigioso político revolucionario. Diputado electo de la Asamblea Nacional Constituyente, elaboró la primera constitución democrática republicana.

que emprende la tarea moral y política, de discernir entre los ciudadanos encerrados y los realmente locos. Estos últimos, deben seguir sometidos a tratamiento asilar, único tratamiento que posibilitará la restitución de la libertad despojada por la alienación.

He aquí el primer principio del tratamiento moral: el aislamiento del mundo exterior; a partir de este momento, Pinel es considerado padre de la psiquiatría y del asilo. Se abre simbólicamente un nuevo período.

En este período, la locura comienza a tener un nuevo estatuto, deja de ser pensada como una posesión demoníaca y deviene en "enfermedad", se produce una reducción de la persona a la enfermedad, en base a los signos observados por el psiquíatra. Se torna necesario el surgimiento de una disciplina cuyo conocimiento avale dicho status. Es decir, es necesario el surgimiento del personaje médico. Esta es la solución que los revolucionarios encuentran a la problemática planteada sin traicionar sus principios.

En este modelo o paradigma es central la existencia del asilo, que se conforma como la matriz de la relación terapéutica, en el interior de estas instituciones se dan las condiciones para que aparezca un saber que se ejerza en forma de poder sobre el comportamiento de los sujetos expuestos al encierro.

De esta manera, la triada Institución manicomial-saber psiquiátrico- poder sobre un otro, es esencial en la asistencia de la medicina mental, característica que podemos encontrar actualmente en los hospicios.

Según Esquirol, los hospitales psiquiátricos cumplían principalmente cinco funciones: 1. Garantizar la seguridad personal del "loco" y su familia; 2. Liberarlos de las influencias externas; 3. Vencer sus resistencias personales; 4. Someterlos a un régimen médico; 5. Imponerles nuevo hábitos intelectuales y morales.

En general, sus características son "en el plano teórico la ubicación de lo patológico en un apartamiento de la razón, un desorden, que puede ser objetivado como un dato natural y por lo tanto pasible de un conocimiento positivo; en el plano de las prácticas terapéuticas se recubre de aspecto médico una intervención dirigida a segregar e internar a aquellos que no aceptan las reglas del conjunto, en

el plano institucional se crea un sistema asistencial basado en el internamiento y puesto al servicio de la custodia del excluido." (Galende; 1983: 6).

Continuando con el recorrido histórico, se observa que este paradigma irá sufriendo transformaciones, pero que sus características esenciales no se modificarán. Es así, como a mediados del siglo XIX; aparece un nuevo ordenamiento de la "locura" en el plano teórico, lo que desemboca en la adopción, por parte de la comunidad psiquiátrica, del modelo anátomo-clínico. Este nuevo modelo tiene como base los siguientes puntos: 1° La locura puede ser observada y descripta en condiciones similares a los otros objetos de las ciencias; 2° Ubicada la locura en el lugar de objeto, se abre la posibilidad de un conocimiento racional de la misma; 3° Puesta la locura como objeto de un conocimiento positivo están dadas las bases para un conocimiento objetivo del hombre. Surge lo que Foucault denominó "Psiquiatría Científica", el objetivo de los psiquíatras es ordenar y clasificar la locura.

Ya sea en su fase Alienista como en su fase Científica lo que caracteriza a este paradigma, **es la reclusión asilar como recurso terapéutico, y una concepción de peligrosidad para terceros y para sí mismo.**

2. ***Paradigma de la Salud Mental:*** Finalizada la Segunda Guerra Mundial, comenzaron a ser cuestionados los hospitales psiquiátricos, por poseer características en común con los campos de concentración. En ambos, la dignidad humana era devastada. Este cuestionamiento, dio lugar a las primeras experiencias de reforma psiquiátrica que ponían en el centro de la discusión, por un lado, la relación entre profesional y "paciente", donde se perdía toda capacidad de decidir sobre su propia vida, y, por el otro, el sistema basado en un dispositivo hospitalario de castigo y represión.

Dichas experiencias de reforma psiquiátrica, emergen en toda Europa y en Estados Unidos. Siguiendo a Paulo Amarante se las puede dividir (a fines de comprender el proceso histórico) en tres grupos, a saber: 1. Comunidad

Terapéutica y Psicoterapia Institucional; 2. Psiquiatría del Sector y Psiquiatría Preventiva; 3. Antipsiquiatría y la Psiquiatría Democrática.

La hipótesis del primer grupo era que el fracaso se encontraba en la forma de gestionar los hospicios, razón por la cual la solución se encontraba en introducir ciertos cambios en la institución, con esto, pretendían que el hospital psiquiátrico se convirtiera en aquella institución pensada por Esquirol (mencionada con anterioridad).

Estas experiencias son llevadas a cabo en Inglaterra (Comunidad Terapéutica) y en Francia (Psicoterapia Institucional) de la postguerra, ambas tienen como premisa que todos en el hospital poseían una función terapéutica, unos planteando procesos de horizontalidad y democratización de las relaciones, y otros proponiendo la transversalidad, con la intención de problematizar las jerarquías y hegemonías.

La Psiquiatría del Sector y la Psiquiatría Preventiva entendían, que el modelo hospitalario se encontraba agotado, y que debía ser desmantelado a partir de la construcción de servicios asistenciales, que apuntaran a mejorar los cuidados terapéuticos. La Psiquiatría del Sector (Francia) observando el fracaso de la Psiquiatría Institucional, propone un trabajo externo al manicomio, es así, que se crean los Centros de Salud Mental distribuidos por sectores, la atención psiquiátrica se regionalizó.

Uno de los logros más importantes de esta corriente fue que el acompañamiento terapéutico pasa a ser abordado por el equipo profesional, es decir, el tratamiento ya no es exclusivo del psiquiatra, sino, por todos los miembros del equipo tratante.

En cuanto a la Psiquiatría Preventiva, surge en Estados Unidos alrededor de la década del 50, aparece el concepto de desinstitucionalización, a partir de la prevención y la creación de dispositivos extrahospitalarios. Aunque parece innovador, esta corriente se convirtió en una "caza", en donde se buscaba detectar a personas que posiblemente pudieran desarrollar alguna enfermedad mental, representando un nuevo proyecto de medicalización del desorden social.

Para finalizar con este recorrido histórico, se describe la Antipsiquiatría y la Psiquiatría Democrática. La primera surge en Inglaterra en década del 60. Su hipótesis fue que el discurso de las personas con padecimiento psíquico denunciaban los conflictos y contradicciones existentes, tanto en la sociedad, como en la familia, y es en el hospicio donde se llevaría al extremo estás estructuras opresoras y patogénicas de la sociedad. En definitiva, la enfermedad mental no existía, sino que existía determinadas experiencias de los sujetos con su medio social.

La Psiquiatría Democrática[4], surge en Italia, tiene como mayor exponente a Franco Basaglia. Parte de las experiencias de las Comunidades Terapéuticas y de las Psiquiatría Institucional, utilizándolas no como fines, sino como estrategias para lograr el desmantelamiento de la estructura del manicomio. Basaglia formula un pensamiento y una práctica totalmente innovadora, en donde vuelca la idea de superación del aparato manicomial, entendiéndolo "no sólo como la estructura física del hospicio, sino como el conjunto de saberes y prácticas científicas, sociales, legislativas y jurídicas que fundamentan la existencia de un lugar de asilamiento, segregación y patologización de la experiencia humana." (Amarante; 2007: 56).

El paradigma de la Salud Mental, que incluye "modos de pensamiento y prácticas terapéuticas provenientes de la sociopolítica, la dinámica de grupos, la psicología (ya no objetiva), la antropología, el psicoanálisis, la lingüística, etc. que la alejan de la práctica médica e implican una "semiotización" progresiva del hecho patológico" (Galende; 1983: 6). Asimismo, se incorporan otros profesionales en la atención de personas en padecimiento psíquico, con lo cual se restituye las características subjetivas del padecimiento, corriendo del centro de la escena a la patología, para ubicar a la persona.

Tal vez el hecho más importante, es que con el devenir de la Salud Mental en tanto campo de actuación, se logra pasar de una concepción en donde el sujeto es puesto entre paréntesis, tomando protagonismo sólo la enfermedad, a situar,

[4]Esta corriente es la que se expande en América Latina, y más específicamente en Brasil

como lo propone Franco Basaglia, "la enfermedad entre paréntesis". De esta forma es posible *ocuparse de los sujetos en sus experiencias, en sus vivencias*.

El concepto de enfermedad entre paréntesis "no significa la negación de la existencia de enfermedad […] no significa el rechazo de aceptar que exista una experiencia que pueda producir dolor, sufrimiento, diferencia, malestar; no es la negación de la experiencia que la psiquiatría, por convención, denominó enfermedad mental" (Amarante; 2007:66).

A partir, de darles protagonismo a las personas en padecimiento, nos encontramos con sus problemas concretos de la vida cotidiana, su trabajo, su familia, sus proyectos. En fin, su entorno social, por lo tanto, las actuaciones profesionales deben ir encaminadas hacía la sociabilidad y construcción de subjetividad. Reforzando la integralidad que caracteriza el campo de la Salud Mental.

En definitiva, y finalizando este primer acápite, la diferencia entre Salud Mental y Psiquiatría, reside en que esta última se basa en un sólo tipo de conocimiento y son ejercidas fundamentalmente por un sólo profesional, el o la psiquiatra, reduciendo este campo al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales. Por el contrario, Salud Mental, alude a un campo de conocimiento y actuación que se caracteriza por ser complejo, plural e intersectorial, de allí su riqueza a la hora de realizar actuaciones con personas en situación de padecimiento psíquico.

Con lo dicho, no se menosprecia el saber psiquiátrico, sino que "ampliamos el espectro de conocimientos involucrados" (Amarante; 2007:17), es así, que el campo de la Salud Mental está compuesta por un compleja red de saberes, en donde se entrecruzan la psiquiatría, el psicoanálisis, la psicología, la antropología, la neurología, la fisiología, la sociología y el trabajo social, terapia ocupacional, enfermería. Asimismo, hablamos de la historia de los sujetos, de las sociedades y de la cultura.

6) Contextualizando la Salud Mental en la Argentina

Todo trabajo que pretenda comprender e interpretar la Salud Mental en la Argentina actual, deberá analizar el recorrido histórico de la misma. Es por dicha razón, que en este apartado, se intentará realizar una reseña histórica de la Salud Mental en dicho país.

Se debe tener en cuenta que Argentina está inserta en un sistema internacional, lo cual influye tanto en los niveles nacional, provincial y municipal, todos atravesados por las dimensiones económicas, políticas, sociales y culturales. Se describe a la República Argentina como un país capitalista dependiente. Los países capitalistas se caracterizan por una multiplicidad organizativa, existiendo una diversidad de instituciones subsectoriales, lo cual torna complejo el funcionamiento de la salud como sistema.

A su vez, existe una mayor preponderancia del mercado por sobre el Estado, no escapando la salud a esta lógica, por lo cual el acceso a la salud de calidad, queda determinado por el factor económico.

En los países dependientes, esta situación se agrava por los altos niveles de inequidad, por la falta de recursos y porque se intenta imitar modelos de países desarrollados, sin tener en cuenta las particularidades del contexto local.

Algunos momentos más importantes en la historia son:

- *Del año 1880 al año 1910:* En este período se afianza el dispositivo psiquiátrico alienista, con un discurso médico higiénico-moral, el cual toma como punto de referencia el modelo positivista y la psiquiatría francesa.

Aquí la curación de la enfermedad mental se realizaba a partir del encierro y de distintos tratamientos de índole físico y moral. Es así, que se organiza el primer modelo disciplinario: La Medicina Mental.

Dicho modelo va a centrar su discurso en la peligrosidad de las personas con padecimiento mental, razón por la cual se las debía apartar de la sociedad.

Este discurso de control de los sujetos sociales, apuntará "al cuidado de la salud desde pautas que se imbricarán con el disciplinamiento y generarán una

mirada permanente en la cotidianidad" (Carballeda; 2004:160). Es decir, el cuerpo será pensado como un bien social a custodiar, debido a su importancia en el proceso productivo.

Tal mirada, será acompañado y sostenida por reformas político-jurídicas "que tuvieron distintos puntos culminantes en las dos primeras décadas del Siglo como la Ley de Residencia o la oposición del voto universal, secreto y obligatorio" (Carballeda; 2004:159).

