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

2018

Estrategias de intervención profesional con personas con diagnóstico de psicosis. Abordaje desde la intervención del Trabajo Social y la Ley Nacional de Salud Mental 26657.

Bonetto, María Belén

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

http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/188

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL de MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

TESIS DE GRADO LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

"ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL CON PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS. ABORDAJE DESDE LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL Y LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL 26657"

AUTORA: MARIA BELEN BONETTO. MAT 11608/12

DIRECTOR: MCO. PSIQ. JAVIER CURTO

CO-DIRECTORA: LICENCIADA CAROLINA GIROMINI

AÑO 2018

INDICE

Introducción _____ 4
Justificación _____ 7

I PARTE
Desarrollo Conceptual

Capítulo 1:
"Profesionalización del Trabajo Social y su configuración
en el Campo de la Salud Mental"
I: Conceptualización del Proceso de Profesionalización_____ 10
II: Proceso de Profesionalización del Trabajo Social _____ 11
III: Proceso de Profesionalización del Trabajo Social en Argentina_____ 13
IV: Construcción profesional del Trabajo Social en el Campo de la Salud Mental___ 17
a. Sobre el concepto de campo profesional_____ 18
b. Sobre el ejercicio profesional del Trabajo Social en el Campo de la Salud Mental 19

Capítulo 2:
"Conceptualización de la Locura, un recorrido histórico desde sus orígenes hasta el
concepto de Salud Mental presente en la legislación actual"
I: Primeras manifestaciones del concepto de Locura_____ 23
II: Hacia la construcción conceptual de la Salud Mental_____ 34
a. Algunas fechas y acontecimientos históricos importantes en el camino de la Salud
Mental Nacional _____ 38
III: Salud Mental en la actualidad _____ 43

Capítulo 3
"Salud Mental y Trabajo Social"
I: Sobre el Diagnóstico de Psicosis_____ 47
II: Sobre la intervención del Trabajo Social en el diagnóstico de Psicosis. El lugar de
la escucha y el relato en la intervención _____ 51

Capítulo 4

"La interdisciplina e intersectorialidad en la intervención en Salud Mental. Principios esenciales de la Ley Nacional de Salud Mental 26657"

I. Conceptualizando la Interdisciplina 57

II. Pensando la intersectorialidad 59

III. Análisis de la Ley Nacional de Salud Mental 26657 60

II PARTE

Desarrollo Metodológico

I. Pregunta de investigación 65

II. Objetivos de la investigación 65

Objetivo General

Objetivos Específicos

Objetivos de Trabajo

III. Unidad de Análisis 66

Definición de la Unidad de Análisis

Definición y análisis de las Variables investigadas

IV. Técnicas de Recolección de Datos 74

Observación participante

Entrevistas en profundidad

Historia de Vida

V. Análisis de los Datos Recolectados 76

VI. Análisis de las variables investigadas 85

VII. Descripción de las propuestas de Intervención de los profesionales en Trabajo Social con personas con Diagnostico de Psicosis 96

Conclusiones 99

Bibliografía 101

ANEXOS

1- Ley de Salud Mental 106

2- Modelos de Entrevistas a Trabajadores Sociales 120

3- Modelos de Entrevistas a Usuarios de Salud Mental 121

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación corresponde a la elaboración de mi Tesis de Grado, para la obtención de mi Título Profesional como Licenciada en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Comencé a transitar las aulas de la Universidad Pública en el año 2012, en un contexto social y político muy diferente al que nos encontramos en la actualidad. En ese momento el colectivo de Trabajadores Sociales de la ciudad de Mar del Plata, se encontraba luchando por el reconocimiento del nombre de Trabajo Social en lugar de Asistente Social o Servicio Social. Allí se evidenciaba la importancia de unirnos a las demás Unidades Académicas del país, que ya se encontraban con dicha modificación en la denominación, y por supuesto en el abordaje de la formación.

Por esos años se venía llevando adelante en nuestro país la sanción de un grupo de Leyes que implicaron el reconocimiento de diferentes Derechos, que no se encontraban regulados en nuestro país hasta el momento de su sanción. Entre las más destacadas podemos mencionar las siguientes:

- Ley 26.206/06. Ley Nacional de Educación.
- Ley 26.061/06 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que establece los presupuestos que deben cumplir los diferentes organismos gubernamentales y no gubernamentales, así como también la familia, para garantizar el pleno goce del ejercicio de los derechos por parte de los niños y adolescentes.
- Ley 26.150/06 de Educación Sexual Integral, que establece que todos los alumnos tienen derecho a recibir educación sexual integral en guía de orientación para la intervención en situaciones conflictivas y de vulneración de derechos en el escenario escolar, en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada, entendiéndose como educación sexual integral a aquella que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos.
- Ley 26.364/08 y 26.842/12 de Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas.
- Ley 26.390/08 de Prohibición de Trabajo Infantil y Adolescente, que prohíbe el trabajo de los niños menores de 16 años y que protege el trabajo de los adolescentes de entre 16 y 18 años.

• Ley 26.485/09 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

• Ley 26.586/09, que crea en la órbita del Ministerio de Educación de la Nación el Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas. Ley Nacional de emergencia social. (Nº 27.345) Año 2016.Decreto 159/2017. Funciones y los objetivos del Consejo de la Economía Popular. Parámetros para la asignación del Salario Social Complementario.

• Ley 26.657/10 de Salud Mental. Derecho a la protección en Salud Mental.

• Ley 26.618/11 de Matrimonio Igualitario.

• Ley 26.743/12 de Identidad de Género.

En este marco de ampliación y reconocimiento de Derechos, el Trabajo Social comienza a tomar mayor participación en las Instituciones y son las intervenciones de los equipos interdisciplinarios (de los cuales formamos parte) las que llevan adelante la aplicación de las leyes nombradas. Entre ellas la Ley Nacional de Salud Mental, que forma parte del objeto de estudio de la presente investigación

Como estudiante de Trabajo Social y futura profesional, considero este dato sumamente importante, ya que es desde la formación, donde comenzamos a nutrirnos y a tomar posicionamientos éticos, políticos y epistémicos. Conocer nuestra historia y las luchas llevadas adelante por la profesión, nos dan la posibilidad de elegir desde que lado nos queremos posicionar al intervenir. Sin duda, la posibilidad de escuchar y aprender de todas las voces, es lo que nos abre la puerta para conocer con que acordamos y con que no a la hora de defender los Derechos.

Desde que comencé a estudiar, he cambiado mi perspectiva y mi forma de comprender la profesión. Hoy elijo ser una Trabajadora Social que defienda y reconozca todos los derechos conquistados hasta el día de hoy, y que luche por todos aquellos que nos quedan por conseguir.

El Trabajo Social es para mí, una profesión que sabe de lucha constante, que reconoce en las vulneraciones de derechos la importancia de mantenernos siempre en pie, de presionar, de saber y valorar todo el camino transitado. Pero por sobre todo, el Trabajo Social sabe qué es no bajar los brazos, qué es luchar todos los días contra las adversidades que el sistema nos lanza constantemente. Sabe que la lucha diaria se convertirá en resultados maravillosos en unos años. Y sabe que una sola persona no puede cambiar el

mundo, pero que si todos juntos sumamos nuestra intervención en defensa de los Derechos conseguiremos resultados inigualables.

Como expresaba Eduardo Galeano *"Mucha gente pequeña en lugares pequeños, haciendo cosas pequeñas, puede cambiar el mundo".* Y como futura trabajadora social, quiero ser parte de esa gente pequeña, que haciendo cosas pequeñas y trabajando en equipo puede cambiar la realidad de vulneración de derechos de las personas con quienes tenga oportunidad de trabajar.

A lo largo de la presente investigación, propongo poner en evidencia a esos pequeños gigantes, que día a día trabajan en defensa de los derechos de las personas que sufren un padecimiento mental. Que sufren porque el sistema no las comprende, porque las excluye o porque quiere lucrar con ellos. Demostrar que existen alternativas de intervención donde predomine la voluntad y autonomía de la persona es mi principal objetivo.

El trabajo realizado se divide en dos partes, la primera donde expongo el desarrollo de cuatro capítulos que integran todas aquellas construcciones teóricas y conceptos que nos permiten comprender el posicionamiento de la presente investigación, permitiendo llegar a la segunda parte con un recorrido exhaustivo del marco conceptual que guió mi investigación y guía mi futura intervención profesional. Esta segunda parte comprende el desarrollo metodológico llevado adelante junto a las conclusiones correspondientes.

De esta forma, los invito a leer mi investigación y los resultados obtenidos en ella, con la convicción de que el Trabajo Social seguirá velando por los derechos conquistados y luchando cada día por el reconocimiento de todos aquellos que aún quedan por conquistar.

FUNDAMENTACIÓN

El tema propuesto en la presente investigación surge del interés personal por conocer en profundidad cuáles son las estrategias de intervención con las que contamos como profesionales y futuros profesionales en Trabajo Social, cuando intervenimos en el campo de la Salud Mental con pacientes que se encuentran con Diagnóstico de Psicosis

Mi primer contacto con profesionales en el ámbito de la Salud Mental, ocurrió en el marco de mi práctica supervisada, correspondiente al último año de mi formación. La misma la realice en la Unidad Funcional de Defensa Civil N 1 en compañía de la Trabajadora Social de la Institución la Licenciada Carolina Giromini.

Allí pude conocer diferentes profesionales, que llevaban adelante sus prácticas desde el Enfoque de Derechos. Colocando en primer lugar el cuidado, la voluntad y la autonomía de la persona.

Comprender y trabajar desde el paradigma de la Salud Mental comenzó a ser un tema de gran interés para mi formación, la comprensión del sujeto, de su narrativa, de sus deseos, me abrió las puertas a pensar que, de ahí en más, mi formación futura, estaría ciertamente marcada por estos lineamientos. Muchos sabemos que a lo largo de los años los conceptos y formas de comprender la Salud Mental irán variando, como a lo largo de toda nuestra historia. Pero hoy comenzamos a pensar en el reconocimiento de los derechos de todas las personas por el hecho de ser personas, y desde ahí construimos las intervenciones. Podremos hoy equivocarnos en algunas decisiones pero sin dudas yo creo que vamos por el camino correcto.

Las intervenciones se construyen en conjunto, no se imponen, se moldean. Así como afirma Galende cuando en su texto "Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser", se propone recuperar lo esencial de la comprensión para una acción transformadora sobre el sufrimiento mental:

"…Se trata de recuperar una razón basada en la relación con el semejante, quien pide nuestra ayuda, en la intención de lograr una comprensión capaz de transformar sus síntomas y de habilitar potencialidades de autonomía para actuar sobre su realidad. Los dos elementos, la comprensión en conjunto y la relación entre quien padece el trastorno y quien lo ayuda, son complementarios y constituyen lo esencial del proceder terapéutico. La comprensión arranca del reconocimiento inicial de un no saber que comparten ambos miembros de la relación, para proponerse construirlo en conjunto. El no saber, el saber

parcial, incompleto, abre perspectivas para la indagación en común a través del trabajo del pensamiento, y evita lo habitual de una práctica basada en un supuesto saber del especialista que impone nombres diagnósticos, clasifica los síntomas y actúa sobre ellos prescindiendo del sujeto que lo padece…" (Galende, 2008:19)

Me propongo de esta forma, poner en palabras, darle nombre a todas aquellas intervenciones que día a día se construyen es pos de la Defensa de quienes son oprimidos por un sistema que encasilla, que determina la utilidad que uno puede o no puede tener. Entendiendo que esto constituye una pequeña muestra de lo que en verdad ponen en juego todos los Profesionales en Salud Mental.

I PARTE:

DESARROLLO CONCEPTUAL

CAPITULO I

Profesionalización del Trabajo Social y su configuración en el Campo de la Salud Mental.

"…El Trabajo Social está allí donde el padecimiento se expresa en esos encuentros singulares que van más allá del dato estadístico o la descripción de problemas vinculados con poblaciones determinadas o clasificadas…" (Carballeda, 2012: 38)

I. Conceptualización de Proceso de Profesionalización

Se inicia el primer capítulo con los aportes de Bibiana Travi, María Cristina Melano, Yolanda Guerra y Norberto Alayón respecto a la profesionalización del Trabajo Social, entendiendo que se encuentra implicada y es parte, de la producción y reproducción de las relaciones sociales. Los aportes fueron producidos durante la primera mitad del Siglo XXI, por lo que se escribieron en el período que acontece luego del proceso de Reconceptualización. El mismo ha significado un hito sumamente importante en la historia del Trabajo Social y genera un punto de inflexión que deja en evidencia dos formas de comprender el ejercicio profesional. Uno signado por un pasado asistencialista y de caridad y otro, centrado en la mirada crítica y descolonizadora que tiene su origen en los pueblos latinoamericanos.

El Proceso de Profesionalización es, para Viviana Travi, *"…El proceso a través del cual una "Ocupación" u oficio "se convierte" en profesión, es decir el momento en el que se reconoce que para su ejercicio es necesario atravesar por un proceso de formación con el fin de adquirir determinados conocimientos y el desarrollo de ciertas competencias, destrezas y habilidades…"* (Travi, 2006:20). Entonces todo proceso de profesionalización implica para la autora: el desarrollo de un cuerpo de conocimientos disciplinares de carácter sistemático; la transmisión de dichos conocimientos a través de instancias formales de formación y acreditación; la consolidación de la investigación; el establecimiento de principios éticos que rigen el accionar de la profesión; una organización interna que ejerce autoridad sobre el ejercicio y que desarrolla una cultura profesional y el reconocimiento público de la actividad profesional, entre otros.

Por su parte Margarita Rozas Pagazza, amplia esta concepción afirmando que es un *"…proceso que se constituye y reconstituye de manera permanente en relación con la*

realidad. Dicho proceso implica un conjunto de tensiones cuando en cada momento histórico se intenta desentrañar el sentido que se le quiere dar a la profesionalización y la concepción desde donde se la nombra…" (Rozas Pagazza, 2007: 6)

En este sentido Miranda Aranda afirma que el proceso de profesionalización implica *"el desarrollo de un cuerpo de conocimientos disciplinares de carácter sistemático; la transmisión de dichos conocimientos a través de instancias formales de formación y acreditación; la consolidación de la investigación; el establecimiento de principios éticos que rigen el accionar de la profesión; una organización interna que ejerce autoridad sobre el ejercicio y que desarrolla una cultura profesional y el reconocimiento público de la actividad profesional"* (Miranda Aranda, 2004:38)

II. Proceso de Profesionalización del Trabajo Social

El proceso de profesionalización del Trabajo Social se produce en la última década del siglo XIX en Estados Unidos, reconociendo que como ocupación ya había surgido anteriormente en Europa[1]

Es importante rescatar, como expresa Norberto Alayón (2007) que el Trabajo Social no es una categoría abstracta, que funciona independientemente de las determinaciones histórico-sociales que se registran en tal o cual país en un periodo particular. Por lo que la relación del Trabajo Social con el funcionamiento y características de la sociedad en su conjunto, es la que constituye una variable ineludible para entender el porqué, el cómo y el para qué de la profesión. De ahí que Norberto Alayón (2007), afirma que el Trabajo Social requiere ser considerado en el contexto de los procesos económicos y políticos vigentes. Por lo que para comprender el proceso de profesionalización es *"…ineludible considerar el contexto socio-económico y político en el que se gesta, a la vez que indagar acerca de las profundas transformaciones que se van produciendo en dicho momento histórico en el campo de las ideas, en el campo cultural y educativo, la creación de centros de formación y*

1 Jane Adams y los Settlements Houses son un ejemplo de ello. Reflejaban una nueva respuesta organizativa a la problemática de la industrialización y de la inmigración, introduciendo un modelo alternativo de agencia para el servicio social, una especie de misión urbana. La primera casa *settlement* en Estados Unidos, denominada Gremio del Vecindario (*Neighborhood Guild*) se estableció en la ciudad de Nueva York en 1886. Tres años después, Jane Addams y Ellen Gates Starr fundaron la Casa Hull en Chicago, la cual se convirtió en el más famoso de estos *settlements*. Se enfocaban en las causas ambientales de la pobreza y en extender las oportunidades de trabajo a los pobres. Realizaban investigaciones, ayudaron a sistematizar la justicia juvenil, establecieron un programa de pensiones para viudas, iniciaron legislación para prohibir el empleo de menores, e introdujeron reformas de salud pública bajo el concepto del seguro social. Se enfocaban en buscar soluciones a través del trabajo en grupo o de organizativas comunitarias

universidades públicas y el acceso de las mujeres a la educación superior…." (Travi, 2007:53) Es destacable que en dicho periodo, se produce en simultáneo la consolidación de otras disciplinas de las Ciencias Sociales, como la Filosofía, Sociología, Psicología, etc.

De esta forma el contexto en el que surge la profesión, estuvo atravesado por importantes transformaciones económicas, sociales y políticas de gran implicancia para esa época. Entre ellas se encuentran el paso de una economía agraria a una industrial, cambios en las costumbres por la formación de una nueva organización social urbana, la consolidación del sistema capitalista, el acelerado aumento de la población, y consolidación de un Estado capitalista monopólico.

A su vez, el movimiento reformista-progresista, en el que participaron las pioneras del Trabajo Social[2], y el cual logra instalar las problemáticas vigentes en la agenda política, tiene lugar en ese contexto. Travi considera que es en el seno del mismo, donde *"…se elevan desde el Trabajo Social al primer plano, los principios de defensa de la dignidad humana, el respeto de las diferencias, tolerancia religiosa, defensa irrestricta de la democracia, la participación social activa, y los derechos de los más desprotegidos, de las minorías, de la justicia y de la libertad…"* (Travi, 2006: 31)

En este sentido la autora afirma que si bien *"…estas profundas transformaciones y el pujante desarrollo de la economía significaron para millones de norteamericanos e inmigrantes la posibilidad concreta de ascenso social, la posibilidad de educar a sus hijos o ser dueños de la tierra y el mejoramiento sustancial de sus condiciones de vida. Para muchos otros, significó continuar en la pobreza con condiciones de vida y de trabajo sumamente precarias, hacinados en las grandes ciudades…"* (Travi, 2006: 21) Por lo que es en este contexto, de instauración del capitalismo industrial, que emerge la Cuestión Social, identificando como sus principales manifestaciones, la pobreza y precarias condiciones de vida, desempleo, desfavorables condiciones de trabajo, bajos salarios, migraciones internas e inmigración masiva y problemas sociales vinculados al crecimiento acelerado de las ciudades. Son las llamadas pioneras del Trabajo Social, quienes propondrán estrategias de intervención para contrarrestar las consecuencias de dichas manifestaciones.

Rozas Pagazza, por su parte, marca tres posibles lecturas sobre el proceso de profesionalización que han marcado la historia del Trabajo Social.