- *Década del 40 a la década del 70:* En los años que van desde 1945 a 1955 el ministro Ramón Carrillo intento realizar diversas reformas, con el fin de dar soluciones a cuestiones de índole materiales, como lo son la falta de capacidad en los hospicios o falta de coordinación entre jurisdicciones responsables del tratamiento de la locura. Dichas reformas no prosperaron por falta de apoyo del sector.

Asimismo, la burocracia sindical, quienes manejaban las obras sociales, aparecen como un nuevo actor social que junto a los psiquiatras alienistas defenderán las estructuras manicomiales.

La situación comienza a modificarse entre los años 1955 y 1976, cuando a nivel mundial surgen los movimientos de Salud Mental. En nuestro país se consolidan nuevas escuelas como, el psicoanálisis, sociología, psicología institucional y la psiquiatría comunitaria; proponiendo prácticas comunitarias y preventivas-asistenciales. En este periodo, se crean las residencias en Salud Mental, las salas de internación en Hospitales Generales, Hospitales de Día y Comunidades Terapéuticas.

Estás experiencias al no ser integradas a un plan Nacional de Salud Mental, se transforman en experiencias aisladas y parciales, que no pueden hacerle frente a la estructura manicomial la cual se encontraba en vigencia.

- *Década del 70:* En el contexto del golpe de Estado se ponen en marcha diversas transformaciones en el sistema de salud. Se comienza a implementar las políticas neoliberales, a partir del cual se instaura un régimen privatista en el

campo de la Salud en general, y por supuesto no se escapa a este hecho el campo de la Salud Mental en particular. Es decir, a partir de este momento los grupos de poder privado comienzan a tomar el control y ponen el campo de la Salud Mental al servicio de sus propios intereses económicos.

En consecuencia, se dejan de lado las experiencias reformistas que se habían comenzado a efectuar años anteriores, en el campo de la Salud Mental.

- *Década del '80:* Con la llegada de la democracia se abre otro momento dentro de este período. En cuanto a la Salud Mental se ponen en marcha distintas estrategias para concebir políticas que tengan como fin reconstruir lo perdido en la última dictadura. Se implementan distintos planes pilotos, que no llegan a consolidarse por falta de apoyo estatal y por no ser parte de una política integral, como sucedió en décadas anteriores.

- *Década de los '90:* En esta época, la privatización de la salud llega a su máxima expresión. No se destinan recursos suficientes para la atención en Salud Mental, y quienes tienen que recurrir al ámbito estatal ven mermados la calidad en su atención.

- *Actualidad:* A fines del año 2010 se sanciona la Ley N° 26.657 "Ley Nacional de Salud Mental", tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la Salud Mental de todas las personas, y "el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional" (art. 1, Ley N° 26.657).

Reconoce a la Salud Mental como un proceso determinado por lo biológico, histórico, cultural y lo socio-económico. A la vez, que explicita que la atención está a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados, incluyendo las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. (Artículo 8, Ley 26.657)

En el año 2013, a través del Decreto N°603/2013 se reglamenta la Ley de Salud Mental N° 26.657. Que explicita, "la responsabilidad indelegable del Estado en garantizar el derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto, con modalidades de atención basadas en la comunidad, entendiendo a la internación como una medida restrictiva que sólo debe ser aplicada como último recurso terapéutico". Asimismo establece que "Las políticas públicas en la materia tendrán como objetivo favorecer el acceso a la atención de las personas desde una perspectiva de salud integral, remarca la reglamentación, y precisa que "el eje deberá estar puesto en la persona en su singularidad, más allá del tipo de adicción que padezca".

A través de la reglamentación de la Ley N° 26.657, se crea la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones, que funcionará en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros. La Comisión es presidida por el Ministerio de Salud de la Nación, tal lo establece la Ley Nacional de Salud Mental, y deberá estar integrada por representantes de las carteras de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

Además se conformó del Órgano de Revisión del Plan de Salud Mental, representante por integrantes del Ministerio de Salud, de Defensa y por la Secretaría de Derechos Humanos.

Para concluir, en esta aproximación a la historia de la Salud Mental en el territorio Nacional, se observa, que a pesar de los distintos intentos por reformar el sistema asilar, no se ha logrado realizar cambios que sean sostenidos en el tiempo, siguiendo a Carpintero "Los actores que se fueron creando en diferentes períodos históricos siguen estando presentes adaptados a las actuales condiciones del capitalismo mundializado" (Carpintero; 2011:13).

Cabe destacar, que Argentina posee un sistema de gobierno federal, por tal razón, algunas jurisdicciones han logrado mayor avance, en lo relacionado a la

promulgación de leyes, normativas, innovaciones en la modalidad de internación y participación comunitaria entre otros aspectos.

En esta investigación, analizaremos los recorridos que han hechos las provincias de Buenos Aires y Chubut, en lo que respecta al sistema de Salud Mental

6.1) Buenos Aires

La provincia de Buenos Aires al día de la fecha no ha promulgado una Ley de Salud Mental que equipare su normativa a la de la Nación. Su legislación sobre la temática, data del año 1975, Ley Nº 8.388.

De su lectura se desprende su adherencia al paradigma médico positivista y sus prácticas correspondientes, es decir, toma a la figura del psiquiatra como el único profesional con facultades para hacerse cargo de la coordinación de Salud Mental (art. 5), asimismo, contempla la creación de Hospitales Psiquiátricos Regional, Pabellones Psiquiátricos Regionales, si bien habla de los y las profesionales que deben integrar los equipos, no explicita una concepción interdisciplinar (arts. 8, 9 y 10). A su vez, habla de los Centros de Salud Mental, encargados de atender los casos derivados de los Hospitales y Pabellones Psiquiátricos Regionales.

Con respecto a los Hospitales y Pabellones Psiquiátricos Regionales, la ley prevé que las internaciones se realizarán por un período máximo de seis meses, no obstante, regula los hospitales para crónicos, que estarán destinados para los casos de internaciones mayores a los seis meses.

En cuanto al sistema de Salud Mental en la Provincia de Buenos Aires, está compuesto por la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones (unificada en el año 2012), por la Dirección de Salud Mental, dependientes del Ministerio de Salud provincial. La Provincia de divide en Doce Regiones Sanitarias, cada una con su respectiva Coordinación Regional de Salud Mental.

Teniendo en cuenta el nuevo contexto que instala la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, el Ministerio de Salud de la Provincia, propulsa acciones y programas que tienden a la desmanicomialización y a la atención comunitaria en Salud Mental.

En tal sentido, existen propuestas de proyectos de ley, para equiparar la legislación provincial a la nacional. Los puntos más destacados de dicho proyecto de ley, equiparables a lo explicitado en la Ley Nacional de Salud Mental son: se prohíbe crear nuevos Hospitales Monovalentes de Salud Mental y la adaptación y modificación de los existentes (art. 11), la misma establece los efectores de Salud Mental basados en un modelo comunitario. Por ejemplo, Casas de Medio Camino, Centros de Salud Mental. Cooperativas de trabajo entre otros, (art. 10). También contempla el abordaje interdisciplinario, donde se incluyen a las áreas de Enfermería, Medicina, Trabajo Social, Piscología, Terapia Ocupacional, Abogacía, Personas usuarias, familias y organizaciones de la comunidad (art. 8).

Cabe destacar, que la provincia de Buenos Aires cuenta con experiencias de Salud Mental Comunitarias, que podemos encontrar a lo largo de la historia (Casas de Medio Camino, Centros de Día, Dispositivos de Arte y Salud Mental, Centros de Salud Mental Comunitarios); no obstante al ser experiencias aisladas y sin un marco común, no logran un cambio estructural, quedando a la voluntad de los profesionales la implementación de este modelo.

6.2) Chubut

Chubut es una de las provincias que no sólo sancionó una ley provincial con anterioridad a la Ley de Salud Mental Nacional, sino que vienen trabajando hace ya una década desde el nuevo paradigma.

Es a partir del 2004 que adopta una política de Salud Mental basada en un modelo de atención comunitaria; y a diferencia de la Provincia de Buenos Aires, el Ministerio de Salud cuenta con una Dirección de Salud Mental Comunitaria, cuya función es diseñar, implementar y evaluar los programas de Salud Mental, así

como también gestionar los recursos necesarios para la efectivización de dichos programas. (Ministerio de Salud de la provincia de Chubut)

Los servicios de salud en la provincia están constituidos por una red zonificada de efectores de distinta complejidad (Hospitales, Centros de Salud y Puestos Sanitarios). Y administrativamente, la provincia está dividida en cuatro áreas programáticas, encargadas de organizar la red de servicios.

En cuanto a lo referido a Salud Mental, el objetivo principal planteado a fin de poder implementar este nuevo modelo, fue trabajar con los equipos de las distintas localidades, ya que se consideró que eran los protagonistas del cambio y de la posibilidad de implementar prácticas diferentes que apunten a la calidad de vida de las personas y al respeto por sus derechos.

En consonancia a lo dicho se implementa, por un lado, el Programa de Capacitación en Servicios, que consta de talleres destinados a todos los integrantes de los Equipos de Salud Mental, y, a su vez, a otros equipos de salud y otros sectores. Por otro lado, se pone en marcha procesos de evaluación y monitoreo de las acciones.

En la provincia existen tres procesos diferentes, teniendo en cuenta la realidad particular de cada lugar o área. Los cuales son:

1. ***Zona Noroeste de la Provincia:*** Esta primera zona o proceso está integrada por los Servicios de Puerto Madryn, Trelew y Rawson, por el programa de Salud Mental del Hospital Rural de Gaiman y por el Equipo Itinerante. El cual se encarga de cubrir una parte del interior de la provincia.

Los servicios están conformados por Centros de Día, Internación de Agudos dentro del Hospital General, donde la estadía es de dos semanas aproximadamente, y consultas ambulatorias, que paulatinamente se las está trasladando a los Centros de Atención Primaria.

El Equipo Itinerante tiene como objetivo realizar un diagnóstico participativo y comunitario para poder diseñar e implementar programas locales en consonancia con las necesidades y recursos particulares.

Cabe destacar, que es en esta zona donde se visualiza un mayor avance en la implementación del modelo de atención Comunitaria en Salud Mental.

2. ***Área Programática Esquel:*** Es la zona que posee mayor cantidad de Hospitales Rurales. Asimismo, existe un Servicio de Salud Mental de referencia, que se encuentra en la localidad de Esquel, integrado por un Sector de Internación de Agudos en el Hospital General y por Consultorios Externos.

3.Comodoro Rivadavia y Zona Sur de la Provincia: Esta zona es en la que menos se observa el avance en la implementación del paradigma de Salud Mental. Cuanta con un Área de Internación en Hospital General y con Consultorios Externos.

A su vez, algunas localidades de la provincia, cuentan con la presencia de Empresas Sociales de Salud Mental, que también son parte de la red asistencial socio-sanitaria de los Servicios de Salud Mental. Dicho dispositivo tiene como objetivo "la integración socio-laboral en el ámbito comunitario de personas en situación de vulnerabilidad psico-social, desempleadas" (Freytes; 2014). En este sentido, incluye tanto a personas con discapacidad así como también personas que atraviesan problemáticas sociales y económicas.

La primer Empresa Social se inaugura en el año 2009: *"Hilando Caminos";* y el año 2013 la provincia cuenta con ocho Empresas Sociales.

En lo que respecta al ámbito legal, Chubut sanciona su Ley de Salud Mental, Ley N° 384, en el año 2009, de esta manera se crea el marco de las acciones y actividades del campo Salud Mental, Tanto en lo que respecta a la promoción de la Salud Mental y la prevención de las problemáticas psico-sociales, como también contempla el tratamiento integral y la rehabilitación; desde un modelo de orientación comunitaria, a fin de lograr la permanencia de las personas en

padecimiento psíquico en la comunidad (arts. 1 y 8). Considerando como último recurso terapéutico la internación, y por un período mínimo e indispensable (art. 13). Dicha normativa legisla sobre la esfera pública y sobre la esfera privada.