2 Al hacer referencia a las "Pioneras del Trabajo Social" se tienen en cuenta a diferentes mujeres que a través de su trabajo, lucha y estudio, sistematizaron su práctica en defensa de los Derechos de las Personas, con el objetivo de construir una profesión que se encargará de dicho ejercicio. Entre ellas se destacan Mary Richmond, Jane Adams, Gordon Hamilton, Helen Perlman, Octavia Hill

Una primera lectura que se ubica dentro del pensamiento tecnocrático, plantea una concepción de modernización de sus técnicas, funciones y objetivos con autonomía de las relaciones sociales en las que se inscribe la profesión. *"…Esta visión fue influenciada por los contextos que privilegiaron esta concepción con todas las áreas del conocimiento, entre ellas la del Trabajo Social profesional. Se pueden apreciar dos periodos, un primer momento hacia los años 60 con el desarrollismo y un segundo momento hacia los años 90 con el neoliberalismo. Nombramos estos dos periodos porque la hegemonía de este pensamiento fue importante…"* (Rozas Pagazza, 2007:6)

Una segunda, que implica la definición de un objeto de intervención que determine el campo profesional diferenciándose de las otras ciencias sociales. "*…En esta dirección hay una búsqueda de legitimidad; en este caso esa búsqueda parte de la premisa que su objeto es altamente dudoso y, en consecuencia, la profesión no tiene claro sobre que configura su campo profesional…"* (Rozas Pagazza, 2007: 7)

Y, una tercera, aquella que más acuerda con la autora, que se inscribe en el pensamiento crítico; se lo vincula al pensamiento marxista, neomarxismo y/o varias teorías similares, complementarias y a veces divergentes que argumentan la profesionalización inscripta en la división social y técnica del trabajo. *"… En esta dirección, la profesionalización no solo se refiere a la intervención, sino también a la producción de conocimiento, y su proyección en la sociedad..."*(Rozas Pagazza, 2007:7) Margarita Rozas Pagazza rescata aquí, la idea de la profesionalización, como la posibilidad del Trabajo Social de consolidar un área de conocimiento vinculada a la cuestión social y la necesidad de producir conocimiento para su desarrollo que se revierta en la formación de profesionales calificados para pensar actuar

La autora, concluye entonces que la profesionalización como totalidad que implica diversos aspectos (producción de conocimiento, formación de grado y posgrado, definición argumentada del campo para la formación y/o intervención) debería conjugarse en la construcción de un proyecto que aceite las competencias teóricas y técnicas, para afianzar su campo.

Finalmente, Norberto Alayón propone que *"…un modo de entender la profesión sería reconocer que el Trabajo Social es lo que los trabajadores sociales hacen en sus prácticas concretas, más allá de las conceptualizaciones teóricas o de la imagen que uno pueda tener de lo que es o debería ser la profesión…"* (Alayón, 2007:9).

III. Proceso de Profesionalización del Trabajo Social en Argentina

El proceso de profesionalización del Trabajo Social en Argentina, se inicia en el primer cuarto del siglo XX, conformándose un colectivo profesional específico, dedicado a las complejas tareas de la acción social presentes en la realidad político, económica y social de nuestro país. Sin embargo actualmente existe una significativa diversidad de perfiles y orientaciones, que coexisten en el campo profesional, cuestión que evidencia una realidad en la formación y ejercicio profesional que lejos se encuentra de encontrar la homogeneidad.

Por su parte, Rozas Pagazza considera que cada momento histórico genera las condiciones para que un campo de conocimiento pueda repensarse con relación al contexto social en el que se desenvuelve, cuando este – al menos- se le presenta complejo y difícil. *"…Si partimos de que la profesión y las profesiones nacen como tales con la instauración del capitalismo industrial y se da contenido a los oficios gracias a la división social del trabajo, estamos afirmando que hay un contexto que define los términos de esa profesionalización…"* (Rozas Pagazza, 2007: 7). En su reflexión se plantea que esta es la primera configuración del campo profesional en tanto profesionalización de un oficio.

Luego marca como segundo momento de refundación y/o síntesis cuando surge el proceso de Reconceptualización, en un contexto histórico de perspectivas de cambio y de búsqueda de una sociedad alternativa al capitalismo.

Finalmente, el tercer momento lo ubica de la mano de las consecuencias sociales, económicas, políticas y culturales que padecimos en la década del 90. Considera que dicha década no solo generó transformaciones en el régimen de acumulación capitalista sino que también marcó profundamente los comportamientos individuales y colectivos; ya que si en algo ha triunfado el neoliberalismo, es en el ámbito ideológico. En consecuencia, este contexto crea las condiciones para el debate sobre la profesionalización intentando reinterpretar el mundo que nos toca vivir.

La autora afirma que *"…este momento que estamos viviendo implica un momento de interpelación como comunidad profesional. Tomando lo mejor que tuvo la Reconceptualización, que es la capacidad crítica, lo cual permite, sobre la realidad y por primera vez, pensar la profesión con relación a la sociedad. Pero hay algunas lecturas que toman la visión mesiánica de la Reconceptualización que también la tuvo. Y llevó algunos profesionales a constituirse en la vanguardia de la revolución…"* (Rozas Pagazza, 2007:7). Por lo que considera fundamental revisar la Reconceptualización y pensar en la

construcción de un proyecto ético-político y con ello poder consolidar la profesión en sus avances y en su perspectiva

De esta forma la *"…profesionalización implica asumir que el accionar profesional es político, que a través del mismo se despliega poder y que la política es más que la gestión, coordinación, administración de servicios"…* (Melano, 2007: 35). Esto se ve reflejado en la historia de nuestro país al ver vinculadas las prácticas de la profesión con los modelos de Estado.

Melano propone así, seis momentos en la historia Argentina, donde se ven evidenciadas las relaciones entre la profesionalización y el modelo de Estado:

1. Peronismo (1945-1955): La pobreza es vinculada como producto de la injusticia social. Ruptura con la mirada en torno a quienes eran los sujetos de la ayuda que debía prestarse más allá de la protección cercana. La asistencia era considerada un derecho ciudadano. La Asistencia Social profesional adquiere relevancia por la magnitud de los recursos disponibles. Incide en la construcción del imaginario peronista. Avanza en su profesionalización a través de la utilización de registros y de producción bibliográfica. Acontece una ampliación del campo profesional y de la inserción ocupacional

2. Desarrollismo (1955-1965): La pobreza se asimila a la marginalidad y con el atraso socio-cultural. Se procura despolitizar prácticas de asistencia. Enfatiza posibilidades de autoayuda. Autopromoción, a través de la participación voluntaria y activa. Los profesionales se aproximan teóricamente al conocimiento macro social, incorporan saber instrumental, amplían capital teórico y metodológico.

3. Reconceptualización (1965-1976): desplazamiento de los objetivos primigenios de asistencia, prevención, hacia la concientización, capacitación, organización y movilización popular, orientados por el móvil revolucionario de "cambio de sistema". Desvela y se desvela por la metodología. Identifica las fases del proceso metodológico aplicables a distintas unidades de intervención e inicia una búsqueda de un método desde la especificidad de la intervención. Desdeña los métodos cuantitativos a los que asimila al positivismo. Equipara el "método científico" con el materialismo dialéctico y, en la búsqueda de uniformidades, no alcanza a reconocer el tenor constructivo que invisten los métodos. Hace de la denuncia una práctica permanente. Procura, no sin contradicciones, incrementar su autonomía. Y en el plano asociativo, accionó en pro del fortalecimiento de la participación gremial, intento de traspolar la autonomía emergente en el ámbito del saber académico al ámbito de la sociedad.

4. Dictadura (1976-1983): Terrorismo de Estado, genocidio, ciudadanía, desaparecidos. Deuda externa/ interna. Desmantelamiento de empresas nacionales. Desaparición de profesionales. Prescindibilidad. Exilio. Reclusión. Degradación de la formación. Cercenamiento de la práctica profesional, acotada al caso social individual. Presencia de perspectivas psicologicistas y enfoque sistémico. Recuperación de la familia como unidad de atención.

5. Democratización política (1983-1989): Consolidación y fortalecimiento de la formación. Inserción en el contexto de las ciencias sociales. Énfasis en la participación social (coexistencia de prácticas asistenciales y burocratizadas). Descentralización, desconcentración, movimientos sociales, educación popular como nuevas temáticas. Metodología de investigación-acción, difusión de técnicas participativas. Creación de Leyes Profesionales y Colegiatura.

6. Neoliberalismo (1989-2003): Estado mínimo. Modernización excluyente. Incremento exponencial de pobreza y desempleo. Desarrollo teórico y metodológico del campo profesional. Emergencia de posgrados. Avance en sistematización e investigación profesional. Políticas sociales focalizadas. Nuevos objetos y perspectivas de intervención (gerenciamiento, mediación, trabajo en redes) Prácticas profesionales escasamente relevantes para contrarrestar efectos del modelo

Actualmente el Trabajo Social como profesión cuenta con una Ley Federal de Trabajo Social[3], que reconoce la autonomía profesional, las obligaciones y los derechos de todos los profesionales del país.

Dicha Ley Federal en su artículo N 4 establece que *"...Se considera ejercicio profesional de trabajo social la realización de tareas, actos, acciones o prácticas derivadas, relacionadas o encuadradas en una o varias de las incumbencias profesionales establecidas en esta ley, incluyendo el desempeño de cargos o funciones derivadas de nombramientos judiciales, de oficio o a propuesta de partes, entendiéndose como Trabajo Social a la profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los*

3 La Ley Federal de Trabajo Social fue sancionada y promulgada en el año 2014

conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar…"

Entre los derechos reconocidos por la Ley se encuentran el ejercicio de la profesión en los distintos niveles y ámbitos de intervención, negarse a realizar actos o colaborar en la ejecución de prácticas violatorias de los derechos humanos, la posibilidad de capacitarse y actualizarse en el campo disciplinario del trabajo social y de las ciencias sociales, contar con las medidas de prevención y protección en el caso que el ejercicio de la profesión pudiera implicar peligro para el profesional y la posibilidad de contar con un periodo de recuperación cuando el ejercicio de la profesión se lleve a cabo en relación a problemáticas o situaciones sociales que impliquen acelerados procesos de desgaste profesional o afecten la salud física o mental de los profesionales; concurrir a las asambleas, reuniones, congresos y otros eventos en representación de las organizaciones profesionales de trabajo social, con justificación de las inasistencias laborales, poder acordar honorarios y aranceles profesionales con obras sociales, servicios de medicina prepaga, asociaciones mutuales .

Y en cuanto a las obligaciones profesionales se destacan las siguientes con respecto al ejercicio profesional: Matricularse en el colegio o consejo profesional ; desempeñar la profesión con compromiso, competencia y actualización profesional, teniendo como principios rectores los derechos humanos, la justicia social, la ciudadanía y la forma de vida democrática; ejercer la profesión de conformidad con las normas establecidas en los códigos de ética sancionados por los colegios o consejos profesionales; prestar la colaboración que le sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias; mantener el secreto profesional con sujeción a lo establecido por la legislación vigente en la materia.

IV. Construcción profesional del Trabajo Social en el Campo de la Salud Mental

Se construye este apartado del capítulo con el objetivo de comenzar a enfocarnos en el campo de intervención que es objeto de la presente investigación. Por lo que se profundizará en la intervención en los escenarios actuales fundamentalmente en el Campo de la Salud Mental. Se aclara en este punto, que si bien el campo de la salud es un campo específico de la intervención del Trabajo Social, no se encuentra ni aislado ni separado de los demás campos que forman parte de las incumbencias profesionales. Por lo que los aportes de Pierre Bourdieu sobre la conceptualización del campo, serán oportunos para nutrir este apartado.

a. ***Sobre el concepto de Campo Profesional***

"El campo es una red de relaciones objetivas entre posiciones objetivamente definidas –en su existencia y en las determinaciones que ellas imponen a sus ocupantes- por su situación (situs) actual y potencial en la estructura de las distribuciones de las especies de capital (o de poder) cuya posición impone la obtención de beneficios específicos puestos en juego en el campo y, a la vez, por su relación objetiva con las otras posiciones" (Bourdieu, 1988:108). De esta forma, el campo es un espacio de juego históricamente constituido, con sus instituciones específicas y leyes de funcionamiento propias. Un campo se define, delimitando lo que está en juego y los intereses específicos que lo constituyen. Y engendra el interés que le es propio, que es la condición de su funcionamiento, es decir que es necesario que haya no solo algo en juego, sino personas dispuestas a jugar.

Dentro del campo, existen relaciones de fuerza y poder donde el capital simbólico, social, económico y cultural se obtienen y se pierden. Implica una lucha constante por transformar o conservar la estructura del juego que a la vez tienen implícitas luchas por la imposición de una definición del juego y de los triunfos necesarios para dominar ese juego.

A su vez, el autor introduce el concepto de *habitus* para referirse a las formas de obrar, pensar y sentir, que están originadas por la posición que una persona ocupa en la estructura social. En cuanto al campo, es el espacio social que se crea en torno a la valoración de hechos sociales tales como el arte, la ciencia, la religión, la política. Esos espacios están ocupados por agentes con distintos habitus, y con capitales distintos, que compiten tanto por los recursos materiales como simbólicos del campo. Estos capitales, aparte del capital económico, están formados por el capital cultural, el capital social, y por cualquier tipo de capital que sea percibido como "natural", forma del capital que denomina capital simbólico. Los agentes, con el habitus que les es propio, dada su posición social, y con los recursos de que disponen, "juegan" en los distintos campos sociales, y en este juego contribuyen a reproducir y transformar la estructura social.

Esta definición nos ayuda a comprender lo que implica un campo profesional, dado que en el mismo aparecen elementos que reflejan características esenciales de los campos del Trabajo Social. La metáfora, que utiliza el autor, donde el campo es un espacio de juego históricamente constituido con instituciones específicas y leyes de funcionamiento propias, donde existen relaciones de fuerza y de poder, y los diferentes capitales se obtienen y pierden, se puede relacionar con el posicionamiento que cada profesional toma respecto

de cómo llevar adelante su ejercicio profesional, y cómo se posiciona o construye con las demás profesiones con las que trabaja. El concepto de "habitus", por su parte, se relaciona con los intereses profesionales que cada uno defiende dentro del campo en el cual ejerce la profesión y la importancia que esto tiene para definir cada intervención, ya que un campo no es una estructura sin vida sino que existe en la medida en que hay jugadores dispuestos a jugar.

b. Sobre el ejercicio profesional del Trabajo Social en el Campo de Salud Mental

"… ¿Por qué pensar la salud mental como un campo? Porque en el interior lo que se juega son sistemas de pensamiento, de explicación de los procesos de salud-enfermedad. Se definen ciertas prácticas, ciertos modos de intervenir, se legitima en el plano social a esas prácticas como pertenecientes al campo, se identifica a los agentes de ese campo y se les otorga o no una legitimidad legal-jurídica..." (Custo, 2008:22)

El Trabajo Social como disciplina se funda dentro de un paradigma asociado a la resolución de las necesidades sociales, pero con el devenir de la Disciplina, hoy se actúa fundamentalmente sobre problemas sociales que contienen dentro de ellos mismos necesidades. Carballeda afirma que en el campo de la Salud Mental, esto se hace más visible pero que a la vez, atraviesa campos como el conflicto con la ley, el consumo problemático de sustancias, el ausentismo y deserción escolar, las pericias judiciales, y el carácter material y simbólico de la aplicación de políticas sociales de diferentes características.

Es importante afirmar en este punto que *"...La cuestión social se expresa con mayor calidad en el arco de la constitución del sistema capitalista… La cuestión social se entiende como la expresión de la relación contradictoria entre capital-trabajo. Esta relación constituye el núcleo central de un proceso que se explicita en la forma de organización económica, social y política que afecta a los sectores trabajadores en su proceso de reproducción biológica y social, así como a los sectores sociales no involucrados en dicho proceso productivo…"* (Pagazza, 1998:45).

Es así que hoy nos encontramos ante "nuevos escenarios de intervención" signados por los acontecimientos históricos y sociales por los cuales nuestro país y nuestra historia ha atravesado en los últimos años. El autor, plantea estos nuevos escenarios como *"...espacios de tensión y puja donde la caída del relato neoliberal, acompañada de la*

persistencia de algunos de sus rasgos más sobresalientes, entra en coalición con un nuevo relato, aun no construido del todo…" (Carballeda, 2012: 39)

Es así, que la intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental, posee características singulares, ya que las prácticas se dan en escenarios sociales donde aparece la necesidad de recuperar el proceso histórico social y así comprender y explicar la complejidad del contexto. Escenarios donde conviven las tensiones propias del campo, pero que para el autor interpelan directamente la intervención en lo social. Alfredo Carballeda, introduce aquí la noción de padecimiento subjetivo. *"…La enfermedad articula lo social y lo singular desde el padecimiento, su impacto subjetivo y también construye sus inscripciones en los que rodean a quien la padece…"* (Carballeda, 2012: 40) Es decir que la enfermedad actualmente se vincula con una serie de circunstancias que exceden el abordaje de una sola mirada y que responden a la historia de vida de cada sujeto de manera personal y única.

Pensar lo social en términos de intervención, implica la construcción de un punto de encuentro entre sujeto y cultura donde los aspectos contextuales dialogan, se entrecruzan y elaboran diferentes tipos de demandas ligadas de la cuestión social. Y es ahí donde se encuentra el Trabajo Social *"…donde el padecimiento se expresa en esos encuentros singulares que van más allá del dato estadístico o de la descripción de problemas vinculados con poblaciones determinadas o clasificadas…" (*Carballeda, 2012: 38)

Siendo, para Carballeda la intervención de los profesionales en Trabajo Social, *"…un proceso, el análisis del contexto y los diferentes escenarios donde transcurre la vida cotidiana, su devenir, el impacto en la esfera de lo subjetivo…"* (Carballeda, 2012:39). Se vuelve necesario para el Trabajo Social analizar el impacto directo que tiene en la vida cotidiana de los sujetos aquellos procesos y cambios coyunturales que suceden en donde residen y desarrollan sus actividades cotidianas. Es así que los cambios económicos, sociales y políticos atraviesan el padecimiento subjetivo de cada persona siendo experimentado y vivenciado de manera única por cada persona. A la vez que *"…los diferentes cambios sociales y en la estructura de trabajo modifican las condiciones individuales, familiares y comunitarias de identidad, cohesión, organización y producción…"* (Stolkiner, 2001:3)

Se propone a la Salud y Enfermedad como un proceso social esencialmente dinámico. La enfermedad como una problemática social compleja, dialoga con la vulneración de derechos, la incertidumbre, el padecimiento subjetivo, elaborándose así nuevas formas de comprender y explicar los fenómenos asociados a las diferentes maneras

de construcción de la solidaridad en tramas heterogéneas y muchas veces dentro de un estallido de los dispositivos de asistencias que por diferentes razones muestran dificultades para abordar las nuevas demandas dentro del sector. Esto tiene que ver con el hecho de que *"…una persona sea considerada como enferma, no solo depende de alteraciones de su personalidad sino de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones…"* (Álvaro, 1992:1), existiendo una gran importancia en los valores sociales a la hora de definir la salud o la enfermedad.