II. Políticas sociales

"Se debería tratar de plasmar la respuesta social en políticas sociales y de salud concretas, que reflejen el compromiso social solidario con las necesidades de los enfermos mentales"

Lucía del Carmen Amico

Las políticas sociales son la consecuencia de la lucha de clases y de los conflictos sociales, son un modo de articulación entre el Estado y la sociedad, "significa que tienen la capacidad de modificar las relaciones allí presentes, orientándolas en función de otra composición y reorganización de las relaciones con grupos sociales, son acciones del Estado puestas en práctica" (Kirchner; 2007:18).

Dichas políticas, construidas a partir del dialogo Estado-Sociedad, son muestra del horizonte al cual se aspira llegar y demuestran el cómo transitarlo. Es decir, las políticas sociales representan, las intervenciones sociales del Estado destinadas a producir y moldear las condiciones de vida y de reproducción de distintos sectores y grupos sociales. En este sentido, debemos entender a las políticas sociales no como un fin en sí misma, sino como un medio, es decir, son estrategias que deben contribuir a la integración social.

Las políticas sociales, por su contenido y objetivos pueden encaminarse a resolver necesidades de educación, vivienda, salud, y una equitativa distribución de cargas impositivas, entre otros. Las mismas, pueden ser políticas de un gobierno o políticas de Estado, esto último significa que corresponde a más de un gobierno, es decir, prevalecen en el tiempo.

Uno de los debates más extendidos sobre políticas sociales es si deben ser universales o focalizadas. Los defensores de la universalización de las políticas públicas, poseen como principal argumento, que el Estado tiene la responsabilidad social "de garantizar el acceso a la educación, la salud, la vivienda y asistencia a la vejez a todos los ciudadanos" (Staiil: 11), asimismo, manifiestan que las

políticas focalizadas al centrarse sólo en un grupo de la sociedad y excluir, por tanto, al resto de la sociedad, generan injusticia social.

Quienes defienden a las políticas focalizadas sostienen, que al hacer foco en los sectores empobrecidos, se contribuye a mitigar las desigualdades sociales y así se permite, progresivamente, la redistribución de la riqueza.

Existe una relación esencial entre actuación profesional y políticas sociales, ya que es la actuación profesional quien le otorga singularidad y aplicabilidad a las políticas sociales, a través de la delimitación de las posibles prestaciones, teniendo en cuenta las necesidades particulares de cada contexto.

Otra característica, es que las políticas sociales en dialogo con la actuación profesional "implican una estrategia de recuperación de capacidades, habilidades y básicamente de formas constitutivas de la identidad" (Carballeda; 09) así como también la recuperación de la ciudadanía.

Por último, cabe destacar, la relación política sociales y salud, ya que es esencial contar con políticas que faciliten el encuadre de los sistemas de salud a la realidad de nuestro país.

Las políticas sanitarias no existen desarticuladas de su contexto, por el contario, son producto, consecuencia de dichas políticas; que siguiendo lo expuesto, son resultado de las luchas sociales para mejorar los estándares de vida y lograr igualdad social.

III. Salud Mental y vulnerabilidad social

"¿Quiénes son esos hombres que deambulan harapientos por los grandes patios bajo la sospecha de un bárbaro crimen? Peones de campo. Obreros de muy abajo. Desclasados. Conocedores de todo vicio, ruindad y pobreza. Vienen del mal trabajo, de la mala paga, del mal aliento, del mal alcohol, de la mala salud y de los malos sueños"
Vicente Zito Lema.

Las poblaciones que concurren a los servicios psiquiátricos no sólo son víctimas de la segregación social a causa de su "enfermedad mental", sino que sufren la pérdida de sus lazos sociales, exclusión del sistema laboral, vulnerabilidad económica, etc., lo cual acentúa la segregación y exclusión de la vida en sociedad. Siguiendo a Amico (Amico; 2005: 43), no es excepcional encontrar personas internadas por situaciones de pobreza y desamparo familiar y/o social, es decir, se trata de poblaciones vulnerables y excluidas no sólo por su padecimiento psíquico, sino por sus condiciones sociales.

Por tal motivo, en este capítulo se abordará la temática de la exclusión contextualizando en Argentina, para luego, poder analizar los entramados que existen entre la vulnerabilidad social y la Salud Mental.

a) Exclusión social

El quiebre del Estado de Bienestar trajo como consecuencia nuevas y más complejas problemáticas vinculadas a la exclusión social y a sociedades desiguales. Este hecho se debe a la inequidad en el acceso a los bienes básicos para la supervivencia.

La precarización laboral, los despidos masivos, ocurridos en la época de los '90, con la profundización del Neoliberalismo como sistema socioeconómico,

confluyó en el surgimiento de nuevas formas de exclusión y pobreza, haciendo que se torne más heterogénea la población de los sectores marginados. El problema no sólo reside en la pérdida laboral, sino que está perdida de empleo sumada a los recortes presupuestarios en políticas sociales, genera una crisis en la construcción de identidad colectiva. Esta identidad, el sentido de pertenencia, estaba dada anteriormente por la identidad del trabajador, que en muchas ocasiones estuvo atravesada por distintas generaciones. En cambio, en la actualidad esta pertenencia social, se relaciona a partir de la inserción de cada persona al mercado laboral, generando más desigualdad, injusticia social, precarización, hambre, e incertidumbre hacía el futuro.

Este escenario de injusticia social, precarización de la vida cotidiana, impactan fuertemente en la subjetividad personal, originando nuevas formas sociales de padecimiento. En consecuencia, es posible vislumbrar una fuerte relación entre precarización y las problemáticas de Salud Mental. Siguiendo a Carballeda: "En todos estos años, nuevas formas del padecimiento, relacionadas con las expresiones de la injusticia, fueron presentándose desde otros actores que ahora comenzaban a recorrer las salas de los servicios estatales de Salud Mental. Eran rostros novedosos, algunos, los que penosamente lograban llegar procedían de la pobreza estructural, otros veían con asombro que se encontraban allí luego de una situación de caída que los encontraba sin trabajo, sin cobertura social y con lazos sociales deteriorados."(2009:104)

b) Vulnerabilidad social como factor que potencia el padecimiento mental

Se puede observar que la "locura" no es un hecho personal, sino un fenómeno de orden social, ya que la misma va a estar determinada por aquellos comportamientos que una estructura social particular juzgue como 'anormales'. Por lo tanto, lo que en una cierta cultura se considerada "normal", en otra puede ser considerada "anormal". "La insania es sinónimo de un comportamiento o experiencia 'inaceptables' dentro de una estructura determinada" (Moffatt; 1997:163)

En un análisis más minucioso, se visualiza cómo estas pautas de normalidad son en realidad aquellas pautas necesarias para mantener la estructura socioeconómica, que son creadas y basadas en los discursos dominantes. Quienes no se puedan adaptar, se encuentran más expuestas a un posible diagnóstico psiquiátrico con su respectiva internación.

Si entendemos que un persona con padecimiento psíquico está alejada, escindida de su naturaleza, la situación se agrava para los grupos marginados, ya que no existe un respeto hacía la identidad cultural de los mismos, de esta manera como explica Moffatt "se ayuda a convertir una situación de extrañamiento de sí y de la cultura a nivel personal, en una confirmación externa, de que el mundo es amenazante y caótico" (Moffatt; 187:1997)

Se habla del padecimiento psíquico como fenómeno social, y se hace foco en este trabajo en las poblaciones vulnerables, debido a que las personas que no cuenten con recursos económicos, familiares y sociales, tendrán acceso a un 'tratamiento' cuya principal característica será de segregación, y siguiendo a Moffatt caerá en el círculo vicioso de las instituciones manicomiales. Asimismo, en las sociedades occidentales la Salud Mental es equivalente a "estar integrado a la cadena de producción, y es la pérdida o inadaptación al trabajo en general lo que determina, al no tener formas de renta, la internación como `loco´" (Moffatt; 61:1997).

En este sentido, es posible posicionar a las personas con padecimiento psíquico en uno de los extremos de lo que Robert Castel denomina "Zonas de Cohesión Social", en estas poblaciones se combina "la ausencia de participación en alguna actividad productiva y el aislamiento relacional" (Castel; 2004: 15) dando como resultado su desafiliación social.

Las mismas se encuentran dentro del conjunto que no están en condiciones para trabajar, poseen una incapacidad para entrar en el ámbito del trabajo. Estás poblaciones consideradas incapaces y por lo tanto, marginadas del mundo laboral, ubicadas en una situación pasiva, de anulación, antisocial son derivadas

socialmente a la protección de la asistencia social, y a instituciones para "antisociales", en este caso los manicomios.

Lo anterior se agrava en el actual escenario social, donde por un lado, ha tomado primacía el mercado como mecanismo de inclusión social, y por el otro, estamos en presencia de un marcado deterioro en la condición salarial: "el desempleo masivo, y la precarización de las situaciones de trabajo, la inadecuación de los sistemas clásicos de protección para cubrir estos estados, la multiplicación de los individuos que ocupan en la sociedad un posición de supernumerarios, `inempleables´, desempleados o empleados de manera precaria, intermitente" (Castel; 2004:13); lo cual genera incertidumbre y exclusión en grandes sectores poblacionales, deteriorando así la ciudadanía de sus miembros, viéndose más afectados las personas con padecimientos psíquicos.

IV. Prácticas, interdisciplina y trabajo social en Salud Mental

"Precisamente porque los agentes no saben nunca completamente lo que hacen, lo que hacen tienen más sentido del que ellos saben"
Pierre Bourdieu

A. Trabajo interdisciplinario en Salud Mental

Siendo la Salud Mental un campo de conocimiento y actuación sumamente complejo, plural e intersectorial, no se puede pensar en un abordaje desde una sola disciplina. Por lo tanto, el trabajo interdisciplinario se vuelve necesario para tener una mirada integral de la complejidad que dicho campo presenta. Por ello, resulta fundamental preguntarnos, qué significa trabajar interdisciplinariamente, qué es la interdisciplina.

Para comenzar se torna necesario diferenciarla de otro tipos de abordaje, como es el de la multidisciplina, la cual "Se refiere a la forma más sencilla de abordar un objeto desde distintas disciplinas: la mera yuxtaposición de los estudios de cada una de ellas. Éste es el caso en el que sobre un tema, objeto o tópico se hace un estudio desde cada una de las disciplinas curriculares." (Stolkiner; 1999:09). En ciertas situaciones, a pesar de que los equipos de trabajo se autoproclaman interdisciplinarios, sigue existiendo fragmentación disciplinar, donde se aborda determinada problemática desde cada campo de saber.

Siguiendo a Stolkiner, la interdisciplinariedad es un posicionamiento que obliga a aceptar la incompletud de cada disciplina, es el reconocimiento de la dificultad del abordaje de los problemas actuales, que se presentan como demandas complejas e indefinidas, que dan lugar a prácticas sociales contradictorias. Hablar de interdisciplina es referirse a campos conceptuales organizados en prácticas sociales en torno a situaciones problemáticas.

Al adherir a dicho posicionamiento, irremediablemente se sitúa en un paradigma pos-positivista, se suscribe a una "epistemología que no homologa el objeto del conocimiento al objeto real, que reconoce la historicidad y por lo tanto, la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios, que no supone relaciones lineales de causalidad y que antepone la comprensión de la complejidad a la búsqueda de particularidades aisladas" (Stolkiner; 2005:5).

El abordaje interdisciplinario, cobra relevancia en los equipos de salud, debido a que históricamente este campo se caracterizó (y se caracteriza), por una estructura piramidal, donde el paradigma médico hegemónico coloca al saber médico por encima de las otras campos de conocimiento.

Es así, y teniendo en cuenta esta situación, que el trabajo en equipo aparece como una oportunidad de construir un espacio profesional, en el que prime el encuentro y el diálogo por encima de la imposición de saberes. En la medida en que este diálogo posibilite consensos acerca de los derechos del paciente, la noción de salud, la visión de los problemas sociales, en pos de la construcción de marcos conceptuales del proceso de salud-enfermedad (y en el caso de este trabajo salud mental-enfermedad), se podrá hablar de equipos de trabajo interdisciplinarios.

En definitiva, en lo interdisciplinario se conjugan lenguajes diferentes, dando cuenta de "una perspectiva epistemológica que trasciende las "parcialidades" impuestas por las improntas positivistas" (Cazzaniga; 2008: 166) genera las condiciones de posibilidades que permiten abordar demandas complejas, la contención grupal de los profesionales que integran los equipos y elaborar alternativas políticas en conjunto.

Se parte del objeto de estudio o de actuación real y no de las disciplinas dadas, esperándose cierta totalidad en su abordaje. Es una herramienta valiosa para abordar las complejas problemáticas que presenta lo social en la actualidad, ya que se torna imposible responder en soledad a las demandas que llegan a las instituciones.

Cada disciplina tiene su propia mirada de lo social y focaliza en ciertos aspectos. Dentro del campo de la Salud Mental el Trabajo Social "se relaciona con la vida cotidiana de las personas, con la manifestaciones actuales de la cuestión social" (Amico; 2005:74), ya que el proceso de salud/"enfermedad mental" está vinculado a las condiciones sociales de vida .Se retomará y ampliará más adelante.

B. Prácticas, poder y discursos

El presente trabajo se centra en las prácticas realizadas por los integrantes de los equipos interdisciplinarios, por lo cual en este apartado se intentará analizarlas y estudiarlas, a fin de comprender las "lógicas que ponen en marcha los agentes sociales que producen su práctica" (Gutiérrez; 2005: 20).

En premier lugar, es necesario aclarar que las prácticas se despliegan en un tiempo dado, por lo tanto también asumen las características de esta variable, es decir, la irreversibilidad, una estructura temporal, un ritmo y una orientación.

Las mismas, siempre han de ser entendidas en términos de estrategias, con el objeto de defender aquellos intereses vinculados a la posición que las personas ocupan en un campo[5] dado, por lo tanto a través del análisis reflexivo, es posible visualizar las percepciones y representaciones de los condicionantes de aquéllas.

Bourdieu, al referirse a las prácticas sociales menciona dos variables o principios que estructuran a las mismas, a saber, la posición que se ocupa en un determinado sistemas de relaciones, y los *habitus*[6] incorporados, en tanto esquemas de percepción, de evaluación y de acción. El habitus se configura en

[5] Campo: "Conjunto de relaciones objetivas entre posiciones históricamente definidas […] no es una estructura muerta, es un espacio de juego que existe en cuanto tal, en la medida en que hay jugadores dispuestos a jugar el juego, que creen en las inversiones y recompensas, que están dotadas de un conjunto de disposiciones que implican a la vez la comprensión y la capacidad de entrar en el juego y de luchar por las apuestas y compromisos que allí se juegan" (Bourdieu *en Gutiérrez*; 2005:23)

[6] Habitus: "Sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente de cierto fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos" (Bourdieu;2007:86)

esquemas que tienen como finalidad generar y organizar tanto las prácticas sociales, como también, la apreciación y percepción de las prácticas propias y ajenas. Por lo tanto, se constituye como un instrumento que posibilita dar cuenta de las prácticas en términos de estrategias. Dichas estrategias "obedecen a regularidades y forman configuraciones coherentes y socialmente inteligibles, es decir, socialmente explicadas por la posición que ocupan en el campo que es objeto de análisis y por los habitus incorporados" (Gutiérrez; 2005: 78).

Todas las prácticas realizadas por las personas son coherentes entre sí y están objetivamente organizadas con la de todos los miembros de la misma clase. Siguiendo esta línea argumentativa, los integrantes del equipo interdisciplinario llevan a cabo prácticas análogas, puesto que el campo científico no escapa a las leyes que reglan el funcionamiento de los campos en general. "Así pues, clase social, habitus y prácticas, son conceptos estrechamente relacionados. Las prácticas sociales de un agente o de una clase de agentes, dependen de las posibilidades que están en relación con el volumen y la estructura de su capital y con los habitus incorporados. El capital objetivado y las disposiciones internalizadas constituyen así, los instrumentos de apropiación de las posibilidades objetivas" (Gutiérrez; 2005: 90).

Al estudiar los campos sociales, se observa que el mundo práctico se constituye en relación a los habitus como un sistema de estructuras cognitivas y motivadoras, es pues un mundo cuyas fines ya se han realizado "herramientas o instituciones, y eso se debe a que las regularidades inherentes a una condición arbitraria, tienden a aparecer como necesaria, incluso como naturales, por el hecho de que están en el principio de los esquemas de percepción y de apreciación a través de los cuales son aprehendidos" (Bourdiue; 2003: 87,88).

Para comprender la coherencia de las prácticas es necesario crear "modelos generadores que reproducen en su propio orden la lógica según la cual ella se engendra y de elaborar esquemas que, gracias a su poder sinóptico de

sincronización y totalización hacen aparecer, sin frases no paráfrasis, la sistematicidad objetiva de la práctica" (Bourdiue; 2003:148).

En este punto, es necesario abordar la categoría de poder, ya que adentro de cada campo, en los equipos interdisciplinarios y en todo el entramado social siempre se encuentran presentes las relaciones de poder, que caracterizarán, atraviesan y constituye el cuerpo social, las mismas no pueden disociarse, ni establecerse, ni funcionar sin la producción, acumulación y circulación del discurso, en palabras de Foucault "No hay ejercicio de poder posible sin una cierta economía del discurso que funcionen en, y a partir de esta pareja." (Foucault; 1992:148).

Siguiendo a Foucault, en nuestras sociedades el ejercicio del poder se da desde dos perspectivas, por un lado el derecho público de soberanía, y por el otro, desde una mecánica polifórmicas de las disciplinas, esta última forma de ejercer el poder es el que nos interesa a la luz del presente trabajo. Las disciplinas al ser productoras de discurso, son a su vez creadoras de aparatos de saber y de múltiples dominaciones de conocimientos. El discurso de las disciplinas es el discurso de la regla natural, en otras palabras, las disciplinas formulan el discurso de la norma. De este modo se construye un código de normalización, cuyo objetivo teórico será el de las ciencias humanas y su competencia el del saber clínico.

Tanto las prácticas sociales, como las relaciones de poder, se desarrollan, en este caso, en instituciones, aquí las relaciones de poder, los discursos y las prácticas se despliegan y se realizan, en términos de Castoriadis, en dos dimensiones *lo instituido y lo instituyente (Castoriadis),* pero a qué se refiere cuando se plantean estas categorías.

Por un lado, Castoriadis señala que lo instituido es el *imaginario social efectivo*, la norma de una institución dada, es la naturalización de las actuaciones, se construye como la propiedad del *ser-así de la* institución. A su vez, el autor define lo instituyente como *el imaginario social radical*, es la posibilidad. Ese margen de

libertad, de cada profesional para poder salir de la norma, y realizar así actuaciones propias.

El poder de lo instituyente "es 'ejercido' por la sociedad instituida, pero detrás de ésta se halla la sociedad instituyente, y desde que la institución se establece, lo social instituyente se sustrae, se distancia, está ya a parte" (Castoriadis; 1997: 4). Por lo tanto, lo instituyente, siempre opera a partir y sobre la base de lo ya constituido. Ambas dimensiones forman parte de las elaciones de poder, de las luchas de poder, en tanto que participan en el plano de lo simbólico, en el poder conservar o transformar la institución, conservando o transformando sus significados. Lo instituyente al crear una nueva organización de sentido, se convierte, con el transcurso del tiempo, en lo instituido.

C. Trabajo Social: perspectiva histórica

En el presente apartado, se realizará una breve reseña del desarrollo del Trabajo Social en Argentina, con el fin de comprender la invención de la disciplina. Es decir, su pasado, para entender las actuaciones del presente en toda su complejidad, para luego poder confluir, en el siguiente apartado, en la especificidad del rol del Trabajo Social en Salud Mental.

Interesa saber el pasado, y se interroga sobre la historia de la profesión, ya que las actuaciones[7], tanto de la disciplina que nos ocupa, son creadas artificialmente "es decir, como espacios preconcebidos de manera artificial, pero, desde los imaginarios sociales y desde la visión que se tiene del corpus del conocimiento y posibilidades de acción del Trabajo Social, uno de los resultados de su devenir histórico es que ese espacio artificial se concibe como natural"

[7]Actuación: "Conjunto de actos, prácticas y procesos condicionados por interacciones y mediaciones sociales (internas y externas) que estructuran la especificidad del Trabajo Social y cuya elección no es ajena a las nociones, visiones o posturas que sobre la realidad, la profesión y la acción social se tengan […] remite a todas esas acciones materias o discursivas que realizan los agentes profesionales y al conjunto balanceado de lógicas y competencias administrativas, experienciales, cognitivas y creativas que le infunden vida al ejercicio profesional" (Vélez Restrepo; 2003:54)

(Carbelleda;173:2044), es por lo cual, que a través de este análisis, se pretende desnaturalizar dichas actuaciones.

Es posible encontrar antecedentes de intervención en lo social, que se remontan a las primeras formas de beneficencia de la iglesia Católica Apostólica Romana. Pero, es a principio del siglo pasado que se comienza a sistematizarse la profesión en tanto disciplina científica, en Estados Unidos con Mery Richmond. En nuestro país, los primeros desarrollos del Trabajo Social coinciden con la consolidación del Estado-Nación en el S.XX., el cual se va conformando en base a los antecedentes de la higiene médica, la educación y la minoridad, a partir del crecimiento de la conflictividad social, y del surgimiento de la "cuestión social Argentina" producida, esta última, a causa de la modernización de la sociedad y los procesos migratorios.

"El Trabajo Social se fue construyendo históricamente en base a una serie de cuestiones que podrían sintetizarse conceptualmente como `discursos de lo Otro´, los cuales se constituyeron dentro de la modernidad como fundamentos y aplicaciones del disciplinamiento de determinados sectores de la sociedad" (Caraballeda; 2004:172).

El disciplinamiento es uno de los aspectos que caracteriza la acción del Estado a principios del S.XX, que para sus dirigentes es esencial para el progreso y modernización del Estado Argentino. La intervención en lo social, tiene el objetivo de la cohesión social, las prácticas estarán basadas en el concepto de "riesgo social", dadas las dificultades y las contradicciones entre el contrato social y el mercado. Dicho concepto, dará lugar al surgimiento de nuevas categorías, que podemos encontrar hasta nuestros días, como son: "beneficiario", "pobre" "problema social", "carenciado", "indigente".

Estás ideas irán cambiando al unísono de la aparición a nivel mundial del seguro social[8], que cambiarán la manera de actuación en lo social y se iniciará un nuevo capítulo en la historia, el de la 'Política Social'. Este tipo de política

[8]Los primeros antecedentes del seguro social surgen a fines del Siglo XIX, en Alemania e Inglaterra.

aparecerá como mediadora entre las desigualdades sociales producidas por el sistema económico, dando un nuevo sentido a las prácticas del Trabajo Social.

El seguro social aparece como un "derecho a la solidaridad" que posee todo ciudadano de una Nación, esta idea confluirá, al principio en los Estados Europeos, en las primeras concepciones de los Derechos Sociales. En Argentina habrá que esperar hasta mediados de las década del '40 (del siglo pasado), para encontrar sus antecedentes.

Con respecto al Trabajo Social, en 1930 se funda la primera escuela de Servicio Social, en aquella época dependiente del Museo Social Argentino, la concepción que caracteriza a dicha escuela es un Servicio Social para-médico y para-jurídico, cuyo objetivo sigue centrado en mejorar la organización social.

Nuestra profesión irá consolidando su autonomía, con la aparición de reglamentación y normativas para el Servicio Social en las instituciones que dependían, ya sea de la Fundación Eva Perón, como del Ministerio de Salud, a partir de este momento se visualizan los primeros nexos entre la práctica del Servicio Social y las políticas sociales.

El Estado comienza a intervenir directamente en la sociedad, se conforma el Estado de Bienestar en la Argentina. Este cambio de dirección de la asistencia social, configura un nuevo escenario, donde ya la ayuda social no será vista como un hecho vergonzante, sino como un derecho a exigir. El Estado intervendrá desde una perspectiva de justicia social. "El particular impacto de las políticas sociales en nuestro país puede relacionarse con las formas en que éstas atravesaron a todo el entramado social, no solamente en términos de eficiencia, sino en la generación de nuevos sentidos, tanto en las propias instituciones, como en aquellos que eran cubiertos por estás" (Carballeda; 2006:60).

Las prácticas realizadas por el Trabajo Social funcionaban combinando los derechos sociales y la política social, esto contrasta con la formación académica de la disciplina, en donde persistía la idea de pobreza entendida como desviación social.