Entonces, cada comportamiento es evaluado dentro de un contexto social determinado, por lo que *"…un mismo comportamiento puede ser evaluado de distinta forma según el contexto social en que se realiza…" (*Alvaro, 1992:1), ya que es la mirada que tiene ese contexto sobre "lo normal y lo anormal" la que evalúa cada comportamiento y lo acepta o lo rechaza.

Las Instituciones juegan un papel muy importante ya que son las que reflejan las miradas del contexto social y las que tienen la difícil tarea de no naturalizarlas, de cuestionarlas y ser críticos para construir intervenciones que no vulneren los derechos de quienes padecen los sufrimientos.

Alicia Stolkiner, distingue muy bien la institución de establecimiento*, "…la institución es una trama de relaciones sociales y sentidos, el establecimiento es la forma en que ella se materializa…"* (Stolkiner, 2003:1). De esta forma plantea que las instituciones de salud mental concretan una serie de representaciones sobre salud y enfermedad, sobre las prácticas médicas y las relaciones de poder contenidas en ellas y sobre el proceso de curación. Y que en los establecimientos de salud mental conviven y coexisten distintas instituciones superpuestas.

Carballeda construye la noción de "sujeto inesperado" al afirmar que, en estos nuevos escenarios de intervención atravesados por la vulneración de derechos, aparece un sujeto en las instituciones que estas no pueden comprender *"… El cuerpo deja de cumplir con el mandato cartesiano de la separación entre este y la mente, que desde los inicios de la historia de occidente, fue nominada de diferentes maneras. Esta dualidad se ratifica en la modernidad donde esa escisión se expresa en el ideal ilustrado, tan bien representado en los anfiteatros anatómicos del siglo XVII como una verdadera muestra de la capacidad de objetivación de lo otro…"* (Carballeda, 2012: 40). Se debe comprender al sujeto en toda su complejidad y no de manera separada, la persona se constituye como tal a través de toda su historia.

El autor propone que ante este escenario de problemáticas complejas, el trabajo Social y las demás disciplinas tienen la oportunidad de trabajar en el campo de la Salud Mental desde el lugar de los derechos, dejando al margen el lugar de lo normativo, ya que la Intervención en lo Social, reflejada en el derecho a ser asistido siendo escuchado, se vincula con el crecimiento y nuevo perfil de demanda al Trabajo Social. "… *En el campo de la Salud Mental, ante la complejidad de las problemáticas y los escenarios de intervención es quizás donde este derecho se expresa con mayor claridad. Allí, donde hay algo más que un cuerpo enfermo, un número de cama, un caso psiquiátrico, hay un sujeto que demanda ser escuchado en clave social. De este modo, la lógica de la inclusión social se relaciona en forma intensa con la Salud Mental…"* (Carballeda, 2012:43).

El autor afirma que en la actualidad surge una perspectiva de intervención en lo social en el campo de la salud que implica *"…Construir nuevos diálogos entre las diferentes disciplinas y formas de intervenir de cada una de ellas, en relación a la complejidad del contexto. Estas cuestiones, llevan a la posibilidad de pensar la intervención en lo social como dispositivo es decir como una trama de relaciones que se pueden establecer entre diversos componentes, en una misma línea de articulación y diálogo entre diferentes puntos problemáticos…"* (Carballeda, 2012:45)

En resumen, *"…La intervención en lo social, en tanto proceso de análisis implica la acción sobre las marcas objetivas y subjetivas que produce la institucionalización…" (Carballeda, 2012: 45).* Comprendiendo que en Salud Mental aparecen nuevos escenarios de intervención, constituidos por un pasado y presente histórico de vulneración de derechos, en el cual se han constituido los diferentes sujetos que forman parte de estas instituciones y que tiene que redefinirse para poder intervenir desde el paradigma de los derechos, donde la palabra se convierte en una herramienta de trabajo y de protagonismo para la persona con quien se interviene.

CAPITULO 2

Conceptualización de la Locura, un recorrido histórico desde sus orígenes hasta la noción de Salud Mental presente en la legislación actual

"A menudo en los mismos lugares, los juegos de exclusión se repetirán, en forma extrañamente parecida, dos o tres siglos más tarde. Los pobres, los vagabundos, los muchachos de correccional, y las "cabezas alienadas", tomarán nuevamente el papel abandonado por el ladrón, y veremos qué salvación se espera de esta exclusión, tanto para aquellos que la sufren como para quienes los excluyen. Con un sentido completamente nuevo, y en una cultura muy distinta, las formas subsistirán, esencialmente esta forma considerable de separación rigurosa, que es exclusión social, pero reintegración espiritual"

Michael Foucault

I. Primeras manifestaciones del concepto de Locura

El concepto de Locura se ha ido construyendo histórica, social y culturalmente y esa construcción ha determinado las diferentes prácticas implementadas desde las diferentes disciplinas para controlar, curar, disciplinar y eliminar ese fenómeno tan temido por quienes quieren, aun hoy, mantener "el orden". De esta forma los procesos psicológicos asociados con la salud o la enfermedad mental pueden ser descriptos de formas diferentes de acuerdo a los distintos modelos psicológicos y médicos.

Es además la misma sociedad la que fija los límites dentro de los cuales se aceptará o tolerara las conductas consideradas desviadas, ya que siempre que hubo una amenaza en lo social (incertidumbre frente a lo desconocido donde se rompe la seguridad de la razón), se genera una contención institucional para poder tratar de frenarlo. Esta contención institucional hace referencia a que siempre existió una ideología y un aparato administrativo que podía proteger el orden establecido

Foucault nos dirá que *"...La locura fascina porque es saber. Es saber, ante todo, porque todas esas figuras absurdas son en realidad los elementos de un conocimiento difícil, cerrado y esotérico […] Este saber, tan temible e inaccesible, lo posee el Loco en su inocente bobería. En tanto que el hombre razonable y prudente no percibe sino figuras fragmentarias…" (Foucault, 1998:18) y Foucault se pregunta qué es lo que anuncia este saber y se responde que es el saber prohibido "...Es que, de una manera general, la locura*

no se encuentra unida al mundo y a sus fuerzas subterráneas, sino más bien al hombre, a sus debilidades, a sus sueños y a sus ilusiones…" (Foucault, 1998:20)

Entonces, a lo largo de este capítulo se pretende descubrir ¿Qué es la locura? ¿Quién porta la locura? ¿El loco, el marginado? o ¿el que lo margina y categoriza? Porque si "…la Locura, como la perversión sexual o la delincuencia, es lo otro de la racionalidad moderna, lo rechazado y expulsado más allá de los límites de la razón…" (Pastor Martín, J y Ovejero Bernal, A, 2009:294). Entonces el Loco en realidad puede ser aquel señalado por una sociedad que lo excluye por temor. Por temor a que su falta de estructura rompa el esquema de lo normal. Por temor a que su "locura" desenmascare la trama violenta de los mandatos impuestos. Por temor a que superen la estructura, la cuestionen y desmoronen.

¿Acaso Cristóbal Colón no era un loco que pudo comprender más allá de lo establecido y descubrir que la tierra es redonda y no cuadrada? ¿Pero también no eran locos los españoles que sin dudas ni titubeos exterminaron a los nativos de América, y locos no eran los Reyes de España, que abalaban y festejaban tal aberración? ¿También locos no lo eran los pueblos originarios que dieron hasta lo que no tenían para sembrar la paz? Porque el loco, comienza a ser considerado como tal, cuando existe del otro lado quien lo define de esa forma.

Lo importante de este capítulo se centra en la necesidad de recordar el pasado para tratar de no repetirlo y para comprender en qué lugar de poder se sitúa la Enfermedad Mental en la historia del mundo y el poder del médico.

Es así que a lo largo de la historia del mundo, la locura ha tenido diferentes caras. Caras que según el clima de época y las relaciones de poder puestas en juego, fueron constituyéndose de diferentes maneras.

Michael Foucault realiza un recorrido, recuperando la historia de la locura, concluyendo que *"…si esta experiencia se ha construido así a través de diversas prácticas humanas (institucionales, discursivas, sexuales, de subjetivación) histórica y socialmente condicionadas, es decir, si esta experiencia no siempre ha sido así, puede que mañana esta experiencia sea distinta…"* (Pastor y Ovejero, 2003:294). El Filósofo y autor busca las causas de la locura en el ámbito material y circunstancial de una experiencia históricamente constituida, conformada por prácticas institucionales, procesos socio-económicos y formas de discurso, de los cuales surge la figura cultural de la enfermedad mental.

De esta forma, en su texto "La historia de la Locura" Foucault nos ofrece un fundamento de las prácticas sociales y discursos que han constituido a lo largo de la historia, las condiciones de posibilidad de diferentes formas de subjetividad desde las que

se ha entendido la locura. Comprendiendo que el poder ocupa un lugar central, porque es la razón que ve, la razón que domina y controla.

Estas prácticas sociales y discursos determinan en qué condiciones algo puede llegar a ser objeto de conocimiento, explican cómo se ha llegado a considerar algo que es necesario conocer, a que recorte ha sido sometido y, que parte de él ha sido considerada, y cuál ha sido rechazada. Así, para Foucault, la historia de la locura, en su constitución como objeto de conocimiento, nos plantea que es construida socialmente y nos demuestra, cómo a lo largo del tiempo, la locura ha ido tomando diversas formas, así como también su persecución, ocultamiento y patologización de acuerdo a cada época.

Foucault realiza una comparación de la Locura con el fenómeno de la Lepra, que para el Siglo XV, no quedaban en Europa, ni leprosos ni leprosarios. *"...Lo que durará más tiempo que la lepra, y que se mantendrá en una época en la cual, desde muchos años atrás, los leprosarios están vacíos, son los valores y las imágenes que se habían unido al personaje del leproso; permanecerá el sentido de su exclusión, la importancia en el grupo social de esta figura insistente y temible, a la cual no se puede apartar sin haber trazado antes alrededor de ella un círculo sagrado…"* (Foucault, 1998:7). Para Foucault lo que permanece son las estructuras descalificantes formadas en torno a la figura del leproso, que se reproducirán a lo largo de los tiempos. Esa imagen de exclusión y rechazo serán a la vez, trasladadas a otras figuras *"...Los pobres, los vagabundos, los muchachos de correccional, y las "cabezas alienadas", tomarán nuevamente el papel abandonado por el ladrón, y veremos qué salvación se espera de esta exclusión, tanto para aquellos que la sufren como para quienes los excluyen. Con un sentido completamente nuevo, y en una cultura muy distinta, las formas subsistirán, esencialmente esta forma considerable de separación rigurosa, que es exclusión social, pero reintegración espiritual…"* (Foucault, 1998:8)

Pero cuando en el Siglo XV aparecen las enfermedades venéreas, y se instalan en el lugar de las enfermedades que requieren tratamiento Foucault considera que *"...Ha nacido una nueva lepra, que ocupa el lugar de la primera. Mas no sin dificultades ni conflictos, pues los leprosos mismos sienten miedo: les repugna recibir a esos recién llegados al mundo del horror…"* (Foucault, 1998:8)

El autor afirma que *"...bajo la influencia del mundo del internamiento tal como se ha constituido en el siglo XVII, la enfermedad venérea se ha separado, en cierta medida, de su contexto médico, y se ha integrado, al lado de la locura, en un espacio moral de exclusión. En realidad, no es allí donde debe buscarse la verdadera herencia de la lepra,*

sino en un fenómeno bastante complejo, y que el médico tardará bastante en apropiarse…" (Foucault, 1998:8)

La locura es un fenómeno complejo que se construye rodeado de miedos sociales que repercuten en los procesos de separación, exclusión y expulsión que a lo largo del tiempo han querido constituirse como la solución al "problema de la locura".

El autor considera diferentes momentos que caracterización la aparición y posterior dominio de la locura por las clases dominantes. Plantea entonces diferentes figuras que existieron en la Edad Media y que formaron parte de la visión de la locura en esa época.

La primera es la denominada "…nave de los locos, extraño barco ebrio que navega por los ríos tranquilos de Renania y los canales flamencos…" (Foucault, 1998:9).

Si bien es cierto que en el Renacimiento existía esta "Nave de los locos", práctica según la cual se expulsaba a los locos en barcos que recorrían los ríos de Europa, la conciencia crítica era una forma de subjetividad que experimentaba a la locura como aquello que denunciaba las insensateces de las costumbres que la gente consideraba racionales y correctas según el pensamiento positivista. En la mayor parte de las ciudades de Europa ha existido desde la Edad Media y el Renacimiento, un lugar de detención reservado a los insensatos, *"...Se puede creer que los locos eran llevados en número considerable por marineros y mercaderes, y que allí se 'perdían', librando así de su presencia a la ciudad de donde venían (...) De Lancre ve en el mar del origen de la vocación demoniaca de todo un pueblo: el incierto surcar de los navíos, la confianza puesta solamente en los astros, los secretos transmitidos, la lejanía de las mujeres, la imagen en fin de esa vasta planicie, hacen perder al hombre la fe en Dios y todos los vínculos firmes que la ataban a la patria; así se entrega al Diablo y al océano de sus argucias…"* (Foucault, 1998:11).

La barca entonces simboliza la unión entre el agua y la razón, generando un lugar de intranquilidad y molestia para la locura y el loco, en donde se plantea la ambigüedad de amenaza y cosa ridícula, la sinrazón del mundo y la ridiculez de los hombres,

Y no es casualidad que una de esas naves forme parte de la historia de uno de los hechos más significativos del mundo moderno, como lo fue la Conquista de América. Foucault afirma que *"...La moda consiste en componer estas "naves" cuya tripulación de héroes imaginarios, de modelos éticos o de tipos sociales se embarca para un gran viaje simbólico, que les proporciona, si no la fortuna, al menos la forma de su destino o de su verdad…*" (Foucault, 1998:9)

El autor remarca esta partida de los locos, como uno más de los exilios rituales existentes en esa época. Foucault no puede expresar de mejor forma este acontecimiento:

"…Así se comprende mejor el curioso sentido que tiene la navegación de los locos y que le da sin duda su prestigio. Por una parte, prácticamente posee una eficacia indiscutible; confiar el loco a los marineros es evitar, seguramente, que el insensato merodee indefinidamente bajo los muros de la ciudad, asegurarse de que irá lejos y volverlo prisionero de su misma partida. Pero a todo esto, el agua agrega la masa oscura de sus propios valores; ella lo lleva, pero hace algo más, lo purifica; además, la navegación libra al hombre a la incertidumbre de su suerte; cada uno queda entregado a su propio destino, pues cada viaje es, potencialmente, el último. Hacia el otro mundo es adonde parte el loco en su loca barquilla; es del otro mundo de donde viene cuando desembarca…" (Foucault, 1998: 12)

La segunda figura que propone el autor se ve reflejada en la literatura y las pinturas. Bosco y Erasmo son nombrados por Foucault a lo largo de todo el primer capítulo. Se asocia a la Locura con castigos divinos. *"…Un arte que, en su esfuerzo por dominar esta razón que se busca a sí misma, reconoce la presencia de la locura, de su locura, la rodea y le pone sitio, para finalmente triunfar sobre ella…"* Es un arte que habla en silencio de la Locura y que Foucault recupera en su texto.

En cuanto a las manifestaciones impresas en El Bosco, dirá:

"…La pintura se adentra en una experiencia que se apartara cada vez más del lenguaje, sea la que sea la identidad superficial del tema. La palabra y la imagen ilustran aun la misma fábula de la locura en el mismo mundo moral; pero siguen ya dos direcciones diferentes, que indican, en una hendidura apenas perceptible, lo que se convertirá en la gran línea de separación en la experiencia occidental de la locura. La aparición de la locura en el horizonte del renacimiento se percibe primeramente entre las ruinas del simbolismo gótico; es como si en este mundo, cuya red de significaciones espirituales era tan tupida, comenzará a embrollarse, permitiera la aparición de figuras cuyo sentido no se entrega sino bajo las especies de la insensatez…" (Foucault, 1998: 16)

"…Todo lo que tenía la locura de oscura manifestación cósmica en Bosco, ha desaparecido en Erasmo; la locura ya no acecha al hombre desde los cuatro puntos cardinales; se insinúa en él o, más bien, constituye una relación sutil que el hombre mantiene consigo mismo. La personificación mitológica de la Locura no es, en Erasmo, más que un artificio literario. En realidad, no existen más que locuras, formas humanas de la locura: La locura no tiene tanto que ver con la verdad y con el mundo, como con el hombre y con la verdad de sí mismo, que él sabe percibir…" (Foucault, 1998:21)

No existe en este período *"…conciencia médica de la enfermedad mental ni una disciplina que la tratara. Tampoco existía un ordenamiento jurídico especial para estos individuos, que eran tratados solamente en función de los conflictos que provocaban, o sancionados por sus conductas antisociales como cualquier otro delito…*" (Galende, 2006:27)

Galende afirma que la autoridad encargada de instalar el control de los actos anormales, que son propios de los individuos irracionales, en esta época, es primero el sacerdote y luego el monarca, que más adelante en el Siglo XVIII se instalará en la figura del médico.

En el Siglo XVII ocurre un proceso de extensión de la pobreza en todo el territorio europeo y la migración del campo a la ciudad conforma un contexto amenazante para quienes ya vivían en ella. La monarquía, entonces crea diferentes instituciones con el objetivo de encerrar a aquellos individuos que "…*perturban el desenvolvimiento de la vida en la ciudad*…" (Galende, 2006:30). Es el terror al encierro lo que disciplina la conducta en la ciudad. Surge así una nueva modalidad de hospitales, que ya no serán exclusivamente filantrópicos, sino que van a comenzar a cumplir una función de orden social y político.

El Hospital General fue creado por Decreto Real en 1656 y consistía en una red de establecimientos de internación masiva, extendidos por el territorio de Francia. *"…El Hospital General no consistía, como puede sugerirnos ahora su nombre, en un establecimiento médico. Responde a una estructura de tipo administrativa con un estatuto semijurídico, ya que se le otorga la autonomía legal, es decir, por fuera de los tribunales ordinarios, para decidir sobre la detención de las personas cuyo comportamiento sea considerado, por sus directores y responsables, como el de seres antisociales…"* (Galende, 2006:31). El autor afirma que esto un nuevo orden jurídico que será el que se verá reflejado en la figura del Psiquiatra del siglo XIX dentro de los Manicomios.