Con el golpe de Estado que derroca al peronismo en el año 1955, el país se hunde en un período de crisis socioeconómica que irá en aumento en el transcurrir del tiempo. Esta situación impacta en la profesión, pues se van conformando nuevos escenarios de actuación, es decir, comienzan a surgir en las periferias de las ciudades las "villas miserias", contexto en el cual el Trabajo Social realizará una síntesis político-metodológica, dialogando de manera explícita y enérgica lo social y lo político.

A partir del gobierno de Frondizi, se instaura en Argentina la etapa desarrollista, en el campo de Trabajo Social, es el funcionalismo la corriente que va tener mayor influencia en sus prácticas, a partir de la teoría del "cambio social", que postula el paso de una sociedad tradicional a una moderna, los y las profesionales del Trabajo Social serán considerados 'agentes de cambio'. El modelo de actuación, en esta etapa es el 'tecnocrático-normativo', este nuevo enfoque de lo social impregna las actuaciones del Trabajo Social tan fuertemente que podemos observar ciertas características en la actualidad.

Retomando los objetivos del desarrollismo, se considera que la sociedad moderna, es aquella etapa del desarrollo que los países subdesarrollado deberían alcanzar, siendo los Estados quienes deben realizar todos sus esfuerzos para lograr dichos objetivos. En este caso el escenario social elegido para la actuaciones son '*las comunidades'.*

La comunidad comienza a ser el principal escenario de actuación para el Servicio Social, se gesta una nueva visión de las prácticas, como así también de las metodologías de intervención, que empiezan a correrse del caso individual. Asimismo, se busca en las comunidades la participación de los actores, con el fin de involucrarlos activamente en los procesos de transformación.

Para el Trabajo Social, este acercamiento hacía las comunidades problematizó la actuación profesional, generando las bases teórico-ideológicas de otro modelo de actuación, que confluirá en *La Reconceptualización.*

El proceso de la Reconceptualización emerge a la luz de las críticas que se realizaban hacía el modelo desarrollista. Toma las bases, tanto del trabajo grupal

desde las experiencias de Enrique Pichón RIvière y de Eduerado Pavlowsky, como de las nociones de concientización y transformación de la realidad.

"La intervención desde el contexto donde es posible ubicar a la Reconceptualización no va a proponer al desarrollo ni la modernización de la sociedad. Su postura es mucho más fuerte, y apunta al cambio de la misma. Estas ideas se ubican dentro del marco conceptual que, en este caso desde el Trabajo Social, se da en estrecha relación con el paradigma de la dependencia" (Caraballeda; 2006:90).

Se debe destacar, que el movimiento Reconceptualizador, fue prioritariamente un movimiento de carácter académico. Los avances de dicho proceso, quedan truncos a consecuencia del golpe cívico-militar del año 1976.

En esta época caracterizada por el terrorismo de Estado, y por la instauración del neoliberalismo como sistema socioeconómico, se visualiza un retroceso en las actuaciones del Trabajo Social, se retoman las ideas del desarrollismo, del disciplinamiento y del control social. A esto, se le suma la persecución de muchos profesionales, pasando a la *clandestinidad* aquellas ideas de transformación social y concientización.

La recuperación de la democracia, y los años '90, impactan de una manera particular en las prácticas de la profesión. Los Servicios Sociales se encuentran en un punto de tensión, entre las políticas neoliberales y las políticas sociales, que impiden dar respuestas eficientes a las demandas y el incremento de las mismas. En el contexto de una sociedad fragmentada y con una profunda crisis socioeconómica,

Los escenarios de actuación predilectos, en la década de los '80, van a ser los asentamientos producidos por las tomas de tierras. El Trabajo Social crítico, ahora se reúne bajo la perspectiva de "proyecto popular" y trabaja junto con los sectores populares, que han quedado cada vez más marginados con la caída del Estado de Bienestar.

Luego de la explosión social del 2001, surge lo que se venía gestando desde hace ya treinta años; el empobrecimiento, la desigualdad, la injusticia, debido a la desmedida primacía del mercado como regulador social.

Nuevamente las problemáticas sociales vuelven a estar relacionadas con problemáticas de integración, aparece la necesidad de amalgamar lo que la crisis ha fragmentado. La particularidad, en la actualidad radica en pensar la integración desde una perspectiva cultural, en el sentido que "el lazo social se construye a partir de relaciones sociales que a su vez implican intercambios y reciprocidad con una carga material y simbólica" (Carballeda; 2006:141).

En estos últimos años el Trabajo Social ha podido desarrollar un nuevo tipo de actuación centrado en la palabra, la mirada, la escucha, con el fin de abordar la nueva cuestión social y para disminuir el padecimiento de quien llega a los servicios de atención.

D. Rol de Trabajo Social en Salud Mental:

En términos generales el Trabajo Social es una disciplina científica, que tiene como objetivo reflexionar y acercarse a una respuesta a las situaciones problemas de las personas, a fin de transformarla, sus bases fundamentales son los valores humanos y la defensa de los derechos humanos. Luego en cada campo y sub-campos de actuación esta generalidad irá asumiendo matices diferentes.

El Trabajo Social, aparece como el nexo entre el adentro y el afuera institucional, por lo que es fundamental que se trabaje en la construcción y re-construcción de los vínculos sociales, para sortear el aislamiento social de las personas en padecimiento mental. En este sentido, es que las actuaciones profesionales no sólo deben estar centradas en dichas personas, sino que se debe tener en cuenta el trabajo y acompañamiento de la familia. Asimismo, no hay que olvidar que la persona 'enferma', generalmente es la punta del 'iceberg' de una situación conflictiva a nivel familiar.

En el campo de la Salud Mental, los y las profesionales que integran los Servicios Sociales, tienen un lugar privilegiado (aunque no reconocido muchas veces), ya que las prácticas profesionales se sitúan en la cotidianeidad de la persona con padecimiento psíquico. Es decir, la actuación profesional parte de la realidad vivida por las personas, reconstruyendo su situación problema a través de la investigación diagnóstica, "lo social puede ser analizado desde las historias de vida de los sujetos concretos en el marco de la vida cotidiana, es decir, en el desarrollo de sus subjetividad" (Amico; 2005:55).

Por lo tanto, se debe tener una mirada crítica, una actitud científica, con respecto a la vida cotidiana, para poder interpelar, problematizar los hechos sociales. De este modo, las actuaciones del Trabajo Social, ponen el acento en los factores sociales e históricos en que surge el padecimiento psíquico de las personas con las que se actúa.

Se intenta restituir la historicidad de las personas en padecimiento, inscribir subjetividad en escenarios de despersonalización, problematizar lo estático que encierra todo diagnóstico.

Qué se quiere decir con 'restituir la historicidad', esta categoría "para el Trabajo Social significa poner a esa persona dentro de un sistema de pertenencia: social, familiar, cultural, laboral, institucional, escolar, de relaciones, desde donde el hombre es significado y a su vez resignifica su realidad circundante" (Méndez; 2006:40). Es así, que es imposible disociar a la persona de sus condiciones existenciales, y su padecimiento mental de las condiciones de aparición, como lo pretende la psiquiatría.

Una herramienta fundamental que posee nuestra disciplina es la comunicación racional[9], por medio de la cual afloran los discursos de las personas con las cuales se trabaja. En Salud Mental, es a través de una escucha activa que se va

[9]Comunicación racional: "Forma esencial de establecer el vínculo profesional con los sujetos con de la situación específica, porque desde ella se hace posible el conocimiento objetivo de la realidad. Para que suceda una forma de comunicación como la que plateamos los sujetos sobre los que dirigimos nuestra atención profesional deben reconocerse como necesarios para el conocimiento objetivo de la realidad [... son personas cuyas acciones fueron realizadas de acuerdo a su naturaleza y carácter de seres capaces de elaborar y ejercer su pensamiento

reconstruyendo los recorridos históricos por los cales atraviesa cada persona, potenciando sus capacidades, otorgando humanidad.

Es, a partir de la comunicación racional, que podemos acceder a la experiencia que las personas con padecimiento mental realizan de su propia existencia. El Trabajo Social cuenta con "herramientas metodológicas para establecer como 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" (Méndez; 2006:44). En tal sentido, sostener y defender la palabra de las personas en padecimiento psíquico es el aporte a lo instituyente que realiza los y las profesionales de Trabajo Social. (Mendez; 2006)

Análisis de datos

I. Introducción al análisis de datos

"Las cosas y las palabras van a separarse. El ojo será destinado a ver y sólo a ver. La oreja sólo a oír. El discurso tendrá desde luego tarea el decir lo que es, pero no será más de lo que dice"
Michel Foucault

A fin de recolectar los datos necesarios, para acercarse a una respuesta de la problemática planteada, se utilizó la entrevista cualitativa semi-estructurada (como bien se específico en el apartado de los aspectos metodológicos).

Asimismo, el análisis de datos se centró en los discursos de los profesionales de instituciones, tanto estatales como no estatales, de la ciudad de Mar del Plata y de la ciudad de Trelew. A fin de desentrañar, a partir de los mismos, cuáles son sus prácticas.

En este punto, se debe tener en cuenta que no existió instancia para corroborar si lo expresado por los profesionales coincide con las acciones que llevan a cabo.

Las entrevistadas, en su mayoría son a profesionales del Servicio Social, con una vasta trayectoria en el campo de la salud mental, ya sean en instituciones gubernamentales o no gubernamentales, cuya población destinataria son personas en situación de padecimiento psíquico.

Cabe destacar, que las profesionales entrevistadas en la Provincia de Chubut, ciudad de Trelew, pertenecen a instituciones de carácter estatal, mientras que en la Provincia de Buenos Aires, ciudad de Mar del Plata, son prioritariamente Organizaciones no Gubernamentales, sólo una de las tres instituciones es de carácter Estatal.

Antes de avanzar con el análisis de datos, se cree necesario explicitar las variables e indicadores que orientaron la recolección de datos.

Primera Variable:

- Paradigmas que sustentan los profesionales que desarrollan sus prácticas.

Sus indicadores:

- ✓ Concepción de Salud Mental.
- ✓ Tipos de prácticas llevadas a cabo.
- ✓ Concepción de las persona en padecimiento psíquico.

Segunda variable:

- Contexto macrosocial y contexto institucional.

Sus indicadores:

- ✓ Relación entre lo instituyente e instituido.
- ✓ Relación interinstitucional.
- ✓ Rol del Estado (en todos sus niveles).
- ✓ Relación Institución-Estado.

Tercera variable:

- Impacto de la ley sobre las prácticas.

Sus indicadores:

- ✓ Modificación de las prácticas realizadas en la institución
- ✓ Continuidad de las prácticas llevadas a cabo.

Cuarta Variable:

- Trabajo interdisciplinario.

Sus indicadores:

- ✓ Naturalización/problematización de las prácticas.
- ✓ Relación del equipo interdisciplinario.

Dichas variables, dieron lugar a la formulación de disparadores, que servirán como hilo conductor de las entrevistas realizadas a las profesionales seleccionadas.

II. Análisis de datos

PARADIGMAS QUE SUSTENTAN LOS PRFESIONALES QUE DESARROLAN LAS PRÁCTICAS

Al analizar el relato de las entrevistadas, tanto de las instituciones de la Provincia de Chubut como de la Provincia de Buenos Aires, se visualiza una concepción de la Salud Mental compartida, desde una mirada que pone en el centro de la escena al sujeto y su historia. Es decir, desde el paradigma de la Salud Mental como proceso complejo y contextualizado, tendiente a la reintegración social.