Con estos establecimientos no solo queda unida la relación locura-encierro compulsivo sino que se une, además, a la figura del loco, la del marginado social, la

prostituta, el alcohólico, el pervertido. Foucault llama la atención en que "…se sabe bien que en el siglo XVII se han creado grandes internados; en cambio, no es tan sabido que más de uno de cada cien habitantes de París, ha estado encerrado allí, así fuera por unos meses. Se sabe bien que el poder absoluto ha hecho uso de lettres de cachet [4]y de medidas arbitrarias de detención; se conoce menos cuál era la conciencia jurídica que podía alentar semejantes prácticas…" (Foucault, 1998:38)

Con el encierro, el loco estará sometido al poder del director del asilo. Perderá todo derecho, no será más un ciudadano, ya que las leyes generales no lo incluyen en lo referido a la libertad individual, el manejo de los bienes personales y en la participación de la elección de los gobernantes. Es el director del asilo el que tendrá decisión sobre la capacidad de cada persona dentro del establecimiento, el loco *"…deberá someterse a los tratamientos o castigos que se le ordenen para corregir su comportamiento, aceptar que sea la orden del director la que determine a quienes puede recibir en su internación o con quienes de sus amigos o familiares puede comunicarse, recibir información del exterior del manicomio, y aceptar que le esta negado el derecho de peticionar por su situación…*" (Galende, 2006: 33)

Para Foucault, con el funcionamiento del Hospital General *"…Se trata de acoger, hospedar y alimentar a aquellos que se presenten por sí mismos, o aquellos que sean enviados allí por la autoridad real o judicial; es preciso también vigilar la subsistencia, el cuidado, el orden general de aquellos que no han podido encontrar lugar, aunque podrían o merecerían estar. Estos cuidados se confían a directores nombrados de por vida, que ejercen sus poderes no solamente en las construcciones del hospital, sino en toda la ciudad de París, sobre aquellos individuos que caen bajo su jurisdicción. "Tienen todo poder de autoridad, de dirección, de administración, de comercio, de policía, de jurisdicción, de corrección y de sanción, sobre todos los pobres de París, tanto dentro como fuera del Hospital General…" (Foucault, 1998: 38)*

Galende reconoce que el Siglo XVIII inicia con un gran cambio en la forma de la locura y en la conciencia que se tiene de la misma. *"… El loco está fuera de la razón, su pensamiento solo puede ser la expresión de su exclusión del razonamiento mismo…*" (Galende, 2006:30)

Con la Revolución Francesa (1789) se plantearon diferentes conflictos éticos y políticas que hicieron necesario un reordenamiento jurídico respecto a la situación de las

4 Una **lettre de cachet** era, durante el Antiguo Régimen en Francia, una carta que servía para transmitir una orden del rey.

personas que tenían un padecimiento mental y se encontraban encerradas junto con aquellas personas que tenían dificultades totalmente diferentes. Galende afirma que es allí donde encuentra el origen de una legislación más precisa.

Paulo Amarante afirma que Pinel participó activamente de los acontecimientos de la Revolución Francesa. Esta fue un proceso y un periodo que marcó a la historia de la humanidad ya que implicó varias transformaciones económicas, sociales y políticas que tuvieron mucha importancia para el área de la medicina y el campo de la salud, fundamentalmente en la historia de la psiquiatría y de la locura.

Durante la Revolución, los legisladores debían resolver qué hacer con los derechos de las personas que se encontraban encerradas desde hacía tiempo junto a criminales. Se designa una Comisión con el objetivo de visitar los establecimientos donde se encuentran estas personas. En 1789 se presenta un informe a la Asamblea donde se describe la situación de los internados reflejando la degradación humana a la que eran sometidos esos ciudadanos. Y en 1790 se emite un Decreto que establece que todas aquellas personas que se encontrarán internadas y que no estén legalmente condenadas, ni que se encuentren procesadas debían quedar en libertad.

De un solo golpe se habían creado las condiciones de establecer un orden, una vigilancia interna, un tratamiento moral y una observación científica. Al liberar a la locura anteriormente marginada, e integrarla en el orden de la sociedad burguesa, hizo que la locura saliera más allá de los límites impuestos por la concepción que la creía una perturbación de la razón para extenderse a la totalidad de la acción humana de sus anormalidades, desviaciones, alienaciones que se extendiera a la tendencia humana de saltarse anárquicamente el orden establecido.

Pinel pudo educar a la vez en todas las normas de la economía burguesa: en el valor de la propiedad, pues las tierras pertenecen al establecimiento y los pacientes aprenden a alimentarse a sí mismos y a la casa con los productos de su trabajo, en la división de funciones, al ser distribuidos en los diferentes trabajos, también manuales; en la emulación, ya que el grado de su curación se mide por el éxito de su trabajo. Despierta el instinto natural del hombre de hacer fructificar la tierra y el de la autoconservación.

Lo que hace Pinel, es rechazar el uso de cadenas y la inmersión en el agua, porque para él es más importante la autoridad del médico y el cuidado moral como factores terapéuticos. Pero consideraba que la enfermedad mental era incurable. Y no libera al loco del encierro al que es condenado, "…entre los muros de los internados es donde Pinel y la psiquiatría del siglo XIX volverán a encontrar a los locos; es allí —no lo olvidemos—

donde los dejarán, no sin gloriarse de haberlos liberado. Desde la mitad del siglo XVII, la locura ha estado ligada a la tierra de los internados, y al ademán que indicaba que era aquél su sitio natural…" (Foucault, 1998: 38)

"…El primero y más fundamental principio terapéutico del tratamiento moral, el principio del aislamiento del mundo exterior, es una construcción pineliana que hasta hoy no está totalmente superada en la práctica psiquiátrica…" (Amarante, 2009:30). Este aislamiento es reflejado en la institucionalización *"… la persona, el loco encarcelado por y en la enfermedad, es encarcelado en la institución, y en ese momento la persona sufriente se transforma en un objeto de la institución, dócil como una bestia salvaje domesticada…"* (Basaglia 2008:148). Surge así el hospital como laboratorio de observaciones e investigación de los comportamientos de quienes allí se encuentran.

El cumplimiento de este Decreto, demora algunos años en ser efectivo. Galende llama la atención a este punto *"…Lo que me interesa destacar con esta referencia es que ya en su origen el problema de identificar y diferenciar la locura de otros comportamientos antisociales, establecer los derechos de estas personas y decidir sobre su tratamiento, es una función política y judicial, con asesoramiento del médico que por esta vía se constituye en especialista del trastorno mental…"* (Galende, 2008:40)

Galende afirma que el manicomio no es una creación originada en la medicina ni representa un progreso de la psiquiatría, sino que fue una decisión política para atender un problema social. "…Esto se hace evidente en los intentos de la actualidad, de avanzar en una alternativa de atención que elimine la internación asilar: los argumentos que se oponen son políticos, no médicos, y reflejan el temor de recrear un problema social si los enfermos viven junto a sus familias, en sus barrios, con otros enfermos.

Es en 1838, la Ley Esquirol, la manifestación culminante de la necesidad de contar con un ordenamiento jurídico para las personas con enfermedades mentales, La misma articula los discursos jurídico y médico, al establecer como lugar casi exclusivo de la intervención psiquiátrica al espacio asilar. De esta forma, su marco jurídico rigió durante más de cincuenta años el destino de quienes padecían enfermedades mentales y las prácticas asilares de los médicos y sus principios jurídicos se extendieron por el territorio europeo.

La Ley define alienación, sanciona la necesidad de separar al alienado de la sociedad, reconoce la pérdida o disminución de la capacidad justificada por la pérdida de libertad en la internación. Estas cuestiones aún siguen impresas en muchos hospitales psiquiátricos.

Finalmente esta Ley, le otorga al Psiquiatra y al Director del Hospital funciones que corresponden al poder judicial, ya que son estas dos figuran las que deciden el destino de los pacientes: privación de la libertad, detención, determinación de la incapacidad para realizar determinados actos, la posibilidad de recibir visitas, imposición de castigos corporales, control respecto a su relación con otras personas internadas. Galende afirma que existe una relación entre las funciones dentro del Hospital Psiquiátrico que en la Prisión, con la diferencia de que no interviene un juez, no hay proceso, ni defensa, ni sentencia pronunciada.

En resumen, la experiencia moderna de la Locura, se consuma para Galende, con esta Ley. Que crea la más amplia red de hospitales psiquiátricos, la disciplina de una medicina mental en la universidad y la legislación especial para los enfermos mentales, *"…abre un campo de reflexión racional sobre la locura, desde allí nombrada como alienación y enfermedad mental…*" (Galende, 2008:51)

Sin embargo, lejos se estaba en esa época de comprender al otro como un sujeto de derechos ya que no existía una clara diferencia entre los castigos y las medidas terapéuticas llevadas a cabo dentro de estas instituciones. Ambas prácticas se constituían como tratamientos atravesados por la coerción.

Dentro de las prácticas implementadas en esa época, se destacan diferentes objetos, elementos e intervenciones quirúrgicas, que durante años no solo dañaron físicamente a los pacientes, sino que los condenaron a vivir con ellas por el resto de sus días. Sin olvidar que la mayor cantidad de personas falleció en medio de dichas terapias.

Los mismos nombres de dichos objetos remarcan la peligrosidad que se le adjudicaba a quienes padecían un sufrimiento mental: camisa de fuerza, silla de fuerza, cama de fuerza. Y aun mas las practicas llevadas a cabo, hoy nos hacen dudar de quién era realmente el loco, aquel que las realizaba o el que padecía de la práctica. Nuevamente sus nombres y lo que ellas implican causan la sensación de que no existía la idea de que aquellas personas que se tenían enfrente, eran realmente personas: irritación de la piel, sangría, tratamiento en base al agua, electroshock, rueda hueca.

Estas prácticas valen para entender cómo se utilizaban diferentes métodos que afirmaban el poder del alienista."…*Siempre los motivos aducidos para este ejercicio de poder son educativos; se trata de disciplinar y especialmente de reducir al loco al orden de la institución psiquiátrica. Esquirol mismo utilizaba la humillación y el desprecio para tratar con los locos arrogantes…*" (Galende, 2008:71)

Si bien en el Siglo XX cambiaron los tratamientos psiquiátricos, los principios del poder del médico y el desconocimiento de las razones de la enfermedad mental siguieron vigentes. Lo que sucedió, para Galende, es que se crearon medios coercitivos más sofisticados sin que sus fundamentos terapéuticos variarán. *"..El poder psiquiátrico no emana del saber del psiquiatra sino de la misma red institucional en que está inmerso, a la cual representa y desde la cual actúa…" (Galende, 2008: 88)*

Es necesario comprender que los dispositivos disciplinarios, producen una subjetividad determinada y un individuo objeto de su saber y de su práctica. Foucault afirma que el poder disciplinario es una captura del cuerpo y no del producto; es una captura del tiempo en su totalidad y no del servicio. Implica un procedimiento de control constante; en el sistema disciplinario uno no está a la eventual disposición de otra persona, sino perpetuamente bajo la mirada de alguien o, en todo caso, en situación de ser observado. El poder disciplinario se refiere a un estado terminal u óptimo. *"…El poder disciplinario fabrica cuerpos sujetos, fija con toda exactitud la función sujeto al cuerpo…"* (Foucault, 1973).

Todo aquello que la persona categorizada como loco realice, será observado y juzgado desde la categoría de locura que le han impreso. Por lo que cualquier resistencia u objeción al tratamiento, será evaluada desde su locura y no desde su autonomía y voluntad de decidir sobre su destino. *"…En el contexto de la razón moderna y en el optimismo de la ciencia positivista, se construye la anormalidad como enfermedad y se definen los parámetros para su 'tratamiento': una vez definido el loco como enfermo mental, ya no se trata de comprenderlo como ser humano en su experiencia de vida, de abrir el interrogante y la duda sobre la locura y el desvío de la razón, sino de 'curarlo', contenerlo, disciplinar su conducta, retornarlo a la razón normalizando su pensamiento…"* (Galende, 2008:33)

Galende afirma que la psiquiatría ha querido construirse como ciencia positiva en el interior de la racionalidad moderna, y creyó que su pertenencia a la medicina y la eficacia que en ella tuvo el positivismo, también le sería dada. Sin embargo, salvo los aportes de la moderna psicofarmacología, la psiquiatría no ha tenido ningún beneficio de su intención de pertenecer al campo de las ciencias médicas. *"…Esto hace que inevitablemente la crisis de los fundamentos de la racionalidad moderna implique la crisis de este modo disciplinario de entender el sufrimiento mental…"* (Galende, 2008:40)

II. Hacia la construcción conceptual de Salud Mental

El Psiquiatra y autor brasilero, Paulo Amarante, afirma que las dos Guerras Mundiales hicieron que la sociedad pasara a reflexionar sobre la naturaleza humana, respecto de la crueldad y solidaridad existente entre las personas, ante situaciones tan extremas de violencia y compasión. *"…Después de la Segunda Guerra Mundial, la sociedad dirigió su mirada hacia los hospicios y descubrió que las condiciones de vida ofrecidas a los pacientes psiquiátricos allí internados en nada se distinguían de los campos de concentración: lo que se podía constatar era la absoluta ausencia de dignidad humana…"* (Amarante, 2009:49).

La similitud de las condiciones de encierro y los modos de funcionamiento de los asilos, con los campos de concentración, propicia denuncias y movimientos que se propusieron reformas en estas instituciones.

El autor propone dos grupos de reformas psiquiátricas, y uno más que no considera de reforma psiquiátrica, que tuvieron relevancia en la historia de la psiquiatría:

1. Comunidad Terapéutica y Psicoterapia Institucional, el autor destaca dos experiencias que plantearon que el fracaso estaba en la forma de gestión del propio hospital y, que la solución, sería introducir cambios en la institución. Tenían la convicción de que sería posible mejorar la calidad de la psiquiatría a partir de la introducción de cambios en el hospital psiquiátrico, de tal forma que se transformara en la institución efectivamente terapéutica que pensaba Esquirol.

2. Psiquiatría del Sector y Psiquiatría Preventiva, creían que el modelo hospitalario estaba agotado, y que debía ser desmontado a partir de la construcción de servicios asistenciales que irían mejorando el cuidado terapéutico y disminuyendo la importancia y necesidad del hospital psiquiátrico.

3. Anti psiquiatría y Psiquiatría Democrática, consideran que la cuestión misma estaría en el modelo científico psiquiátrico, y que todo él es puesto en jaque, así como sus instituciones asistenciales.

En cuanto a las experiencias del primer grupo, el autor afirma que *"…por comunidad terapéutica pasó a entenderse un proceso de reformas que contenían en sí mismas una lucha contra la jerarquización o verticalidad de los roles sociales o, finalmente un proceso de horizontalidad y democratización de las relaciones…"* (Amarante, 2009: 44). Estas experiencias se hicieron más comunes en Inglaterra en el período de posguerra

con los soldados que habían sufrido daños psicológicos, sociales y físicos. Había demasiados pacientes en relación a los profesionales que podían atenderlos.

En el Hospital Monthfield, comenzaron a utilizar el potencial de los propios pacientes en el tratamiento. Se organizaban reuniones en las que se discutían los proyectos, planes y dificultades que cada participante tenía y proponían planes de trabajo en el que todos estaban involucrados. Fue Maxwell Jones[5] quien sistematizó esta experiencia organizando grupos de discusión, involucrando a los internos en sus tratamientos. Entendía que la función terapéutica era una tarea de todos.

Amarante hace referencia a otra experiencia de transformación del hospital psiquiátrico en Francia. Es Francois Tosquelles[6] quien, huyendo de la dictadura de Franco en España, protagonizó la experiencia de Psicoterapia Institucional. Entendía que los hospitales de Francia habían sido damnificados por la situación social y económica de ese momento. Creía que la institución psiquiátrica había perdido sus ideales y posibilidades de ejercer su verdadera función terapéutica. En esta ocasión, la noción de trabajo terapéutico implicó una actividad que ofrecía a los internados las posibilidades de participación y de asumir responsabilidades. *"…A diferencia de la experiencia inglesa, la Psicoterapia Institucional caminó en el sentido de proponer la transversalidad, que yo entiendo como el encuentro y al mismo tiempo la confrontación de los roles profesionales e institucionales con la intención de problematizar las jerarquías y hegemonías…"* (Amarante, 2009:46)

En cuanto al segundo grupo, la Psiquiatría de Sector apuntaba a la necesidad de un trabajo externo al manicomio, adoptando medidas de continuidad terapéutica después del alta hospitalaria, con el objetivo de evitar la reinternación y la internación de nuevos casos. Para esto se crearon Centros de Salud Mental en diferentes regiones de Francia.

Es la primera vez en la historia de la asistencia psiquiátrica que se habla de regionalización. La propuesta consistía en atender a los pacientes por sector, de acuerdo a la región a la cual pertenecían, con el objetivo de que al alcanzar el alta, pudieran ir a los Centros de Salud Mental pertenecientes a su región, cuyos profesionales eran los mismos. Además de que al compartir la internación con personas de su misma región se podían generar relaciones y además contactos entre las familias.

---

5 Maxwell Shaw Jones nació el 4 de febrero de 1907 en Queenstown, Sudáfrica. En 1931, Maxwell Jones obtuvo su licenciatura como médico, se especializó en psiquiatría. En 1936, Jones recibió una beca de la Commonwealth Fund Fellowship para estudiar en las Universidades de Pensilvania y Columbia. Trabajo durante la Segunda Guerra Mundial con soldados que sufrían diferentes trastornos, desde una perspectiva de participación y trabajo en grupo

6 Francesc Tosquelles Llauradó, nació el 22 de agosto de 1912, fue un psiquiatra español, uno de los inventores de la psicoterapia institucional, movimiento que influyó poderosamente la pedagogía y la psiquiatría de la segunda mitad del siglo XX

Otra cuestión importante de la Psiquiatría de Sector, es el trabajo en equipo ya que el tratamiento no era pensado como exclusivo del médico, sino que actúan un equipo de profesionales.

En cuanto a la Psiquiatría Preventiva, fue desarrollada en Estados Unidos y se conoce como Salud Mental Comunitaria. Gerald Caplan[7], es considerado el fundador y principal autor de esta corriente. Caplan, consideraba que todas las enfermedades mentales podían ser prevenidas, si eran detectadas a tiempo.

Aparece el concepto de Crisis construido a partir de las nociones de adaptación y desadaptación. Clasificaban las crisis en Evolutivas (cuando se referían a procesos normales del desarrollo físico, emocional o social) y accidentales (cuando ocurrían por una pérdida o riesgo). *"...Fue gracias al concepto de crisis que la Psiquiatría Preventiva asumió la característica de una propuesta de salud mental comunitaria, y se generaron estrategias de trabajo de base comunitaria, en el cual los equipos de salud mental pasaron a ejercer un rol de consultores comunitarios, identificando e interviniendo en crisis individuales, familiares y sociales…"* (Amarante, 2009:51)

Es en este marco que surge el concepto de desinstitucionalización. *"...Por desinstitucionalización se entendía un conjunto de medidas de deshospitalización, o sea, reducción del ingreso de pacientes en hospitales psiquiátricos o del tiempo de permanencia hospitalaria o aun de promoción de altas hospitalarias…"* (Amarante, 2009:41)

Se crearon centros de salud mental, talleres protegidos, hogares, hospitales de día y de noche, salas y camas en hospitales generales. Pero lo que ocurrió, fue un aumento de la demanda psiquiátrica en Estados Unidos, no solo para estos recursos, sino también para los hospitales psiquiátricos

En cuanto al último grupo, que para Paulo Amarante no es de reforma psiquiátrica, ya que iniciaron procesos de rompimiento con el paradigma psiquiátrico tradicional, se inició en Inglaterra al final de los años 50. La denominada Antipsiquiatría *"...buscaba apuntar a la idea de antítesis a la teoría psiquiátrica proponiendo comprender que la experiencia patológica ocurre no solo en el individuo, cuando su cuerpo y su mente enferma, sino también, y especialmente, en las relaciones establecidas entre él y la sociedad…"* (Amarante, 2009:53)

---

7 Gerald Caplan desde 1952 a 1964 fue Director del Programa de Salud Mental Comunitaria de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Más tarde, en 1964, creó el "Laboratorio de Psiquiatría Comunitaria" en Harvard, inmediatamente después de la aprobación de la Ley de centros de salud mental comunitaria.

Entre los años 50 y 60, surgieron en Europa diferentes propuestas alternativas al manicomio. En 1959, el gobierno laborista inglés, luego de ganar las elecciones con un programa de renovación social e institucional, donde la salud pública era una cuestión prioritaria, promueve la reforma sanitaria y crea el servicio sanitario nacional que incluye a la psiquiatría. Basaglia afirma que esta es la primera vez que en los países occidentales la medicina y la psiquiatría, se encuentran juntas en el esquema de un sistema sanitario público. Pero *"…esta situación introduce un problema: no es posible colocar una y otra en el mismo sistema, hospitales cerrados y hospitales "libres", a los cuales se accede libremente…"* (Basaglia, 2008: 99), considera además que es aquí donde médicos y psiquiatras descubren que la institución puede ser dirigida sin violencia.

Surge entonces la experiencia de apertura del manicomio y el primer concepto de comunidad terapéutica. *"…Una comunidad se vuelve terapéutica porque funciona sobre principios compartidos, que no pertenecen solo al vértice de la institución y que llevan a todos a trabajar juntos: de esta manera el grupo logra curarse a sí mismo y la enfermedad pierde algunas características esenciales porque hasta el enfermo más grave, el más delirante, empieza a ser parte activa de la comunidad…"* (Basaglia, 2008: 100)

Lamentablemente este proceso no duró mucho, la mano de obra solicitada por la industria fue descartada y tuvieron que encontrar otra institución. Los manicomios volvieron a ser ocupados por estas personas. Para Basaglia esto nos muestra que *"…la psiquiatría comunitaria no es otra cosa que el reciclaje de la vieja gestión del manicomio, porque cuando la organización social no necesita más a la persona rehabilitada la manda de nuevo al manicomio…"* (Basaglia, 2008:101)

Basaglia, participó durante esos años en Gorizia y más adelante en Trieste, con el objetivo de "destruir el manicomio"

Basaglia afirma que el origen de la Psiquiatría *"… nació como elemento de liberación del hombre de la mano de Pinel, quien liberó a los locos de las prisiones, pero luego los encerró en otra prisión que se llama manicomio. Empieza así el calvario del loco y el gran destino del psiquiatra…"* (Basaglia, 1979). Continúa poniendo en evidencia que de la historia de la Psiquiatría se conocen los nombres de importantes psiquiatras, pero que de los enfermos solo se conocen rótulos y etiquetas. *"…La historia de la psiquiatría es la historia de los psiquiatras y no la historia de los enfermos…"* (Basaglia, 1979)

El psiquiatra italiano, que predicó sobre la importancia de poder trabajar con aquellas personas que se encontraban en los manicomios, desde una óptica de libertad y respeto de los derechos veía al manicomio como un medio de control social que capturaba

a las personas indeseables para contenerlas en la institución y alejarlas de la sociedad que le temía. Pero a la vez, veía en estas instituciones la reproducción de la misma sociedad *"... Cuando un psiquiatra entra en un manicomio encuentra una sociedad bien definida: por un lado los "locos pobres", por otro lado los ricos, la clase dominante que dispone de los medios para el tratamiento de los pobres locos…"* (Basaglia, 1979)

Basaglia, en su práctica logra comprender que la persona que se encuentra en el manicomio, no solo tiene como necesidad "curarse" sino que además de eso necesita ser tratada como persona "*...necesita una relación humana con quien lo atiende, necesita respuestas reales para su ser, necesita dinero, una familia y todo aquello que también nosotros, los médicos que lo atendemos, necesitamos…"* (Basaglia, 1979)

Además, es duro y crítico con su propia *disciplina "...El psiquiatra siempre confundió la internación del enfermo con la propia libertad. Cuando el enfermo está internado, el médico está en libertad, cuando el interno está en libertad, el interno es el médico. El médico no acepta esta situación de paridad por la cual el enfermo es encerrado o bien es el médico el que es encerrado…"* (Basaglia 1979)

Desde la Ley Esquirol, fundamentalmente, para Galende el psiquiatra ejerce funciones de juez. Esta función no solo se la otorga la ley, sino también el temor de la sociedad al poder del Psiquiatra, quien puede juzgar quien padece o no de locura, y por lo tanto quien debe o no ser libre.

Es muy claro al afirmar que la internación reúne dos órdenes, confundiéndolos: es declaración de locura como incapacidad e irresponsabilidad del sujeto que la padece, sanción judicial de peligrosidad, e imaginario social de expulsión del anormal. El médico entonces es quien, con su diagnóstico, libera a la sociedad del perturbador, hace de juez con su sentencia de internación y custodia, a la vez que instaura un reconocimiento de lo humano enfermo del loco: se lo interna por su bien, se lo trata moralmente con castigos para curarlo. *"...El loco, para esta experiencia moderna de la locura, no es más un místico, un poseído, un genio, un vago o un libertino, ahora es un enfermo y un sujeto peligroso para la sociedad. Es más bien la medicina mental, y su dispositivo institucional, la que resulta legitimada en este imaginario social de la locura…"* (Galende, 2008:50)

a. *Algunas fechas y acontecimientos historicos importantes en el camino de la Salud Mental nacional*

En cuanto a nuestro país, Argentina, la instalación de los establecimientos manicomiales coincidió con la etapa fundacional del estado, segunda mitad del Siglo XIX.

En 1880 nos encontrábamos en la conformación del Estado nacional, la inserción del país al modo de producción capitalista mundial impulsada por la generación del ’80, la inmigración extranjera, el crecimiento urbano y la incipiente industrialización. “*…El Estado generado a partir de 1880 consideraba al sujeto de su acción social un ‘sujeto de tipo moral’ sobre el que había que influir con el objetivo de mejorar su calidad como agente económico…*” (Amico, 2005: 60)

En ese periodo se construyen el Hospital Borda y el Hospital Moyano *“…En este contexto, el manicomio se constituye como un dispositivo disciplinar del Estado para dar una respuesta científica, moralmente adecuada e institucionalmente organizada a la presencia social de la locura…”* (Amico, 2005:60)

Amico, plantea que la intervención del Trabajo Social apuntaba a la justificación de las relaciones dadas, al disciplinamiento, al ejercicio del control social, a la naturalización y la legitimación de las desigualdades de la sociedad. Y afirma que su legitimación como profesión estuvo ligada a las necesidades de un Estado que debía mantener el “orden social”.

El primero de los manicomios, de mujeres, se inaugura en 1854. El de Hombres fue creado en 1858, inaugurándose en 1863.

En 1953 la OMS recomendó la transformación en comunidades terapéuticas de todos los hospitales psiquiátricos, adoptando el modelo propuesto por M. Jones en Inglaterra. La comunidad terapéutica plantea que la institución es un todo orgánico, donde no deben existir fuertes formas jerarquizadas; es decir, el hospital debería reformular su estructura de forma que en su interior las relaciones entre personal y paciente se tornaran más humanas y democráticas

En nuestro país, en ese periodo se registran los primeros aportes y experiencias de Pichón Riviere en el terreno de lo grupal. De esa experiencia surgirá el trabajo comunitario dentro de las acciones preventivas de la salud mental. En este momento el Trabajo Social ya quedará incluido con una práctica articulante del campo social con la Salud Mental

En 1957 se crea el Instituto Nacional de Salud Mental en nuestro país. *“…La reforma contenida en el plan Kennedy es retomada por Mauricio Goldemberg en la dirección del servicio de salud mental de Hospital de Lanús, que extiende su asistencia a las prácticas comunitarias…”* (Stolkiner, 2003:4) *“…También con Goldemberg se crean los Centros de Salud Mental y los Servicios de Psicopatología en hospitales de la ciudad de Buenos Aires; se logra consolidar la internación psiquiátrica en el hospital general, y la prevención pasa a ser relevante en la resolución de los prejuicios respecto del enfermo*

mental y su internación en loqueros…" (Amico, 2005:61). Para la autora, la creación del servicio de psicopatología como forma organizacional, insertado en el ámbito del hospital general, significa un gran cambio que marca una nueva etapa en las políticas de salud mental. Ya que deja sentada la internación psiquiátrica en hospitales polivalentes

En la década del sesenta y hasta la última dictadura militar, la Federación Argentina de Psiquiatras y la Confederación de Psicólogos de la República Argentina, adoptaron muchas de las consignas de las denuncias realizadas por el "Movimiento Antipsiquiatría", impulsando una crítica profunda al sistema de atención psiquiátrica del país. Existían entonces, once colonias de alienados y más de cuarenta hospitales psiquiátricos que contaban con 30000 pacientes internados.

Luego del retorno de la democracia en 1983, la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, presentó un Plan Nacional de Salud Mental elaborado con la asesoría del Dr. Goldemberg. Pero la crisis de 1989 y la Reforma del Estado hicieron real su desaparición

En la Década del '90, marcada por el proceso de descentralización, ya no quedaban establecimientos dependientes de la Nación. Habían pasado a depender de la Ciudad de Buenos Aires. Amico afirma que no existió una política de salud mental desde el Estado Nacional, quedando las provincias y municipios librados a desarrollar diversas prácticas según políticas locales.

Es importante mencionar que durante el año 1990, se llevó adelante en la Ciudad de Caracas, Venezuela La Declaración de caracas adoptada por aclamación por la Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina.

La misma destaca que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva; y que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de tales objetivos, ya que aisla a la persona de su medio, crea condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles de la persona (similitudes con el castigo penal de la prisión). Además de que requiere la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental e imparte una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores.

Es por esto y partiendo de la Atención primaria de la Salud como estrategia declararon:

1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;

2. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;

3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben: salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles; estar basado en criterios racionales y técnicamente adecuados, y propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario

4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que: aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, y promuevan la organizaci6n de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento;

5. Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración;

6. Que las Organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la reestructuración, y al monitoreo y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.

Esta declaración instó a los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región.

Participaron en la reunión representantes de las entidades patrocinantes; juristas; miembros de los Parlamentos de Brasil, Chile, Ecuador, España, Mendoza Argentina, México, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela; y delegaciones técnicas de Brasil, Colombia, Costa Rica, Curazao, Chile, Ecuador,
Estados Unidos de América, México. Nicaragua, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

Por último, siguiente a la autora Amico, se hace referencia a dos experiencias Argentinas que marcaron y siguen marcando la diferencia en la construcción de la intervención desde el paradigma de la Salud Mental en nuestro país. Una de ellas conocida como la Reforma Psiquiátrica de Río Negro

En 1984, los principios básicos de la experiencia italiana son retomados en la reforma psiquiátrica de la Provincia de Río Negro.

En 1985, con la llegada del Dr. H Cohen a la provincia de Río Negro se ocupa por primera vez el cargo de Jefe de Departamento de Salud Mental. Se inicia entonces un proceso de transformación del sistema de atención psiquiátrica que tendrá dos hitos importantes: el cierre del manicomio en 1988 y la sanción de la ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental. *"...Este proceso de cambio sociocultural se conoce como "desmanicomialización", entendiendo que la Salud Mental es posible a partir de la interacción social concreta en condiciones de horizontalidad de poder…"* (Amico, 2005:62)

En cuanto a la segunda experiencia, ocurrida en San Luis, en 1993 se crea el Plan Provincial de Salud Mental, con el objetivo de reformular integralmente la atención psiquiátrica en el sistema público de la provincia de San Luis. Respecto a esto la autora afirma que *"...el conocimiento y el aprendizaje han reemplazado al maltrato y la humillación, y muestran un* nuevo modo de concebir la salud y la enfermedad…" (Amico, 2005:84)

En los '90 el gobierno de Menem desarrollo una política que beneficiaba los intereses de las grandes empresas de la salud. Esto produce una mala calidad de la atención y la exclusión de quienes tienen bajos ingresos. Para Enrique Carpintero esta perspectiva ha llevado a que el modelo sociocultural del poder en el campo de la Salud Mental, sea la medicalización del padecimiento subjetivo. Y una de las consecuencias es que la Argentina se encuentra entre los primeros puestos de consumo de psicofármacos. *"...Medicar es un acto médico. El fármaco se transforma en un instrumento del equipo interdisciplinario para trabajar con el padecimiento subjetivo. En cambio la medicalización alude a los factores políticos, sociales y económicos que intervienen en la producción, distribución y venta de las grandes industrias de tecnología médica y farmacológica…"* (Carpintero, 2011:11)

El autor afirma que la medicalización en el campo de la Salud Mental se fomenta a partir de la hegemonía que ha adquirido la psiquiatría biológica desde una perspectiva neopositivista. *"...Frente al desarrollo de las neurociencias la psiquiatría ha dejado de*

lado el modelo de la psicogénesis para resolver el conflicto en beneficio de una clasificación de las conductas que reduce el tratamiento a la supresión de los síntomas. La enfermedad es una falla que hay que suprimir y no un problema a entender dónde hay que dar cuenta de una etiología…" (Carpintero, 2011:11) Y afirma que la aparición de los psicofármacos ha significado la mayor resolución en el campo de la psiquiatría, llegando a convertirse en una parte imprescindible del tratamiento de muchas enfermedades psiquiátricas. Por eso considera que la respuesta cuantitativamente hegemónica hacia el padecimiento subjetivo sigue siendo la prescripción incontrolable de psicofármacos. *"…Estas Muletas químicas que tanto benefician al capitalismo, se utilizan para paliar problemas que este mismo genera…"* (Carpintero, 2011:11)

III: Salud Mental en la actualidad

Esther Custo, afirma que el reconocimiento de los derechos humanos del enfermo mental tiene su antecedente en una declaración que adopta la Federación Mundial para la Salud Mental en 1989; su reafirmación dada por la Comisión de Derechos humanos de la ONU, y luego reconfirmada en la Declaración de Caracas –OMS y OPS de 1990-. En este documento se plantea la necesidad de reorganizar la atención psiquiátrica poniendo especial énfasis en la transformación del hospital psiquiátrico. Considera principalmente la promoción de la salud mental y la prevención, y reconoce la responsabilidad del Estado y la participación de la comunidad en esta construcción de la salud. Promueve la consideración del mayor grado posible de autodeterminación y responsabilidad personal y en el caso de procedimientos en contra de su voluntad, y el derecho a una representación y apelación.

Afirma Custo, que con estos acontecimientos, aparece un sujeto de derechos con capacidad para demandar u la obligación del Estado de garantizar esos derechos. La situación se complica cuando observamos un Estado que no garantiza los niveles mínimos de protección social.

La autora concluye que los contextos políticos, económicos, sociales y culturales construyen determinadas subjetividades y miradas acerca de la salud mental y práctica ciudadana. Estas miradas pueden ser analizadas e interpretadas según los diferentes posicionamientos de los sujetos en esa búsqueda para comprender mejor lo que está sucediendo, y es en esa búsqueda que nos encontramos con determinados referentes teóricos que sostienen, crean o resignifican la lectura de una realidad.

Lucia del Carmen Amico, define a la Salud como *"…el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada, producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto social y su realidad…"* (Amico, 2005:17) Y más adelante en su texto, refiere a la Salud Mental, como una categoría difícil de definir ya que *"…las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos afectivos, cognitivos y del comportamiento utilizados para designar a una persona como sana o enferma, varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y periodo histórico…"* (Amico, 2005:17). Dándole una gran importancia en esta categorización a los valores sociales. Por lo tanto concluye que la Salud mental es un continuo en el que se reflejan diferentes grados de bienestar o deterioro psicológico.

Por su parte Emiliano Galende se pregunta, *¿Cuál es el pasaje del dominio casi exclusivo de la disciplina medico-psiquiatra al modelo más complejo y multidisciplinario que define los cuidados de salud mental?,* y se responde que *"…Es este pasaje el cual no solo implica un cambio en el modelo de asistencia sino que conlleva una interrogación sobre la definición del objeto de la salud mental, sus coherencias epistemológicas y metodológicas, el que nos obliga a interrogarnos acerca de la categoría de sujeto bajo la cual operamos, ya que esta contiene los fundamentos epistemológicos que marcan sus efectos en el plano metodológico…"* (Galende, 2008:75)

El autor considera que la oposición histórica existente en la psiquiatría, conocida como la organogénesis versus la psicogénesis, donde se refleja lo innato frente a lo adquirido, la postura de quienes piensan que el cuerpo es el origen y causa de las enfermedades mentales, frente a quienes piensen que la vida psíquica y el ambiente social son el origen y causa. *"…Resurgen en la oposición actual entre la psiquiatría biológica y el denominado enfoque psicosocial…"* (Galende, 2008:76)

Por un lado los denominados por el autor Objetivistas, se basaron en el sujeto objetivo de Descartes y más adelante incorporaron el positivismo médico de Compte. Consideran que es lo biológico lo que impacta sobre la cultura del hombre, esto Galende considera que se vuelve a evidenciar con las neurociencias y el uso que de ellas hacen los psiquiatras

Por el otro, los Subjetivistas, ligados a la filosofía y psicología del siglo XIX, se vinculan con el Romanticismo alemán y con Inmanuel Kant. Sostienen que lo cultural y el psiquismo humano son los que impactan sobre lo biológico. *"…el psicoanálisis avanzó mostrando cómo el individuo biológico es transformado en sujeto psíquico por acción de la*

relación al Otro, vía especialmente, aun cuando no excluyente, del lenguaje…" (Galende 2008:76).