"*Cuando tienen una posibilidad de ser conscientes de su realidad y transformarla, me parece que ahí, una persona goza de Salud Mental, que no se repite así misma, y que elije no repetirse*" **Profesional de dispositivo de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata-Institución No Gubernamental.**

"*mi mirada se corresponde con esta mirada de no hay salud mental si no hay derechos y si no hay derechos humanos, entonces adhiero totalmente al modelo comunitario y a todo lo que implica considerar a las personas como sujeto de derecho*" **Profesional del área servicio social de dispositivo de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata-Institución No Gubernamental.**

"La perspectiva de la Salud Mental es una construcción social" **Profesional del área servicio social de dispositivo de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata-Institución No Gubernamental.**

"Es un área de trabajo con múltiples aristas donde se pueden visualizar diferentes formas y niveles de actuación" **Profesional de Centro de Día de la Ciudad de Trelew-Institución Gubernamental.**

Para las entrevistadas, cobra importancia el trabajo con la persona, no únicamente con el diagnóstico; siguiendo a Basaglia, "poner la enfermedad entre

paréntesis, para que aparezca el sujeto de la experiencia", aspecto característico del Paradigma de Salud Mental:

"*que tiene que ver con trabajar la potencia del otro, en general, no sabemos la patología, excepto el día de la entrevista, y no se vuelve a hablar de la patología que tiene*" **Profesional de dispositivo de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata. -Institución No Gubernamental.**

"adhiero totalmente al modelo comunitario y a todo lo que implica considerar a las personas como sujeto de derecho, a centralizar la intervención en la persona." **Profesional del área servicio social de dispositivo de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata -Institución No Gubernamental.**

"un proceso de acercamiento con una realidad compleja. Se toman en cuenta los avances en función de la propia realidad de cada persona, en su contacto familiar y socio-comunitario." **Profesional de Centro de Día de la Ciudad de Trelew-Institución Gubernamental.**

No obstante la concepción de Salud Mental expresada por las entrevistadas de las instituciones de Mar del Plata, se puede visualizar la coexistencia del paradigma de la Salud Mental y el Paradigma Médico-hegemónico, dentro de una misma institución:

"*que algunos consideran que la salud mental tiene que ver con algo intra físico o psíquico, que solamente se trabaja con el otro o con la persona y que todo tiene que ver con un trabajo sobre el inconsciente, con lo que le pasa a esa persona adentro de su cabeza, y otros pensamos que la salud mental tiene que ver con los vínculos, con la familia y que tiene que ver con muchas causas*" **Profesional de Servicio Social en Salud de la ciudad de Mar del Plata-Institución Gubernamental.**

"nadie los quiere ver, el pediatra no lo quiere ver, porque está internado por salud mental […] Es así, le pasa algo con la cabeza y no sabemos qué"

Profesional de Servicio Social en Salud de la ciudad de Mar del Plata-Institución Gubernamental.

No sucede lo mismo en la Provincia de Chubut, ciudad de Trelew, ya que hay avances cualitativos en este campo, como lo son la sanción de la Ley Provincial de Salud Mental con anterioridad a la Ley Nacional, la creación de la Dirección Provincial de Salud Mental Comunitaria, los recursos destinados a Empresas Sociales, Centros de Días y Casas de Medio Camino, entre otros.

Al momento de realizar las entrevistas, se observa que el paradigma de la Salud Mental, es una política del Estado Provincial

"Es claramente una política pública la Salud Mental" **Profesional de Centro de Día de la Ciudad de Trelew-Institución Gubernamental.**

La integración social es primordial desde la perspectiva del nuevo paradigma, pero no sólo hay que entenderla desde la dimensión laboral, así lo expresan las entrevistadas:

"la conformación del grupo, el poder formar un grupo que pueda sostener el emprendimiento […] se toman las decisiones en el grupo" **Profesional del área servicio social de dispositivo de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata. - Institución No Gubernamental.**

"También hacemos encuentros por fuera de la actividad una vez por mes en algún espacio que el grupo decide […] puramente recreativos, sociales, comidas […] también lo rescatamos poderosamente, porque algunas personas que integran este grupo, estaban muy aislados y les costaba mucho establecer vínculos" **Profesional del área servicio social de dispositivo de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata-Institución No Gubernamental.**

"*tenemos talleristas que probablemente nunca vayan a trabajar […] pero socialmente cuando pueden colgar un cuadro para que otro lo vea, la construcción de sí es diferente"* **Profesional de Dispositivo de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata-Institución No Gubernamental.**

"la inserción comunitaria no la vemos, en relación a las personas con las que nosotros trabajamos, como que van a poder conseguir un trabajo, porque no es cierto, no es real, pero si pueden un montón de cosas" **Profesional de dispositivo de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata-Institución No Gubernamental.**

A su vez, en poblaciones de niños, niñas y adolescentes, dicha integración social, pasa por otras esferas de la sociedad:

"Lo que se intenta es que el chico vuelva a la escuela, que la escuela se haga cargo de la situación, también está fuera de la ley que el chico esté fuera de la escuela. También se intenta que se integre en actividades deportivas, culturales que le interesen al chico" **Profesional de Servicio Social en Salud de la ciudad de Mar del Plata-Institución No Gubernamental.**

La integración y la re-integración social en la Provincia de Chubut adquieren características formales, al mismo tiempo que cuentan con diversas posibilidades de contención de las personas en situación de padecimiento psíquico. Debido a que las actuaciones son pensadas y afrontadas por parte del Estado, a través de sus diversas instituciones.

"se ha implementado el Programa de viviendas tuteladas. Una casa donde viven mujeres acompañadas de operadores socio-comunitarios y otra donde viven varones también con similares características. Muchos de los residentes de las casas concurren también a los talleres y actividades del Centro de Día." **Profesional de Centro de Día de la Ciudad de Trelew-Institución Gubernamental.**

CONTEXTO MACROSOCIAL Y CONTEXTO INSTITUCIONAL

Se ha mencionado que el padecimiento mental se agrava en contextos de vulnerabilidad social, las entrevistadas argumentan la complejidad de la integración social en un contexto económico que excluye de diversas formas, señalan la interrelación entre contexto social y padecimiento psíquico:

"tendría que existir otro tipo de políticas económicas, que hagan que la gente tenga una vida más digna, en la medida en que la gente tenga una vida más digna no llegaríamos a los casos que llegamos." **Profesional de dispositivo de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata-Institución No Gubernamental.**

"*no hay salud sin salud mental, y no hay salud mental sin salud, las dos cosas. Pero también es cierto que no hay salud si no hay políticas económicas que hagan que la gente viva mejor."***Profesional de dispositivo de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata-Institución No Gubernamental.**

"acercar recursos institucionales, para propender a garantizar los derechos humanos, entendiendo que una persona en esta situación de padecimiento se encuentra vulnerable" **Profesional de Centro de Día de la Ciudad de Trelew-Institución Gubernamental.**

En cuanto a la participación del Estado Nacional, se puede inferir, que más allá de la sanción y promulgación de la ley, no existen políticas claras que tiendan a que la ley se implemente en su totalidad. El estado provincial de Buenos Aires, no ha ajustado su legislación a la Ley Nación, no se observan acciones concretas:

"*Está la Ley de Salud Mental Nacional, en provincia hay una Ley, pero no está aggiornada a la Ley Nacional. No ha habido cambios de políticas, ha habido un par de encuentros, están intentando ver cuáles son las problemáticas,"* **Profesional de Servicio Social en Salud de la ciudad de Mar del Plata-Institución Gubernamental.**

"desde la Ley hay ítems que claramente dicen, que tiene que haber subsidios para dispositivos que trabajen con salud mental, desde un lugar no terapéutico y

desde un lugar por fuera de los ámbitos de salud, pero desde lo concreto no está el dinero para esos subsidios" **Profesional de dispositivo de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata-Institución No Gubernamental.**

Esta situación genera diferencia dentro del territorio nacional, por sus características federales, existen Provincias que cuentan con legislaciones de Salud Mental anteriores a la Ley Nacional. Lo cual hace que dichos Estados Provinciales (en el caso de estudio Chubut), tengan un rol más activo en la temática, destinen más recursos y se generen mayores acciones.

*"hay un posicionamiento y una decisión de invertir tanto recursos humanos como materiales, en desarrollar estrategias y poner en juego dispositivos para la inclusión socio-comunitaria."***Profesional de Centro de Día de la Ciudad de Trelew-Institución Gubernamental.**

"Otra política con orientación clara es la formación en servicio de profesionales de áreas Médicas, Psicología, Trabajo Social y Terapia Ocupacional, las llamadas residencias en Salud Mental comunitaria. Lo interesante de este programa radica en la posibilidad de capacitación en servicio y la incorporación posterior con el transcurso de los años a quedar incorporados los profesionales al plantel" **Profesional de Centro de Día de la Ciudad de Trelew-Institución Gubernamental.**

Sólo una de las entrevistadas marplatenses da cuenta de la relación de actuación que tienen con el Estado y se puede inferir que sus acciones son acotadas:

"*Del orden de las políticas públicas sólo con el Ministerio de Trabajo de la Nación […] con el Programa Promover Igualdad, están percibiendo un subsidio de $400,"* **Profesional del área servicio social de dispositivo de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata-Institución No Gubernamental.**

Por el contrario, las entrevistadas de Trelew expresan la relación directa con el Estado en sus diferentes niveles, se infiere que este hecho es consecuencia de los antecedentes históricos en la temática.

"Existe una jefatura central que gestiona los programas y proyectos en Salud Mental, dependiente del Ministerio de Salud Provincial y con relación a la Política Nacional en Salud Mental" **Profesional de Centro de Día de la Ciudad de Trelew-Institución Gubernamental.**

Asimismo, las instituciones y dispositivos estudiados (tanto de la Provincia de Buenos Aires y de la Provincia de Chubut) cuentan con una capacidad y predisposición para trabajar en Red, con otras instituciones, tanto gubernamentales, como no gubernamentales:

"Lo que estamos articulando es con otras ONG, con otros organismos, por ejemplo con la ONG Sol de Mayo" **Profesional del área servicio social de dispositivo de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata-Institución No Gubernamental.**

"Acá tenemos actividades con el EMDER, actividades deportivas, o cultura, tenemos actividades con instrumentos o de canto, lo que le interesa que se pueda insertar en otra actividad barrial […] Después, por ejemplo, hay situaciones que la parte de psiquiatría se atiende acá, porque no hay psiquiatra infantil en la Municipalidad y de ahí articular." **Profesional de Servicio Social en Salud de la ciudad de Mar del Plata-Institución Gubernamental.**

"El hospital de día, constituye un dispositivo destinado a la búsqueda de la integración comunitaria de personas con padecimiento mental. Desde el mismo, se desarrollan programas terapéuticos, programas de rehabilitación y programas de integración social. A su vez, el trabajo realizado se complementa con programas habitacionales y laborales" **Profesional de Centro de Día de la Ciudad de Trelew-Institución Gubernamental.**

IMPACTO DE LA LEY SOBRE LAS PRÁCTICAS

Al analizar las entrevistas realizadas en la ciudad de Mar del Plata, se observa que a pesar de la sanción, promulgación y reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657, no se refleja, hasta el momento, el cambio de paradigma en las prácticas de los y las profesionales.

"no hubo cambios en lo cotidiano a partir de la Ley, por ahí se cuidan más de por qué internarlo y de justificar más la internación por lo que dice la ley, pero no ha habido cambios en los dispositivos que propone la ley, ni en los tratamientos, ni en la atención, ni en la evaluación interdisciplinarias" **Profesional de Servicio Social en Salud de la ciudad de Mar del Plata-Institución Gubernamental.**

"*Por ahora los cambios están en un plano más discursivo, de estar intercambiando con otras personas, con otras instituciones en donde se enuncia la convención, la nueva ley […]en las prácticas por ahí cuesta más, en algunas instituciones y personas queda en lo discursivo y nunca se pasa a la acción, esto también sabemos que pasa, yo creo que es un momento de transición y que conviven ambos modelos, el modelo que propone la ley: el modelo de derecho y el viejo modelo clínico-asilar"* **Profesional del área servicio social de dispositivo de Salud Mental de Mar del Plata-Institución No Gubernamental.**

En contraposición, al analizar las entrevistas realizadas a profesionales de Trelew, se visualiza el impacto de la sanción de la Ley sobre las prácticas llevadas a cabo en el ámbito de la Salud Mental.

En este punto cabe realizar una diferencia, los cambios efectuados se concretan a partir de la sanción de la Ley Provincial de Salud Mental, la misma es anterior que la Ley Nacional, tal como se menciono en los aspectos conceptuales.