Es así que la fenomenología y el psicoanálisis surgen de la superación de la tendencia natural, objetivista del hombre, desplazando hacia la subjetividad el ámbito dentro del cual se debe ser y pensar todo lo objetivo. Percibimos y actuamos frente al otro como un semejante

Frente a los avances desarrollados por la fenomenología y el psicoanálisis, respecto de la compresión de la construcción del sujeto, si bien para Galende, han cambiado algunos argumentos y formas de presentación pero aun en el Siglo XX, aún se asiste a un regreso del positivismo médico, que en lo esencial se trata de la antigua creencia de la separación del cuerpo y el alma. *"…La clave de este positivismo para avanzar en su ideal de suprimir la condición de sujeto psíquico en la experiencia del sufrimiento mental, para resituarla como conocimiento objetivo, consiste en reducir los hechos psíquicos (como el pensamiento, el habla, la ansiedad, la angustia, la tristeza depresiva, etc.) a hechos químicos (la neurotransmisión al nivel de la sinapsis), físicos o aun anatómicos…"* (Galende, 2008:87)

Galende considera que la Salud Mental no constituye rigurosamente una disciplina, sino que debe considerarse bajo la categoría de transdisciplina o campo en los términos que Bourdieu definió al mismo. Esto es así, porque necesita un cuerpo teórico y práctico cuya condición es análoga al objeto que define. A la vez que aclara *"…Salud Mental no consiste en una mera suma de disciplinas y prácticas diversas, pretende generar una nueva coherencia epistemológica y metodológica que otorgue racionalidad científica a sus conceptos y a sus prácticas…"* (Galende, 2008:99)

Esther Custo afirma que la categoría salud mental implica tantas definiciones, como enfoques epistemológicos y teóricos existen. Ya que se trata de un terreno recorrido en más de un sentido, en el que no solo no hay una definición única, sino que hay definiciones contradictorias. Habla del campo de Salud Mental como un campo de fuerzas, de lucha de sentidos, en el que se enfrentan y confrontan concepciones de lo sano y de lo enfermo en correspondencia con concepciones del hombre y la sociedad. *"…Toda conceptualización está sostenida por un posicionamiento ideológico, epistemológico y teórico y una concepción del hombre. Definir criterios de salud y enfermedad, normal o anormal depende de las diversas culturas, del escenario social, económico y político y del modo de producción y de circulación del conocimiento de dicha sociedad…"* (Custo, 2008:19)

Galende finalmente afirma que a lo largo del siglo XX, la posición freudiana acerca del sujeto, del conocimiento objetivo y de la verdad, termina imponiéndose en las ciencias sociales y en la historia, y penetra profundamente en los cimientos de la ciencia en general que va a aceptando la presencia de la subjetividad en la producción de sus conocimientos.

En cuanto a las nociones de Salud y Enfermedad. Amico dirá que ambas categorías son la expresión de problemas emocionales, cognitivos y de comportamiento, como también construcciones culturales y sociales históricamente determinadas. *"…Es decir que tienen una carga valorativa que explica porque las definiciones de lo que es normal y lo que es patológico varían según el contexto y de acuerdo a los enfoques teóricos y los criterios de diagnóstico idealizados, las concepciones filosóficas morales y psicológicas vigentes, y los modelos médicos predominantes…"* (Amico, 2005:20).

Por su parte Basaglia afirma que *"…Yo critico el concepto de enfermedad mental, no niego la locura, la locura es una situación humana. El problema es cómo afrontar esta locura, que comportamientos debemos tener nosotros los psiquiatras frente a este fenómeno humano, cómo podemos responder a esta necesidad…"* (Basaglia, 2008:152)

Custo concluye, que la salud mental puede ser enunciada como la construcción y desarrollo o deterioro en las distintas prácticas sociales, en el trabajo, la vida familiar, comunitaria, en la política y en lo social. Salud Mental en una comunidad es un proceso resultante de sus condiciones de vida, de su historia y de sus proyectos. En síntesis, la salud mental se asocia a la vivencia de satisfacción tanto material como simbólica, y se evidencia en la construcción de vínculos sanos, creativos y solidarios; en la participación real en las decisiones que afectan la vida cotidiana de los sujetos; en la posibilidad de pertenencia, integración y construcción de sus proyectos. *"…Los ciudadanos de la salud mental forman parte de los modos en que una sociedad concibe y trata a sus integrantes. Es decir, que no se encuentra separada de los valores que sustentan una sociedad, la economía, la ideología y la cultura…"* (Custo, 2008:22)

Desde el año 2010 se encuentra sancionada en nuestro país la Ley 26657 "Derecho a la Protección de la Salud Mental", cuyo tercer artículo reconoce a la salud mental como *":…un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona"*

Capitulo 3

"Salud Mental y Trabajo Social"

I: Sobre el Diagnóstico de Psicosis

El DSM IV (Manual de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Mentales de la American Pychiatric Association) es un manual basado en el esquema de síntomas-diagnóstico-tratamiento elaborado a partir de las neurociencias y el uso de psicotrópicos. Enrique Carpintero lo define como un manual que *"...psiquiatrizó la vida cotidiana en tanto toda conducta puede ser definida como un trastorno [...] a pesar de su utilidad epidemiológica el paciente es etiquetado con un diagnóstico que deja de lado su particularidad y las posibilidades de realizar un trabajo pluridisciplinario. Su objetivo no es organizar un tratamiento psicoterapéutico sino clasificar cada trastorno para poder aplicar la droga correspondiente..."* (Carpintero, 2011:12)

Como afirman Becerra y Kenner, los criterios diagnósticos que el DSM IV propone para la consideración de un padecimiento mental, deben ser considerados a la hora de determinar un tratamiento, pero no se debe olvidar a su vez, que la singularidad de cada sujeto que padece, caracterizará el cuadro que se presente. *"...El momento de surgimiento de lo patológico y el significado que este tiene en la historia del paciente nos obliga a pensar no solo en los tipos de enfermedad sino también en los distintos tipos de enfermos..."* (Becerra y Kenner, 2008:50)

Las autoras afirman que es necesario distinguir entre las Enfermedades Mentales Agudas y las Enfermedades Mentales Crónicas con el fin de poder pensar y construir las diferentes estrategias de intervención.

1. Enfermedades Mentales Agudas: se caracterizan por estar constituidas por síntomas cuya yuxtaposición y organización permiten prever su carácter transitorio. Dentro de este grupo se distinguen las psiconeurosis emocionales, las manías, las melancolías, las psicosis delirantes y alucinatorias agudas, las psicosis confusionales y los trastornos mentales de epilepsia. Si bien dentro de esta categoría se encuentran otros padecimientos mentales, solo se definirá aquel correspondiente a la presente investigación:

    a. Las psicosis periódicas o maniaco-depresivas: se caracterizan por la tendencia ciclotímica a presentar accesos de manía o de melancolía.

b. Psicosis delirantes agudas: se caracterizan por la eclosión súbita de un delirio transitorio, generalmente polimorfo en sus temas y manifestaciones

c. Psicosis confusionales: se caracterizan por la obnubilación de la conciencia, que puede ir desde el simple embotamiento hasta un estado de estupor próximo al coma; la desorientación temporo-espacial en diversos grados y el delirio onírico, experiencia psíquica vecina a la de los sueños.

2. Enfermedades Mentales Crónicas: se caracterizan por presentar espontáneamente una evolución continua o progresiva que altera de manera persistente la actividad psíquica. Según su grado de potencialidad destructora, pueden distinguirse dentro de este grupo: la neurosis, la psicosis esquizofrénicas y finalmente las demencias. Dentro de ellas se encuentra la Psicosis Esquizofrénica que tiene cuatro formas clínicas

a. Paranoide: según el DSM IV para que exista este tipo de esquizofrenia, se cumplen dos criterios: preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes; no hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada

b. Hebefrenia: es la demencia precoz de los jóvenes. Lo que la distingue es la predominancia del síndrome negativo de discordancia y la rapidez de su evolución. Esta forma es tanto más frecuente cuanto más jóvenes son los sujetos. El comienzo es generalmente insidioso y progresivo, sobre todo en el adolescente

Cuadros clínicos:

Apatía progresiva con indiferencia

Comportamiento pueril y caprichoso, sobre un fondo de indolencia e inconsistencia en relación con todos los valores sociales

Regresión masiva hacia un estado de decadencia demencial rápida

c. Esquizofrenia simple y las esquizo-neurosis: la esquizofrenia se caracteriza por una profunda perturbación de las ideas y los sentimientos, que afecta el lenguaje, el pensamiento, la percepción y el sentido de la propia identidad. Con frecuencia va acompaña de elementos psicóticos, como la percepción de voces o el mantenimiento de ideas fijas anormales, conocidas como delirios.

En síntesis, el término Psicosis se emplea para referirse a aquellos trastornos de la mente caracterizados por una cierta pérdida de contacto con la realidad. Cuando una persona sufre este tipo de trastorno se dice que ha tenido un "episodio psicótico". La Psicosis afecta principalmente a jóvenes adultos, y es bastante común. Pellegrini afirma que *"...desde hace muchos años la clínica psiquiátrica define la psicosis como cuadros en los*

que las constantes de tiempo y espacio se desorganizan, generándose situaciones de confusión, extrañamiento y temor frente a lo desconocido antes conocido…" (Pellegrini, 2005:68)

Zuberman, por su parte, afirma que en cuanto a los criterios prefreudianos, un diagnóstico de psicosis se da en base a dos cuestiones nucleares: la alucinación y la pérdida de la realidad. *"…La presencia de la alucinación, si existe la alucinación, lleva a la idea de que estamos ante una psicosis…"* (Zuberman, 2016:99)

Pero a su vez,el autor se pregunta *"….¿acaso alguna vez alguien vio una alucinación? ¿Alguien pudo grabar las voces que escucha un psicótico? ¿Alguien fotografió un sueño?…"* (Zuberman, 2016:100) A lo que su respuesta es "No".

A través de los aportes de Freud, sitúa el valor de la alucinación en dos criterios. El primero es el discurso *"…Por lo tanto, el relato es el que sanciona si estamos delante de una alucinación onírica, una alucinación histérica o una psicótica. La única herramienta de la que disponemos para sancionar lo que desde la semiología psiquiátrica se llama 'alucinación' es el relato…"* (Zuberman, 2016:100)

El segundo criterio prefreudiano se refiere a la pérdida de la realidad, lo percibido también es unívoco y aquel que percibe está unificado. Pero Freud señala que el psicótico no puede perder la realidad que montó para sí. La persona psicótica, a diferencia de la histérica, puede explicar lo que le sucede y porqué, pero no tiene ninguna posibilidad de escuchar lo que dice. Con los psicóticos no hay Sujeto supuesto Saber[8], no se los puede interpretar.

Freud decía que el psicoanálisis nos da muchos instrumentos para pensar el sujeto en la psicosis, pero que no podemos operar sobre él.

Zuberman afirma que no es a través de la interpretación simbólica que se puede operar con las personas que tienen diagnóstico de Psicosis. *"…Entonces, mejor no gastar bofes remando en la arena tratando de volver neuróticos a los psicóticos. La operatoria con ellos no es en lo simbólico sino en lo real, a decir verdad, se piensa simbólicamente y se opera en lo real…"* (Zuberman, 2016:117). Ante esto el autor se pregunta qué se puede hacer entonces si no se puede hacer uso de la interpretación simbólica. Y seguidamente se responde que aún existe la posibilidad de trabajar en lo imaginario y de intervenir en lo real. *"…En la psicosis, no hay suposición de saber sobre el sujeto, o sea que la función Sujeto Supuesto Saber de la transferencia simbólica no se instaura. Para Freud, si no hay*

[8] El sujeto supuesto saber fue planteado por Lacan como el pivote de la transferencia.

suposición de saber, si no hay transferencia simbólica, no hay un tratamiento posible de la psicosis…" (Zuberman, 2016:119)

El concepto de forclusión fue esbozado por Freud como un mecanismo de defensa implementado por el yo en la psicosis para rechazar la diferencia sexual, en tanto ésta es entendida como consecuencia de la castración ejercida por el padre. Pero será Lacan quien desarrollará este concepto hasta hacerlo suyo. Lacan traduce la verwerfung de Freud al francés con la palabra forclusión, y lo define como la no inscripción del Nombre-del-Padre en el registro simbólico del niño, es decir, es el no registro de un significante primordial, del significante del deseo del Otro (la madre). Es importante destacar que aquella que debe efectuar esta inscripción en el sujeto es la madre a través de sus palabras, por tanto, debemos entender que si el niño registra el Nombre-del-Padre, es porque la madre lo ha registrado y reconocido también.

Sin embargo, es importante remarcar que, que se haya efectuado la forclusión es condición necesaria, pero no suficiente para que se manifieste la psicosis. Una psicosis se desencadena a partir de la coincidencia de dos agujeros en uno solo: por una parte, la eliminación en lo imaginario a raíz de la novedad de una elección a hacer, y por la otra, la supresión en lo simbólico por la ausencia de apelación al Nombre-del-Padre". Es decir que *"...Como lo forcluído es un elemento simbólico, éste reaparecerá en lo real, por eso el fracaso de lo forcluído no se manifiesta en la emergencia de síntomas -como en la neurosis-, sino por la reaparición, en lo real, de eso que no llegó, que no se inscribió, por ejemplo, bajo la forma de alucinaciones que para el sujeto psicótico se constituyen en realidades indiscutibles o certezas; lo forcluído -rechazado- de lo simbólico, reaparece en lo real…"* (Bernal, 2011)

Aun con las diferentes explicaciones de los síntomas y manifestaciones del Otro que dan origen al diagnostico, no se debe olvidar el lugar que debe ocupar el mismo a la hora de intervenir. Basaglia se refiere a esto cuando nos propone "poner la enfermedad entre paréntesis" para darle lugar al sujeto. Porque en Salud Mental se trabaja con sujetos, no con enfermos. El diagnóstico del padecimiento, los va a acompañar durante su vida de diferentes formas, pero lo que siempre debe predominar por sobre él es la persona sujeta de Derechos. Que merece recibir todo nuestro saber específico que lo ayude a poder construir herramientas que le posibiliten disfrutar de una mejor calidad de vida.

II: Sobre la intervención del Trabajo Social en el diagnóstico de Psicosis. El lugar de la escucha y el relato en la intervención

"…Desde la intervención se es participante de una parte de una práctica social que siempre está en relación y tensión con otras, pero desde lo fundacional acotada a un espacio-tiempo predeterminado […] La práctica interpela al conocimiento desde lo empírico, pregunta, interroga desde el hacer cotidiano. Pero, requiere de una instancia reflexiva en dialogo con la teoría…" (Carballeda, 2012:15)

La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural. Por tanto, el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental. Intervenir desde el Trabajo Social en el campo de la Salud Mental, debe ir acompañado de prácticas que sitúen en primer lugar la voluntad y autonomía de la persona, comprendiendo que cada intervención es única y que debe pensarse de manera conjunta, con el paciente, su familia, redes de apoyo y demás profesionales que forman parte del equipo de trabajo.

De esta forma, en la práctica, el trabajador social interviene conjuntamente con otros profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapistas ocupacionales, acompañantes terapéuticos, etc.) procurando la integración de las diferentes disciplinas. Sin embargo y aunque el concepto y el ámbito de la Salud Mental son más extensos que los de la psiquiatría, ésta sigue formando la base fundamental de aquella, causando diferentes resistencias respecto de la intervención de otras profesiones. Ya que hasta finales del siglo pasado se hablada de la asistencia psiquiátrica para referir a las actividades destinadas a prevenir y tratar las enfermedades psiquiátricas.

Rubens Méndez afirma que la intervención del Trabajo Social, en el campo de la salud mental así como en los demás campos de intervención, introduce la comprensión de los problemas sociales y la posibilidad de dar una respuesta a ellos.

La participación del Trabajo Social en los diferentes campos de intervención, se vuelve sumamente importante. Poder reconocer aquello que es necesario brindar desde el Trabajo Social, para complementarse con otras profesiones en la interpretación del campo, es una de las cosas que la vuelve necesaria para las intervenciones. *"…creemos que nuestra participación en el campo de la Salud Mental o dentro de cualquiera de los campos de actuación del servicio social, no ha sido por obra de una generosa invitación, o por haber*

conformado el campo desde sus inicios (tal vez en algunos casos se podría discutir), sino por la necesidad que ese campo tiene de integrar lo que el servicio social 'sabe hacer' y de esta manera poder abarcar la complejidad de los fenómenos que ocurren en el…" (Méndez, 2006:29)

A su vez, la intervención del Trabajador Social dentro del campo de Salud Mental debe constituirse desde la comprensión del Otro, ya se conoce todo lo que no puede hacer, se debe entonces trabajar en pos de que prevalezcan los deseos, aptitudes y potencialidades de cada persona con un padecimiento mental.

Méndez, afirma en este sentido que *"…Para nuestra profesión, en este campo, no es solo importante evaluar las condiciones psicológicas de la aparición del padecimiento mental en un sujeto dado, sino, y de una manera más especifica las condiciones sociales e históricas que fundamentan los conflictos psicológicos en las contradicciones reales del medio…"* (Méndez, 2006:38)

Pero no se debe olvidar que sin el trabajo en conjunto con las demás disciplinas, el Trabajo Social también se encontraría reproduciendo prácticas de poder. No solo es fundamental poder trabajar en Salud Mental desde la perspectiva de Derechos Humanos, sino también desde el enriquecimiento de saberes que acompañen, definan y evalúen constantemente esa intervención.

Eva Garces Trullenque, propone que el ámbito de la Salud Mental es un campo de intervención interdisciplinar, siendo un lugar donde concurren diferentes profesionales, modelos teóricos, diversas formas de mirar una realidad, diferentes instituciones e incluso diferentes ideologías políticas y sociales acerca de cómo ha de ser la atención, que deben apuntar a un mismo objetivo. *"…Si algo caracteriza el funcionamiento de la Salud Mental es su intervención en equipo; se ha de ofrecer integración, coherencia y articulación ya que, de lo contrario son imposibles actuaciones eficaces y de calidad. La interdisciplinariedad hace referencia al modelo de trabajo, al método con que se desarrolla y a la forma en que se aplican los conocimientos y las técnicas. Es una puesta en común, una forma de conocimiento, de entender y abordar un fenómeno o problemática determinada…"* (Garces Trullenque, 2010:339)

Desde el Trabajo Social es importante re-crear vínculos con la comunidad para evitar la cronicidad, el aislamiento del portador del padecimiento mental con respecto a su ambiente social, como así también, en el caso de los pacientes que han obtenido el alta de las instituciones de internación (ya sea luego de un largo o corto periodo) tejer las redes en el contexto que favorezcan una calidad de vida y bienestar propicios para toda persona.

Proponiendo estrategias que partan de la autonomía y voluntad de cada una. Estas estrategias deben ser acompañadas por profesionales e instituciones que arbitren los medios necesarios para evitar las reinternaciones.

En este sentido, la familia ocupa un lugar fundamental en la construcción de la intervención ya que como afirma Pichón Riviere *"…El sujeto no es solo un sujeto relacionado. Es un sujeto producido, no hay nada en el que no sea la resultante de la interacción entre individuos, grupos y clases…"* (Riviere, 1995).

Badaracco por su parte dirá que *"…la familia constituye de una u otra manera, el contexto real de toda experiencia psicoterapéutica y que directa o indirectamente, juega un papel fundamental en todo proceso psicoterapéutico…"*. El Trabajador Social cuenta entonces no solo con sus recursos profesionales, sino también, y esto se vuelve absolutamente necesario en la práctica, cuenta con las redes familiares y sociales de la persona. Ya que son ellos mismos quienes tienen las respuestas a la problemática.

El Trabajador Social debe ser el nexo entre el sujeto y su familia, pretendiendo descubrir aquellas cuestiones que pueden ayudar a la persona que padece. *"…El trabajo Social está allí donde el padecimiento se expresa en esos encuentros singulares que van mas allá del dato estadístico o la descripción de problemas vinculados con poblaciones determinadas o clasificadas..."* (Carballeda, 2012:40). El Trabajador Social se ubica en el lugar de la escucha, de la comprensión, para poder partir de allí en la construcción de estrategias que no vulneren los derechos de la persona y su familia *"…Las enfermedades son narradas, contadas desde diferentes formas de relato. Las narrativas de la enfermedad, desde la intervención del Trabajo Social en Salud Mental, construyen la escucha, la mirada y el registro. Desde allí se vinculan con las diferentes formas de intervención…."* (Carballeda, 2012:42)

El autor propone que es desde esta narrativa que el otro nos comparte su realidad, y es desde allí donde podemos construir la intervención de manera conjunta, porque *"…La narrativa le da entidad sociocultural a la enfermedad, la nombra, es denominada desde un determinado lugar signado por la experiencia personal, la cultura y el contexto…"* (Carballeda, 2012:42). El relato nos invita a conocer el mundo del Otro, buscando comprenderlo para darle sentido al padecimiento que expresa. Aun asi, *"…debemos tener en claro entonces, que nuestra tarea parte de tratar de comprender de lo que se habla-, a partir del sentido de quien lo habla'. Ya que de esta manera se nos ofrece en toda su riqueza, por ser otra, la comprensión de quien habla…"* (Méndez, 2006:8)

En este sentido, Alicia Stolkiner se refiere a que la actual legislación en Salud Mental pretende *"…evitar los probados efectos iatrogénicos del confinamiento y atender la enfermedad en el contexto social de la persona, resguargando sus derechos…"* (Stolkiner, 2003:3). Por lo que *"…la intervención en lo social en tanto aplicación de la Política de Salud como Política Social, puede ser entendida como una oportunidad que entrelaza; la Protección, el Lazo Social y los Problemas Sociales, si es vinculada con una estrategia de recuperación de la historia, de lo colectivo, en sociedades fragmentadas, desde miradas singulares, desde donde surgen nuevos derechos a partir de nuevas necesidades…"* (Carballeda, 2012:43)

Desde el Trabajo Social, el único camino posible para trabajar y plantear estrategias adecuadas en el campo de la Salud Mental, y en todos los que se intervienen, es el camino del Enfoque de Derechos. *"…Para revertir esas formas de entender el problema de la salud mental y a quienes lo padecen, lo que nos preocupa y que creemos es lo mas importante, es la actividad concreta del operador en salud mental, para lo cual no basta decir que se posee 'conciencia de clase' o ideales humanistas, sino ejecutar su hacer como una herramienta transformadora…"* (Méndez, 2006:19)

En Salud Mental, el derecho que debe expresarse con mayor claridad es el de ser escuchado *"…Allí, donde hay algo más que un cuerpo enfermo, un numero de cama, un caso psiquiátrico, hay un sujeto que demanda ser escuchado en clave social. De este modo, la lógica de la inclusión social se relaciona en forma intensa con la Salud Mental…"* (Carballeda, 2012:43)

Méndez propone que *"…es muy necesario y un gran aporte para el equipo, el que debamos investigar hasta donde la narrativa que aparece como 'delirante' no es el producto de una construcción necesaria para poder continuar enfrentando el padecimiento que se experimenta y si esta narración no es la única posible que la persona pueda construir para poder, aun en su 'originalidad', llevar adelante una vida en comunidad…"* (Méndez, 2006:23)

No debe olvidarse que las prácticas profesionales se encuadran en la intervención institucional que opera como parte del territorio de intervención. En este sentido Carballeda propone *"…Pensar las Políticas Sanitarias como Políticas Sociales, implica una indefectible presencia de lo territorial, desde una accesibilidad integrada, con clara inserción en este como único camino para transformarse en un dispositivo de integración social…"* (Carballeda, 2012:45). La institución donde uno interviene, se manifiesta, en este sentido, como territorio *"…Es un territorio donde se construye la identidad y la*

pertenencia como forma de cohesión social…" (Carballeda, 2012: 44). El autor propone que la noción de accesibilidad, es la vía de entrada para repensar las Políticas Sociales y las de Salud, poniendo a la perspectiva del sujeto social en relación a su situación y visión del proceso salud enfermedad.

En cuanto a nuestro trabajo con el Otro, no debemos olvidar que se construye una representación o conceptualización del sujeto y que esta se relaciona con el escenario en el que se encuentra. *"…Estas cuestiones se expresan desde las diferentes relaciones entre los diferentes marcos conceptuales, las representaciones sociales, el 'clima de época' del momento en el que se está interviniendo y la visión de las dificultades sociales que lo atraviesan, el padecimiento que estos pueden generar y la condición de este en cuanto a su vinculación con las problemáticas sociales que atraviesan la sociedad…"* (Carballeda, 2012:57). Pero esta representación, también viene acompañada de propios prejuicios y posicionamientos profesionales que pueden cegar nuestra mirada y construcción positiva de la intervención *"…Si debemos cuidarnos sobre la posibilidad de que opiniones arbitrarias conduzcan el proceso de comprensión, no lo haremos a partir de una decisión voluntaria y a priori del proceso. Sino, y en realidad, a partir de que todas las opiniones previas, todas mis proyecciones sobre lo que deseo hacer; se convaliden o no, a lo largo de la elaboración de la comprensión…"* (Méndez, 2006:9)

No es indistinto poder trabajar hoy, desde nuestra profesión, desde el enfoque de Derechos, no es casualidad que hoy contemos con una Ley Nacional de Salud Mental. Pero aun así, reconociendo que cada momento de la historia construye diferentes nociones, como se ha expresado en el capitulo anterior, debemos construirnos como profesionales en constante supervisión. *"…Un sujeto caracterizado como 'drogadicto' será abordado desde la noción que de él se tenga. Esa noción se puede constituir desde diferentes perspectivas (en términos analíticos): una de tipo moral; otra vinculada con el padecimiento; otra que haga hincapié en los determinantes del contexto, o en los condicionantes de este…"* (Carballeda, 2012:57)

Poder repensar nuestras prácticas, solicitar supervisión y trabajar de forma interdisciplinaria, son caminos que apuntan a un mismo fin. Evitar la reproducción de prácticas que no tengan en cuenta al sujeto portador de derechos y deseos, que solicita la ayuda de la institución y de los profesionales. *"…Las categorías diagnósticas y nosograficas que para otras disciplinas participantes del campo son estructurantes de la comprensión del padecimiento mental, para el Trabajador Social, son indicadores de la comprensión del problema (situaciones problemas suficientemente perfiladas o algo vagas*

e indefinidas) que tiene la persona con padecimiento mental, pero no agotan las necesidades metodológicas para nuestra intervención…" (Mendez, 2006:8)

"…El peligro de abandonar toda la intervención a rutinas o esquemas ya probados, aunque no dejamos de reconocer que el manejo de los mismos dan seguridad al operador, es que tal vez, este no perciba que su acción entra en una cadencia que posteriormente se naturaliza, creándose a-priori, una estructura donde luego se depositan distintas técnicas y tareas del pensamiento…" El autor afirma que no busca renunciar al descubrimiento de que existen constantes en la intervención profesional, pero este reconocimiento "…no significa admitir que la misma se agota en un dispositivo que enhebra diversas experiencias y que cristalizan la intervención…" (Mendez, 2006:2)

Capítulo 4

La interdisciplina e intersectorialidad en la intervención en Salud Mental. Principios esenciales de la Ley Nacional de Salud Mental 26657

I. Conceptualizando la interdisciplina

"…La interdisciplina, en definitiva no es un problema de encuentro o sumatoria de campos de saber, sino de interacción y superación…" (Carballeda, 2001:1)

La interdisciplina como práctica se sustenta en dos pilares: la Ética y la Epistemología.

La Ética, se conecta por un lado con el respeto disciplinar, tanto a la disciplina propia como con las que se trabaja; y por otro lado con la flexibilidad y apertura desde el propio campo disciplinar. Esto último implica renuncias y tener siempre presente de lo que me hablan las otras disciplinas. Para entender a que nos referimos cuando hablamos de Ética, Fernando Savater en su texto "Ética para Amador", dirigido a su hijo. Realiza una propuesta sumamente interesante sobre dicho concepto.

Savater afirma que *"…La Ética no es más que el intento racional de averiguar cómo vivir mejor…"* (Savater, 1991:6). Más adelante afirma que *"…La Ética es el arte de elegir lo que más nos conviene y vivir lo mejor posible…"* (Savater, 1996:6). Considera que saber qué es lo que más nos conviene, es saber que está bien y que está mal, poder distinguir entre lo bueno y lo malo. Y que este conocimiento se encuentra relacionado con nuestras raíces y cultura. *"… De modo que ciertas cosas nos convienen y a lo que nos conviene solemos llamarlo «bueno» porque nos sienta bien; otras, en cambio, nos sientan pero que muy mal y a todo eso lo llamamos «malo». Saber lo que nos conviene, es decir: distinguir entre lo bueno y lo malo, es un conocimiento que todos intentamos adquirir - todos sin excepción- por la cuenta que nos trae…"* (Savater, 1991:6)

El filósofo, relaciona la ética con la libertad. Libertad, no de elegir que nos pasa, sino de qué hacer con aquello que nos pasa, comprendiendo que ser libre se distingue enormemente de ser omnipotente que sería conseguir siempre lo que uno quiere, aunque pareciese imposible. *"…Hay cosas que dependen de mi voluntad (y eso es ser libre) pero no todo depende de mi voluntad (entonces sería omnipotente), porque en el mundo hay otras muchas voluntades y otras muchas necesidades que no controlo a mi gusto. Si no me*

conozco ni a mí mismo ni al mundo en que vivo, mi libertad se estrellará una y otra vez contra lo necesario…" (Sabater, 1991:9)

Y es esta libertad, la de poder optar por lo que nos parece bueno, conveniente para nosotros frente a lo que parece malo, la que nos permite equivocarnos también *"… De modo que parece prudente fijarnos bien en lo que hacemos y procurar adquirir un cierto saber vivir que nos permita acertar. A ese saber vivir, o arte de vivir si prefieres, es a lo que llaman ética…"* (Sabater, 1991:10)

Por su parte, la epistemología, establece criterios demarcatorios (cada disciplina tiene una estructura dentro de sí que dice hasta donde llega su implicancia) en relación a las fronteras disciplinares. Además que sus aplicaciones son variadas por cuanto posibilita elegir teorías al momento de investigar o adherir a ellas.

La Interdisciplina avanza en un plano de mayor integración presuponiendo interacciones, promocionando espacios de confluencia y un código común para poder operar sobre individuos, grupos, comunidades. De esta interacción los profesionales emergen enriquecidos en sus respectivos roles y campos específicos de intervención, no sin antes resolver sus contradicciones a nivel de lo disciplinar y personal. Supone construir un discurso propio, desde lo múltiple, que permita el hallazgo de respuestas validas. No es de ninguna manera lo contrario a la disciplina, sino un producto genuino y elaborado. Conocemos por sobre la base de lo que conocemos porque nos enriquecemos de las otras disciplinas. Se maneja un mismo lenguaje

"…La problemática que se plantea es como superamos la fuerte tradición disciplinar heredada y nos abrimos a este cambio que supone trasvasar la disciplina e incorporar componentes actitudinales que son los que van a posibilitar el despliegue de la practica. Esto supone por un lado un posicionamiento firme en lo disciplinar y por otro, poder elaborar la interdisciplina y sostener la inseguridad de abandonar un terreno conocido para formar parte de una nueva constelación epistémica. Resulta una práctica superadora, un abordaje de mayor riqueza y profundidad para trabajar científicamente en áreas para lo cual lo disciplinar resulta pobre e insuficiente. Anclada en la intersubjetividad y una profunda reflexión epistemológica en la cual se nutre, crea y recrea…" (Amico, 2005: 55)

La autora Amico afirma que la conformación de los equipos exige trabajo, tiempo, superación de obstáculos y cuestiones personales, elaboración de resistencias y ansiedades, no se trata precisamente de un proceso armónico, la diáspora por el poder y el predominio hegemónico de los saberes disciplinares, cobra un fuerte protagonismo *"…Se trata de una*

práctica genuina, posible de ser implementada en ámbitos académicos, de investigación, y en el tratamiento de casos, en lo individual, grupal, familiar, comunitario e institucional, ampliamente superadora pero cuyos logros, están fuertemente arraigados y condicionados por lo profesional-disciplinar y persona que cabalgan sobre la dimensión ético-ideológica…" (Amico, 2005:56)

Es importante mencionar que la legislación en salud mental se vuelve indispensable para proteger y promover los derechos de las personas con padecimiento mental, ya que representan un sector vulnerable de la sociedad, enfrentándose histórica y cotidianamente a la estigmatización, discriminación y exclusión.

II. Pensando la intersectorialidad

El articulo N 9 de la Ley Nacional de Salud Mental 26657 propone lo siguiente "*El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientara al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales"* Y más adelante el articulo N 11 refuerza la intersectorialidad como nueva tecnología de abordaje al proponer que *"La autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria…"*

La autora Ussher, Margarita, quien escribe para la Universidad de Psicologia de la UBA, escribe un artículo que titula "Salud Mental y Territorio. Reflexiones en torno al concepto de Intersetorialidad". En él, se propone pensar la intersectorialidad desde el concepto de territorio. *"…El concepto de territorialidad permite recuperar aportes de la Psicología Social y la Psicología Social Comunitaria en la búsqueda de herramientas para el diseño de dispositivos acordes con los nuevos paradigmas. El territorio es una construcción social a partir de la cual el espacio compartido adquiere sentido para una comunidad. La intersectorialidad es una estrategia de intervención frente a situaciones complejas que requieren que el territorio sea considerado como el marco que da origen a una acción multidimensional, integral, que se desarrolla en los espacios sociales cercanos a los destinatarios. Diferentes actores sociales, de diferentes áreas, trabajan en forma coordinada para resolver un problema que definen y asumen como común, a través de acciones integradas, con objetivos compartidos…*" (Ussher, 2015:249).

De esta forma la Ussher define al territorio como una construcción social realizada por sujetos, individuales o colectivos, actores sociales, grupos de interés e instituciones, familias. Estos sujetos, generan formas de organización social, de acción colectiva en un espacio compartido, que se articula en diferentes escalas (personal, grupal, familiar, institucional, comunitaria, regional, nacional y transnacional)Para la autora es un lugar donde se disputa el poder, ya que se desarrollan en el diferentes conflictos, saberes, sentidos, experiencias, intereses, proyectos que son comunes *"...El territorio puede ser analizado como una red de redes, un tejido que articula componentes físicos, procesos ecológicos, sociales, políticos, históricos. Conforma un* sistema complejo modelado por la acción humana…" (Ussher, 2015:250)

Ussher afirma que la noción de intersectorialidad *"...es un concepto polisémico que se refiere a relaciones entre sectores (lo público y lo privado), áreas de intervención (salud, educación, justicia, desarrollo social), acciones de gestión asociada o problemáticas que demandan abordajes transversales…"* (Ussher, 2015 251)Es decir que se ponen en juego una serie de estrategias llevadas adelante por diversos actores, pertenecientes a diversos sectores y que unen sus intervenciones por un bien y objetivo común.

Citando a Bertucceli (2000), la autora concluye *que "...Las estrategias de trabajo intersectorial nos desafían a la construcción de nuevos encuadres para la intervención, donde los territorios horizontales son relevados en mapas georefenciados, que se recorren a partir de vínculos de confianza y mapas de red vertical, que construye canales de comunicación y aprendizaje sostenidos por tecnologías digitales..."* (Ussher, 2015:251)

Finalmente convoca a pensar la interdisciplina y la intersectorialidad como dos estrategias sumamente importantes que deben partir del reconocimiento del territorio en sus múltiples dimensiones. *"...Nos reta a ser capaces de diseñar nuevos significados en los territorios naturalizados, que abra nuevas travesías, que levante fronteras y corra márgenes…"* (Ussher, 2015:251)

III. Análisis de la Ley Nacional de Salud Mental 26657

Las autoras Hermosilla y Cataldo (2012) en su análisis de la Ley Nacional de Salud Mental, proponen que entre las principales innovaciones se encuentran las siguientes:

• El énfasis en la interdisciplina, la cual debe caracterizar las prácticas de los equipos. Se equipara a los miembros de los mismos, en relación a la toma de decisiones y a

la posibilidad de ocupar cargos de gestión y dirección de servicios. Incluso los tratamientos psicofarmacológicos se prevén en el marco de abordajes interdisciplinarios.

• Se establece la orientación comunitaria, el trabajo intersectorial y el requerimiento del consentimiento informado para la atención de los pacientes. Este último adquiere especial énfasis, en consonancia con el que se le otorga en la Ley de Derechos del Paciente, no sólo reconociéndolo como un derecho, sino avanzando sobre la forma en que debe ser aplicado en la práctica. Aun así, es de esperarse, que la reglamentación de la Ley conlleve mayores especificaciones con respecto a esto último.