"*Sí, hubo muchos cambios, principalmente el cierre del Neuropsiquiátrico, a partir de diferentes auditorías a cargo de profesionales de Salud Mental de la provincia. Se nota el cambio por tener que empezar a pensar otras alternativas al*

encierro, y trabajar en estrategias que fortalezcan la prevención en Salud Mental. Noté la apertura para repensar los roles y las funciones de los profesionales y los operadores en Salud Mental." **Profesional de Centro de Día de la Ciudad de Trelew-Institución Gubernamental.**

TRABAJO INTERDISCIPLANARIO

Se observa, en las entrevistas realizadas en la ciudad de Mar del Plata, que el trabajo interdisciplinario se concreta cuando existe un habitus en común, cuando los intereses son similares, esto es lo que sucede en las instituciones no gubernamentales que fueron objeto de estudio, que poseen una mirada similar de la Salud Mental y deciden trabajar juntos; a diferencia de lo que sucede en las instituciones gubernamentales, también de objeto de estudio:

"*sentíamos que no había dispositivos acordes con esta propuesta, con el modelo socio comunitario, en línea con la nueva ley; decidimos armar uno nosotras, decidimos ponerlo en marcha"* **Profesional del área servicio social de dispositivo de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata-Institución Gubernamental.**

"Si, es interdisciplinario, las diferencias específicas del hacer profesional, porque no es lo mismo el rol del trabajo social, hay, es decir, no hay que confundir a lo interdisciplinario, no es un mezcla de profesiones, pero, como el marco nos lo da el modelo, el paradigma es el mismo […] además, porque esta concepción hace que las intervenciones sean complejas, deban ser complejas, porque tienen que ser integrales, y eso es abordar a la persona, que es prácticamente inabordable, la persona en su existencia" **Profesional del área servicio social de dispositivo de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata-Institución No Gubernamental.**

"primero trabajar teoría y trabajamos teoría interdisciplinariamente […] el psiquiatra nos da teoría en relación a diferentes patologías, y aquellos que sabemos de arte visuales, les explicamos al resto de los compañeros en relación a contenidos del arte visual, porque todos debemos manejar medianamente lenguajes comunes, la gente de taller literario también nos explican cosas, porque cuando trabajamos los grupos, siempre trabajamos coordinación, co-coordinación, entonces siempre los coordinadores tenemos que saber de qué se trata […] lo que proyectamos, lo proyectamos entre todos y cada uno da su mirada de aquello que

se proyecta, y cada uno desde su visión […] todo lo que se hace, se hace en equipo interdisciplinario, incluso escribir el proyecto de extensión, nos juntamos, el que trabaja el cuerpo va a decir del cuerpo algo que el psiquiatra no va a poder decir, y que yo desde las artes visuales tampoco voy a poder decir, entonces es más amplia la mirada, más abarcativa" **Profesional de dispositivo de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata-Institución No Gubernamental.**

"La salud mental todavía se considera solamente que tiene que ver con el psicólogo y el psiquiatra, lo interdisciplinario se logra en algunas situaciones, y en otras que son la mayoría, no, somos muchas disciplinas interviniendo, que también es bastante difícil para la familia […] uno le dicen una cosa, otro les dice otra, entonces también hay boicot a la otra […] Es muy difícil lo interdisciplinario" **Profesional de Servicio Social en Salud de la ciudad de Mar del Plata-Institución Gubernamental.**

Se establece una diferencia con la entrevistada de la ciudad de Trelew, ya que en las instituciones gubernamentales, las actuaciones profesionales se realizan en base al trabajo interdisciplinario.

"Los mismos se sustentan en el trabajo interdisciplinario de un equipo formado por Psicólogos, Psiquíatras, Musicoterapeutas, Trabajadores Sociales, Talleristas, Enfermeros y Mucamas." **Profesional de Centro de Día de la Ciudad de Trelew-Institución Gubernamental.**

En igual sentido, si bien no existen espacios formales de reflexión sobre las prácticas de actuación, las instituciones no gubernamentales realizan reflexiones de sus actuaciones, a diferencia de las instituciones gubernamentales. Por tal motivo, se puede inferir el habitus común, de las personas que integran cada equipo de trabajo.

"la mirada del otro sobre el trabajo de uno, o la mirada de uno sobre el trabajo del otro, está buenísimo, pero no está pensado desde lo formal, nos está saliendo desde lo informal, sí lo tenemos pensado, lo tenemos proyectado." **Profesional de**

dispositivo de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata-Institución No Gubernamental.

"obliga sí o sí a intervenciones complejas, y te obliga a pensar todo el tiempo esto que estamos diciendo" **Profesional del área servicio social de dispositivo de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata-Institución No Gubernamental.**

"hablamos de lo sucedido en el grupo, a lo atinente al dispositivo, y también de nosotros, porque la idea es tener un espacio de formación y de supervisión. Este nuevo paradigma, obliga todo el tiempo a repensar y reflexionar sobre lo que hacemos, para que no se nos vaya el encuadre." **Profesional del área servicio social de dispositivo de Salud Mental de la ciudad de Mar del Plata-Institución No Gubernamental.**

En el siguiente testimonio, se vislumbra como en instituciones estatales, no se logra concretar, en la mayoría de los casos, ni el trabajo interdisciplinario ni la reflexión de las prácticas que este tipo de trabajo requiere.

"de acuerdo a cada situación se van formando equipos con diferentes profesionales, a veces logramos reunirnos, acordar estrategias, otras veces no, otras veces es como bastante difícil, como que cada uno va haciendo más o menos, escribe una historia clínica, y que el otro lea lo que hiciste, porque tampoco le interesa al otro, y le decís, che quiero hablar con vos a ver qué hacemos y te libera diciendo, ocúpate del trabajo de discapacidad" **Profesional de Servicio Social en Salud de la ciudad de Mar del Plata-Institución Gubernamental.**

En cuanto a las entrevistadas en la ciudad de Trelew, se observa que si bien el trabajo en equipo interdisciplinario se encuentra más formalizado, existe todavía la dificultad de poder encontrar un momento, un espacio donde se realice una reflexión, problematización de las prácticas llevadas a cabo.

"Existen pocos espacios para pensar y reflexionar sobre las prácticas cotidianas, quizás se den posibilidades de realización de cursos del área de salud

mental o relacionados a las adicciones, a problemáticas de cada especialidad" **Profesional de Centro de Día de la Ciudad de Trelew-Institución Gubernamental.**

III. Cuadro comparativo

Con el objetivo de plasmar lo analizado, se expondrá un cuadro comparativo. Donde retomando las variables que guiaron la recolección de datos se comparará ambas provincias. Se intenta facilitar al lector la comprensión de las diferencias y similitudes que caracterizan el campo de Salud Mental, y las prácticas de los profesionales entrevistados de las Provincias de Buenos Aires y Chubut.

Provincia / Variable	Provincia de Buenos Aires Mar del Plata	Provincia de Chubut Trelew
Paradigmas en que sustentan sus prácticas	• Coexistencias de paradigmas.	• Prevalece el Paradigma de la Salud Mental.
Contexto macro social y contexto institucional	• La Provincia no ha sancionado una ley que se adecúe a la Ley Nacional. • Inexistencia de políticas públicas concretas que tiendan a la de las personas en situación de padecimiento psíquico. • Los profesionales apuestan por el trabajo en red con otras instituciones.	• Ley de Salud Mental Sancionada con anterioridad a la Ley Nacional. • Estado provincial asume un rol activo, existen políticas sociales, recursos e instituciones que tienen como objetivo la reintegración de la población con padecimiento psíquico. Ej. Empresas sociales, casas de convivencia, entre otros.
Impacto de la Ley de	• No se visualizan cambios en las prácticas	• Se visualizan en las prácticas.

Salud Mental en las prácticas	**en general. Queda a disposición de cada profesional.**	• **Cerramiento de los monovalentes. Y puesta en marcha una red de instituciones para la contención de los externados.**
Trabajo interdisciplinario	• **Se concreta el trabajo interdisciplinario en instituciones no gubernamentales objeto de análisis.** • **En instituciones gubernamentales se dificulta el trabajar interdisciplinariamente.** • **Existen sólo espacios informales donde se posibilite la reflexión de las prácticas llevadas a cabo.**	• **En las instituciones estatales se realiza el trabajo interdisciplinariamente.** • **Dificultad para encontrar momentos en donde se reflexione sobre las prácticas llevadas a cabo.**

Conclusión

Se afirma y hasta algunos se lo creen a pies juntillas que el hospicio es un triunfo del espíritu humano, del progreso humano, de la bondad humana"

(Zito Lema; 2010)

Con el presente trabajo final, se pretende aportar elementos que colaboren a la reflexión de las prácticas llevadas a cabo por los equipo de Salud Mental, con el objetivo de generar un aporte disciplinar, problematizando las prácticas del Trabajador Social en el campo de la Salud Mental, como escenario específico.

La intención de este apartado no es concluir, sino continuar interrogándonos, a fin de enriquecer las acciones que se llevan a cabo con las personas en padecimiento psíquico, en pos de su integración social.

Se retoma la pregunta inicial que ha guiado esta investigación: *¿Existe diferencia entre los modelos o paradigmas subyacentes en las prácticas llevadas a cabo desde el equipo interdisciplinario de instituciones de la ciudad de Trelew, Provincia de Chubut y de la ciudad de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires,?*

Al analizar las entrevistas, se puede dar cuenta que la diferencia no reside sólo en los paradigmas que sustentan las prácticas, por el contrario, en los relatos de las entrevistadas, se deja ver que poseen una concepción de Salud Mental que se acerca a lo esbozado por el Nuevo Paradigma, es decir, existe una concepción común de Salud Mental, entendida como un proceso contextualizado social e históricamente, en donde prevalece una noción más complejas de las personas en padecimiento psíquico, comprendiendo sus múltiples dimensiones, y reconociéndole su status de sujeto de derecho.

Dicha razón, es la que lleva a seguir indagando por la diferencia de las prácticas en una provincia y en la otra, considerando la incidencia de los aspectos contextuales y de su historia.

No es casual, que en la Provincia Chubut se financien los recursos para llevar adelante la atención desde el paradigma de la Salud Mental, ya que, posee un extenso trabajo sobre la re-integración sociocomunitaria de personas en padecimiento psíquico, que ha confluido en la sanción de la Ley Provincial de Salud Mental (Ley Nº 384/09), la cual otorga un marco legal a sus actuaciones. Mientras que en la Provincia de Buenos Aires, se está todavía debatiendo como llevar a cabo las reformas propuestas por la Ley Nacional.

En la jurisdicción de la Provincia de Buenos Aires, a pesar de que existen profesionales, tanto en instituciones estatales, como, en instituciones no gubernamentales que trabajan por la re-integración de las personas en padecimiento psíquico, no son política de Estado Provincial, es así que a casi cuatro años de la promulgación de la Ley de Salud Mental (Ley 26.657) y a un año de su reglamentación, no consten más que proyectos de ley para adecuarse a la legislación nacional.

Es decir, al no existir un marco legal que estructure el sistema de Salud Mental desde el Nuevo Paradigma, el trabajo desde esta perspectiva queda sujeto a la predisposición individual de cada profesional.

En consecuencia, encontramos diferencias no sólo dentro de los equipos que actúan en una misma institución, sino también en las actuaciones de distintas instituciones. Al no establecer un marco común, una mirada interdisciplinaria, se corre el riesgo de que las actuaciones de cada profesional sean contradictorias entre sí, perjudicando a las persona en situación de padecimiento psíquico.

Se torna preciso re pensar y reflexionar sobre algunos tópicos que surgieron en las entrevistas, tales como: la Integración social y el contexto de transición.

Al hablar de integración social, no se la debe acotar a lo estrictamente laboral, si bien es cierto que en una sociedad capitalista como la nuestra, ser productivo se equipará a ser sano y por ende al estar "dentro" de la sociedad. También, es cierto que debido a la cronificación del padecimiento psíquico, algunas personas no pueden acceder a un trabajo formal o informal. Sumado, que el mercado laboral excluye a dichas personas.

Como expresan las entrevistadas, el constituir vínculos con otro, juntarse de forma recreativa o 'colgar un cuadro', posibilita una construcción de sí diferente, lo que fortalece a la persona, favoreciendo su integración social. Es decir, trabajar en el empoderamiento de hombres y mujeres en situación de padecimiento psíquico, a fin de que se adueñen de su propia vida, que demuestren, y se demuestren, que no son el diagnóstico, ni una patología. Así lo manifiesta, el siguiente testimonio de una de las entrevistadas: "*es un espacio, este, del taller habilitador, en donde lo que intentamos todo el tiempo, […], es que las personas puedan reconocerse como sujetos de derecho, que ellos estén hablando, que ellos propongan una vez al mes juntémonos a hablar de la nueva ley, este espacio de defensa de los derechos, que también ven en nosotras, que parece que a ellos lo estimulo más en empezar a reconocerse, con lo cual ellos empiezan a manejar otro discurso, a manejarse de otra forma, a vincularse con los demás también.*" *(Profesional de dispositivo de la ciudad de Mar del Plata)*

En este punto, quizás, se encuentre una de las labores específicas del Trabajo Social. Cuando en el diálogo con el otro se intenta comprender su realidad desde su experiencia, el significado que tienen en la historia de vida de las personas en padecimiento psíquico, estamos contribuyendo a generar subjetividad en las personas, a que puedan re-apropiarse de su historia.

La lectura y el análisis de las entrevistas evidencian el actual contexto de transición, en donde coexisten ambos paradigmas. Tal vez, debido a las características de las ciencias sociales siempre se encontrarán presentes. Lo que se debería intentar es que el paradigma prevaleciente sea el paradigma de la Salud Mental.

En dicho período de transición, se corre el riesgo de volver a caer en actitudes manicomiales, ya no en instituciones monovalentes, sino en instituciones que detrás de cierta libertad 'esconden' prácticas del viejo paradigma. *"en algunas instituciones […] queda en lo discursivo y nunca se pasa a la acción, esto también sabemos que pasa" (Profesional de dispositivo de la ciudad de Mar del Plata)*

El paradigma de Salud Mental no es sólo cerrar los manicomios, no es únicamente "liberar a loco" de su encierro, "desamnicomializar significa más que la abolición del manicomio: supone acciones de liquidación de sus modelos de relación humana, de poder disciplinario" (Amico; 2005:79) El nuevo paradigma, nos propone trabajar con las personas en padecimiento psíquico como personas con una historia, y no como patologías abstractas. Es decir, trabajar con la subjetividad de la persona en su vida cotidiana. Nos insta a restituirlas como sujetos de derecho, valorando su potencial de ser persona.

Asimismo, la integración no puede ser considerada unidireccionalmente, las personas en padecimiento psíquico no podrán "ingresar" plenamente en una sociedad que los rechaza; pues hasta tanto no se acepten las diferencias no podremos hablar de integración. Por lo cual, se debe trabajar para lograr que la comunidad, sea un dispositivo de apoyo social.

Reflexionando, sobre una sociedad más justa e igualitaria para todas las personas, sin importar su "patología", su raza, su sexo, género, dejando atrás aquellos patrones de normalidad burguesa: lo blanco, lo masculino y lo heterosexual.

Al ser esta una investigación exploratoria, cuyo fin es establecer tendencias, nos referiremos a nuevas problemáticas que posibiliten la elaboración de investigaciones futuras.

Teniendo en cuenta que ninguna de las entrevistadas, ha mencionado que en sus instituciones cuenten con un espacio formal donde acordar marcos teóricos que direccionen sus prácticas, cabe preguntarse si lo que obstaculiza el trabajo interdisciplinar con perspectiva a la integración social, es la inexistencia de

espacios institucionales en donde se pueda reflexionar sobre las teorías que guían las prácticas.

Como en esta investigación se abordó la problemática de los paradigmas que sustentan las prácticas, de los profesionales de los equipos de Salud Mental, queda por reflexionar, sobre cuáles son las acciones de los equipos interdisciplinarios, y en particular del Trabajo Social, respecto de la prevención comunitaria, pare evitar que el padecimiento psíquico sea causa de la exclusión social.

A fin de contribuir a la implementación real del paradigma de Salud Mental, se torna necesario poner en marcha distintas acciones, como los son la formación permanente y el intercambio de experiencias, supervisión[10] de las prácticas realizadas por los profesionales, entre otras.

Es importante que las instituciones cuenten con la presencia de profesionales expertos que tengan a cargo espacios de supervisión. La misma, es una instancia de reflexión, donde se repiensa las prácticas realizadas y se las confronta con los marcos teóricos. Con la ayuda de un supervisor se cuestionan las actuaciones y se esclarecen cuales son los modelos, o paradigmas que guiaron dichas actuaciones. En síntesis, permite al profesional una mirada crítica de sus propias prácticas.

La implementación de dichos espacio, a mi entender, no sólo posibilitará que el nuevo paradigma se ha llevado a la práctica, sino que enriquecerá las actuaciones profesionales.

[10] Supervisión: *"Un proceso teórico-metodológico que se despliega en dos espacios: el ejercicio profesional y la formación académica. Tiene como objetivos el aprendizaje de nuevos conocimientos y habilidades, necesarios para el desempeño profesional cotidiano, así como la reflexión acerca del impacto afectivo y emocional que genera en el supervisado la atención de cada situación en la cual haya actuado profesionalmente. Se basa en una concepción holística de la realidad en la cual interactúan los conocimientos teóricos con la experiencia práctica." (Tono, Robles y Meza;2003)*

Otras de las propuestas es el intercambio de experiencias, en donde se puedan socializar experiencias basadas en el nuevo paradigma, reflexionar sobre las mismas, comprender como fueron llevadas a cabo, estudiar cómo ponerlas en marcha en distintos lugares, siempre respetando la idiosincrasia de cada realidad. Este tipo de intercambio, también demuestra que es posible realizar acciones que se encaminen a la integración social de las personas en situación de padecimiento psíquico.

Para finalizar, creemos que el aporte del Trabajo Social, en el marco del paradigma de Salud Mental, es defender la palabra de las personas en padecimiento psíquico, nuestra tarea al interior de los equipos interdisciplinarios, es hacer visible las experiencias que las personas poseen de su padecimiento, desde sus propias vivencias, desde su propia historicidad, rescatar sus discursos para ponerlos en juego con los de los otros profesionales.

Referencia bibliográfica

- Amarante; Paulo. (2007) "Superar el manicomio. Salud Mental y atención psicosocial". Ed. Topia. Buenos Aires.

- Amico; Lucía del Carmen. (2005) "La institucionalización de la locura. La intervención del trabajo social en alternativas de atención" Ed. Espacio. Buenos Aires.

- Basaglia; Franco (2008) "La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio" Ed. Topia. Buenos Aires.

- Bourdieu; Pierre (2007) "El sentido práctico" Ed. XXI Siglo veintiuno. Buenos Aires.

- Carballeda; Alfredo (2004) "Del desorden de los cuerpos al orden de las sociedad" Ed. Espacio. Buenos Aires.

- Carballeda; Alfredo (2004a) "La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales" Ed. Paidos. Buenos Aires.

- Carballeda; Alfredo (2006) "El Trabajo Social desde una mirada histórica centrada en la intervención. Del orden de los cuerpos al orden de la sociedad" Ed. Espacio. Buenos Aires.

- Carballeda; Alfredo (S/F) "La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud" Subsecretaría de Atención de las Adicciones. Buenos Aires.

- Carballeda; Alfredo (2009) "La intervención en lo social y el padecimiento subjetivo" en "El trabajo social y padecimiento subjetivo". Colección cuadernos de Margen. Ed. Espacio. Buenos Aires.

- Carpintero; Enrique (2011) "La subjetividad asediada. Medicalización para domesticar al sujeto" Ed. Topia. Buenos Aires.

- Castel; Roberto (2004) "La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado" Ed. Paidós. Buenos Aires.

- Castoriadis; C. (1997) "Un mundo fragmentado". Ed. Altamira. Buenos Aires.

- Cazzaniga; Susana (2008) "Trabajo social e interdisciplina" en Carballeda J. Manuel (2008) "Salud e intervención en lo social". Ed. Espacio. Buenos Aires.

- Follari; Roberto (2000) "Epistemología y sociedad. Acerca del debate contemporáneo" Ed. Homosapiens. Santa Fe

- Foucault; Michel (1990) "Historia de la locura en la edad clásica" Tomo I. Ed. Fondos de cultura Económica. Buenos Aires.

- Foucault; Michel (1992) "Microfísica del poder" Ed. La Piqueta. Madrid

- Galende; Emiliano y Kraut Alfredo (2006) "El sufrimiento mental. El poder la ley y los derechos." Ed. Lugar. Buenos Aires.

- Galende; Emiliano (1983) "La crisis del modelo médico en psiquiatría" cuadernos médico sociales N° 23

- Gutiérrez; Alicia (2005) "Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu". Ed. Ferreyra editor. Córdoba

- Hernández Sampieri; Roberto, Fernández-Collado; Carlos y Baptista Lucio, Pilar (2006): "Metodología de la investigación" Ed. Mc Graw Hill. México.

- Kazi; Gregorio y Ajerez, Margarita. Compiladores (2008) "Salud Mental, Experiencias y prácticas". Ed. Madres de plaza de mayo y ed. espacio. Buenos Aires.

- Kirchner; Alicia. "Módulo Políticas Sociales Carrera de Especialización en Abordaje Integral de Políticas Sociales en el Ámbito Comunitario" UNLA. Ministerio de Desarrollo Social. 2007"

- Ley 8.388 Programa Provincial de Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires.

- Ley de Salud Mental N° 384/09 de la Provincia de Chubut

- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10.

- Mendicoa; Gloria (2003) "Sobre tesis y tesistas. Lecciones de enseñanza-aprendizaje" Ed. Espacio. Buenos Aires.

- Moffatt; Alfredo (1997) "Socioterapia de para sectores marginados: Terapia comunitaria para grupos de riesgo" Ed. Lumen-Humanitas. 6ª Edición. Buenos Aires.

- Méndez; Rubens (2006) "Trabajo Social en el campo de la Salud Mental" Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.d.P

- Netto; José Paulo; Parra, Gustavo y otros (2002) "Nuevos escenarios y práctica profesional. Una mirada crítica desde el trabajo social" Ed. Espacio. Buenos Aires.

- San Giacomo Parodi; Osvaldo (2001) "Trabajo Social y conocimiento objetivo" Equipo E.I.E.M. Facultad de Ciencias de la Salud Y Servicio Social. U.N.M.d.P

- Stolkiner; Alicia (1999) "La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas." Revista Campopsi.

- Stolkiner; Alicia (2005). "Interdisciplina y Salud Mental" en IX jornadas nacionales de Salud Mental, I jornadas provinciales de psicología Salud Mental y mundialización: Estrategias posibles en la argentina de hoy. 7 y 8 de octubre 2005, Posadas, Misiones, Argentina.

- Svampa; Maristella (2005) "La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo" Ed. Taurus. Buenos Aires.

- Tonon; G, Robles; C y Meza, M "La supervisión en trabajo social: Una cuestión profesional y académica" Buenos Aires. Ed. Espacio. 2004

- Vilar; Sergio (1997) "La nueva racionalidad. Comprender la complejidad transdisciplinaria." Ed. Kairos Barcelona.

Bibliografía consultada en internet

- Bracamoente Duran; Rut E. (2010)"La Nueva Institucionalidad Venezolana. Lo instituido y la posibilidad de instituyente". Boletín Topia. Fecha de consulta: 01/09/2014

Disponible: http://www.topia.com.ar/articulos/nueva-institucionalidad-venezolana-lo-instituido-y-posibilidad-instituyente

- Carballeda; A. (2012) "La intervención del Trabajo Social en el campo dela Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas" Revista Margen Nº 65. Fecha de consulta 13 de Mayo de 2014.

Disponible: http://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf

- Carballeda; "La intervención en Lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas" Fecha de consulta 14 de Mayo de 2014.

Disponible: http://www.edumargen.org/docs/curso39-1/apunte04_04.

- Diario Página/12http://www.pagina12.com.ar/diario/ultimas/20-221102-2013-05-29.html. Fecha de consulta: 11 de Mayo de 2014

- Freytes Frey, M y Zelaya, S (2007) "Experiencia de transformación institucional en la red de salud mental de la Provincia del Chubut" Boletín Topia. Fecha de consulta: 29 de Abril 2014.

Disponible: http://www.topia.com.ar/articulos/experiencia-de-transformaci%C3%B3n-institucional-en-la-red-de-salud-mental-de-la-provincia-del-

- Freytes Frey, Marcela (2014) "Reflexiones nacidas del Tercer Encuentro de Empresas Sociales de Salud Mental de la provincia del Chubut". Boletín Topia. Fecha de consulta: 30 de Abril 2014.

Disponible:http://www.topia.com.ar/articulos/reflexiones-nacidas-del-tercer-encuentro-empresas-sociales-salud-mental-provincia-del