• Las internaciones se convierten en el último recurso terapéutico, de carácter restrictivo. Por lo tanto, el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario. De no poder evitarse la internación, debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo excepciones debidamente fundadas. En consonancia con el énfasis puesto en la interdisciplina, dentro de las cuarenta y ocho horas, se debe cumplir con una evaluación y diagnóstico interdisciplinario e integral junto a los motivos que justifican la internación. Debe contar con la firma de al menos dos profesionales del servicio, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra. Es decir, se puede prescindir de este último, y que los jueces no pueden determinar una internación por si mismos (a menos que existiendo las condiciones previstas, el equipo se niegue a la misma).Por último, en relación al tema internaciones, se prohíbe la creación de nuevos manicomios. A su vez los existentes deben adaptarse para seguir los principios que plantea la Ley, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos: casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas

• Otra innovación es la creación en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, de un órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios. El mismo sería el encargado de controlar el cumplimiento y la adecuación de las prácticas a la Ley.

• En referencia al impacto en el derecho argentino, modifica el Código Civil al eliminar el concepto de peligrosidad y sustituirlo por el de peligro cierto e inminente como criterio de internación involuntaria

Gorbacz, por otro lado, afirma que el concepto de padecimiento, utilizado en la definición de la Ley *"...pone el eje en lo subjetivo, en lo que la persona siente, más allá de las clasificaciones que un observador profesional pueda hacer sobre la base de*

determinados modelos de normalidad […] Por último y en relación a la cuestión de las denominaciones, todos sabemos que ningún significante está abrochado totalmente a un significado. Simplemente advertimos que en una ley que procura restablecer derechos humanos y poner el acento en la capacidad de las personas, la utilización del concepto de "enfermedad mental" podía arrastrar significaciones estigmatizantes que estamos buscando dejar atrás. Ello no implica negar la existencia de diagnósticos y su utilidad en la clínica, donde podrán seguir siendo utilizados sin ningún problema, siempre que de ellos no se pretenda deducir de manera automática ninguna restricción de derechos ni ninguna terapéutica que eluda la consideración del caso particular. Tampoco implica que, el día de mañana, no tengamos que revisar el término, como quien cada tanto sacude una tela a la que se le adhieren algunas "pelusas" un tanto molestas. .." (Gorbacz, 2012:142)

Finalmente Enrique Carpintero, también realiza su propio análisis de la ley destacando cuatro cuestiones fundamentales que introduce la sanción de la misma en la intervención en Salud Mental:

1. Establece la defensa de los derechos de los pacientes modificando el Código Civil para impedir las internaciones de las personas por su peligrosidad. Las internaciones involuntarias quedan sujetas a control de un órgano de revisión. Y se propicia que las internaciones sean cortas y en hospitales generales.

2. Importancia del Equipo Interdisciplinario, el psiquiatra ya no es el eje del tratamiento sino que "*debe promoverse que la atención en Salud Mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional"*. La intervención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial. En cuanto a la prescripción del medicamento, debe solo responder a las necesidades fundamentales de la persona y administrarse únicamente con fines terapéuticos.

3. En cuanto a las estructuras manicomiales, queda prohibida la creación de manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes. Respecto de las instituciones que ya existen, la ley los obliga a adaptarse a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Carpintero entiende esto como una realidad superadora que define la salud mental como un tema interdisciplinario e intersectorial, que va más allá del campo de la salud.

4. Finalmente Enrique Carpintero destaca que en la ley existe una reivindicación democrática sentida por el conjunto de los trabajadores de la Salud Mental que tiene fuerza

de ley. *"Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental"*

El autor afirma que la Ley cuestiona el poder del psiquiatra y su función de garantizar que el eje del tratamiento sea la medicación y que la internación sea un acto médico.

Es importante mencionar que uno de los artículos más importantes para las personas con padecimiento mental, es el articulo numero 7, donde se encuentran expresados todos los derechos que reconoce la Ley. Generando un marco legal que no solo regula las prácticas de los profesionales en Salud Mental, sino que también protege de manera universal a todas las personas que se encuentran padeciendo tales sufrimientos. No se desconoce, que para que tales derechos se cumplan, tanto los profesionales como las personas que transitan las instituciones deben conocer y hacer cumplir la ley a través de sus prácticas diarias.

II PARTE:

DESARROLLO METODOLOGICO

Desarrollo Metodológico

"…Por metodología se entiende el conjunto de medios teóricos, conceptuales y técnicos que una disciplina desarrolla para la obtención de sus fines. Por método, camino que hay que seguir para acceder al análisis de los distintos objetos que se pretenden investigar. Las técnicas aluden a procedimientos de actuación concreta y particular de recogida de información relacionada con el método de investigación que estamos utilizando…"

(Campoy Aranda y Gómez Araujo, 2009:275)

I. Pregunta de Investigación

- ¿Cuáles son las estrategias de abordaje, que desde la intervención profesional del Trabajo Social, se pueden llevar adelante con personas con diagnóstico de Psicosis, donde prime la voluntad y autonomía de la persona?

II. Objetivos

- Objetivo General: Indagar y describir perspectivas de abordaje desde la intervención de los profesionales en Trabajo Social, con personas con diagnóstico de Psicosis, donde prime la voluntad y autonomía de la persona.

- Objetivos Específicos:

Explorar dispositivos de intervención en Salud Mental de la Ciudad de Mar del Plata que trabajen con personas con diagnóstico de Psicosis en cuyo abordaje profesional prime la voluntad de la persona y su autonomía e independencia.

- Objetivos de Trabajo:

Entrevistar personas con diagnóstico de Psicosis que transitan por los dispositivos de intervención profesional que existen en la Ciudad de Mar del Plata.

Entrevistar a los profesionales en Trabajo Social que se encuentran actualmente interviniendo con pacientes con diagnóstico de Psicosis.

III. Unidad de Análisis

- Definición de la unidad de análisis

Una Unidad de Análisis es un tipo de objeto delimitado por el investigador para ser investigado. Este objeto no es una entidad determinada del espacio tiempo, un caso particular sino que implica un conjunto de entidades. Al ser un objeto delimitado, se puede ubicar en un espacio y un tiempo precisos.

La unidad de análisis investigada son las intervenciones de los profesionales de Trabajo Social en Instituciones de Salud Mental de la Ciudad de Mar del Plata, específicamente en el abordaje con personas con Diagnóstico de Psicosis.

Las variables de la investigación son de carácter cualitativo. Este tipo de variables permiten la expresión de una característica, categoría, atributo o cualidad y pueden adoptar diferentes valores, siendo dicotómicas (cuando solo puede adoptar dos valores –femenino o masculino-) o policotómicas (cuando puede adquirir un numero de valores superior a dos). En este último caso podemos encontrarnos con variables nominales (adopta valores que no se pueden ordenar) u ordinales (los valores adoptados si pueden ordenarse en una escala).

- Definición y análisis de las variables estudiadas

Las variables propuestas fueron estudiadas a través de la realización de diferentes técnicas de recolección de datos: observaciones, entrevistas e historias de vida. El objetivo fue poder desarrollar cada una de las variables de manera que el análisis de las mismas resulte lo mas acabado posible.

- *Tareas realizadas por los Trabajadores Sociales en la intervención*

"La intervención profesional en Trabajo Social es un aspecto controvertido que exige profundizar en los debates en torno a las implicancias y necesidades en la actualidad, recuperando la síntesis de discusiones teóricas con los avances y conquistas en los procesos de intervención en los distintos espacios socio-ocupacionales. Solo mediante la articulación y el dialogo entre estas instancias será posible avanzar en la producción de aportes que sean significativos para responder colectivamente las demandas y exigencias de la sociedad" (Mallardi, 2014:57)

Margarita Rozas Pagaza afirma que el concepto de intervención profesional en nuestro país tiene y tuvo influencias de las ideas positivistas las cuales entienden a la intervención *"…como un conjunto de acciones que se estructuran en relación con las demandas que se establecen desde los sujetos con los cuales se dinamiza dicha intervención…"* (Rozas Pagazza, 2004:), y considera a esta definición *"…autónoma de las relaciones sociales y desprovista del sentido tensionante y contradictorio que dicha relación tiene; que oscurece la asimetría existente entre recurso y demanda, suponiendo que ella es una ecuación posible desde la apariencia de sincronía que adquiere lo social en la sociedad capitalista…"* (Rozas Pagazza, 2004) Y que también es vista *"…como un conjunto de acciones que tienen un sentido de ayuda a los sufrimientos sociales que tienen los individuos…"* (Rozas Pagazza, 2004:, conceptualización que implica en la intervención una perspectiva doctrinaria que tiene sus antecedentes en las practicas de la caridad y filantropía, inscriptas en la Doctrina Social de la Iglesia.

Comparto con la autora, la visión respecto de que la Intervención Profesional no tiene entidad propia, en tanto ella está atravesada por el conjunto de dimensiones que expresan su relación con los procesos socio-políticos de los sectores dominantes, ya que es un proceso que se genera en relación con la cuestión social cuya relación demuestra su carácter complejo y contradictorio en las relaciones de dominación. Ubicar a la intervención profesional en el marco de las problemáticas derivadas de la producción y reproducción de la vida social como expresión de la "Cuestión Social" permite a los trabajadores sociales revalorizar la capacidad transformativa de los actores sociales.

A la vez que entiendo a la intervención profesional teórica y prácticamente. Teórica porque partimos del supuesto de que toda intervención se fundamenta en un conjunto de conceptos que guían el accionar profesional. Y prácticamente, porque el trabajador no sólo piensa, sino también actúa; por ello, pensar y actuar son dos aspectos fundamentales de toda intervención

Mallardi refuerza esta idea al considerar que, en la caracterización de los procesos de intervención y las particularidades de las estrategias profesionales, se tienen que tener en cuenta aspectos como los supuestos éticos, políticos y teóricos que orientan la intervención profesional. Entre ellos, el análisis de los recursos profesionales, el papel del conocimiento en los procesos de intervención profesional, las implicancias de las situaciones problemáticas y su aprehensión en la definición de estrategias de intervención se tornan fundamentales en la práctica.

Finalmente para Carballeda, la intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental, posee características singulares *"…Estas se relacionan con los escenarios sociales actuales donde surge la necesidad de recuperar la noción de proceso histórico social para comprender y explicar con mayor profundidad la complejidad del contexto. Estas cuestiones se expresan desde el padecimiento subjetivo hasta las Políticas Sanitarias y Sociales. La recuperación de la noción de biopolítica y una lectura social de lo corporal, las narrativas del dolor y la salud mental, dan cuenta de las posibilidades y alcances de la intervención en lo social dentro de este campo…"* (Carballeda, 2012:38) La intervención del Trabajo Social desde esta perspectiva implica un nuevo y necesario lugar para la palabra.

- *Relevancia que los Trabajadores Sociales le otorgan al Diagnóstico*

"…Y, para empezar, ¿qué es el loco, portador de su enigmática locura, entre los hombres de razón, entre esos hombres de razón de un siglo XVII aún en sus orígenes? ¿Cómo se le reconoce, al loco, tan fácilmente distinguible un siglo antes con su perfil bien recortado, que hoy debe cubrir con una máscara uniforme tantos rostros distintos? ¿Cómo se le va a designar, sin cometer error, en la proximidad cotidiana que lo mezcla con todos los que no están locos y en la mezcla inextricable de los rasgos de su locura con los signos obstinados de su razón? Preguntas que se plantean el hombre sensato antes que el sabio, el filósofo antes que el médico, todo el grupo atento de los críticos, de los escépticos, de los moralistas…" (Foucault, 11)

Al referirse al Diagnóstico en las instituciones psiquiátricas, Pellegrini afirma que actúan como rótulo sobre los pacientes, que en ese momento deja de lado la condición humana del sujeto y lo incorpora al inventario del hospital. Este rótulo, ocasiona que las personas actúen conforme él, y pierdan su individualidad. *"…Las historias clínicas suelen registrar los diagnósticos descriptivos de ingreso y muy escasamente la actualización o confirmación de los mismos. Así el paciente queda adherido a un diagnostico inmutable que pasa a darle una nueva identidad: con el paso del tiempo en el encierro aquello lo define, reemplazando a su historia personal, familiar y social (las cuales se mitifican en parte y en parte se olvidan, si es que alguna vez se conocieron)…"* (Pellegrini, 2005:59)

Por su parte, y muchos años antes, Foucault reconocía *"…Pero, dejando de lado esas diferenciaciones, la esencia general de la locura está desprovista de toda forma asignable; el loco, en general, no es portador de un signo; se confunde con los otros, y está*

presente en todos, no por un diálogo o por un conflicto con la razón, sino para servirla oscuramente por medio inconfesable…" (Foucault, 1998:12).

Foucault realiza una relación entre la clasificación de las enfermedades mentales y las "especies del jardín". *"…La evidencia, sin apelación posible, del "éste está loco" no se apoya sobre ningún dominio teórico de lo que es locura. Pero, a la inversa, cuando el pensamiento clásico desea interrogar a la locura, en lo que es, no es a partir de los locos como lo hará, sino a partir de la enfermedad en general. La respuesta a una pregunta como: "¿Qué es la locura?" se deduce de una analítica de la enfermedad, sin que el loco tenga que hablar de sí mismo, en su existencia concreta…"* (Foucault, 1998:17).

Para que sea enfermedad hay que enfocar los fenómenos observables, por los cuales se manifiesta. La definición de la enfermedad es entonces, la enumeración de los síntomas que sirven para conocer su género y su especie y para distinguirla de todas las demás. *"…Las clasificaciones del siglo XIX presuponen la existencia de grandes especies —manía, o paranoia, o demencia precoz—, no la existencia de un dominio lógicamente estructurado en que las enfermedades estén definidas por la totalidad de lo patológico. Es como si esta actividad clasificadora hubiese funcionado en el vacío, desplegándose para un resultado nulo, corrigiéndose sin cesar para no llegar a nada: actividad incesante que jamás ha logrado ser un trabajo real. Las clasificaciones no han funcionado apenas más que a título de imágenes, por el valor propio del mito vegetal que llevaban en ella. Sus conceptos claros y explícitos han permanecido sin eficacia…"* (Foucault, 1998:22)

- <u>*Conocimiento de los Trabajadores Sociales sobre la Ley Nacional de Salud Mental*</u>

"…La Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental (LSM), fue sancionada en Argentina en diciembre de 2010, convirtiéndose en la primera que da un marco nacional a las políticas en el área mencionada. Inaugura un período de cambios, de revisión de prácticas y concepciones que hasta el momento, han sustentado la atención de aquellas personas con padecimiento mental…" (Hermosilla y Cataldo, 2012:134)

La aprobación de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad es un antecedente primordial en la Defensa de los Derechos Humanos de las Personas que sufren padecimiento mental. Esta Convención deja claro que las personas con

discapacidad son sujetos de derechos humanos y que las desventajas sociales que sufren deben eliminarse porque son violatorias del goce y pleno ejercicio de esos derechos.

Es importante mencionar que la existencia de dicha Convención, obliga a los órganos supervisores de Derechos Humanos a darle importancia a la discapacidad a la vez que obliga a los Estado parte a garantizar a las personas con discapacidad el ejercicio de tales derechos. Esto inevitablemente ocasiona que en materia legal deban realizarse diferentes modificaciones.

La Convención reconoce en su artículo N° 5, que las personas con Discapacidad son iguales ante la ley y en virtud de ella, y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en los mismos términos que las demás personas.

El 2 de diciembre de 2010 se promulgó en Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Fue reglamentada en el año 2013 con el decreto 603/13. Derogó la Ley de Internaciones N°22.914 y modificó el artículo 482 del código civil y los artículos referidos a la incapacitación civil

- *Implementación del Trabajo Interdisciplinario*

"…La interdisciplina es un lugar que se construye cotidianamente en función del diálogo que instaura la intervención, generándose de esta forma un punto de encuentro. Así la interdisciplina puede constituirse o no en forma cotidiana y tiene 'momentos' de expresión convirtiéndose así en una entidad esencialmente dinámica…" (Carballeda, 2001:2)

Carballeda afirma que la interdisciplina no es ni más ni menos que la confrontación en el diálogo de distintas visiones de mundo traducidas en conocimiento. El autor plantea que el escenario actual de intervención, se encuentra atravesado por la incertidumbre, el incremento de las desigualdades y el crecimiento de la exclusión social. *"…Así, la interdisciplina, se puede presentar como un escollo u oportunidad en función de desarrollar estrategias de intervención en una sociedad fragmentada, con una fuerte tendencia a la individuación, donde la 'competencia' individual desvaloriza el trabajo en equipo, o el mismo se encuentra atravesado por la lógica de la empresa en tanto costo-beneficio…"* (Carballeda, 2001:2) Es por esto que para el autor, la interdisciplina se encuentra interpelada por una serie de acontecimientos que se pueden englobar dentro de los padecimientos del presente.

Para el autor, el trabajo en equipo se presenta como una posibilidad de construir algo diferente siempre que se pueda incorporar el concepto de diálogo por sobre el de imposición. Este desafío se presenta a la hora de poder conformar marcos conceptuales generales respecto a diferentes categorías fundamentales en la intervención en salud mental: proceso salud-enfermedad, derechos de los pacientes, noción de salud, visión del problema social, entre otros.

- *Que considera el Trabajador Social como Enfermedad Mental*

"La consideración del trastorno como enfermedad por parte de la psiquiatría positivista prescinde del sujeto, ignora el conflicto que expresa el síntoma, ya que este sería solo signo de un trastorno en sus equilibrios cerebrales, y se propone por consiguiente suprimirlo a través del medio artificial del medicamento" (Galende, 2008:9)

La OMS definió a la Salud Mental como un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus habilidades, puede afrontar las presiones normales de la vida, trabaja productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Mientras que una enfermedad mental afecta la cognición, las emociones y la conducta de una persona, interfiere en su habilidad de sentirse bien en su familia, trabajo y sociedad.

Las autoras Oranas Viera, Santana López y Verara Barrenechea [9] afirman que la distinción entre enfermedad y salud mental resulta polémica. Esto es así porque *"...ambos constructos constituyen los polos positivos y negativos de un continuo que representa un proceso dinámico de la interacción del sujeto con su entorno. Este proceso está multideterminado por variables de diversa naturaleza: biológicas, psicológicas y sociales..."* (Oranas Viera, Santana López y Verara Barrenechea, 2006:34)

Definen la salud mental haciendo referencia al concepto desarrollado por Silvia Bermann *"podría decirse que la salud mental consiste en el aprendizaje de la realidad para transformarla a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de conflictos, tanto internos del individuo como los que se dan entre él y su medio. Cuando dicho aprendizaje se perturba o fracasa en el intento de su resolución, puede comenzarse a hablar de enfermedad". (Oranas, 2006:34)*

Sin embargo, para las autoras, tradicionalmente al proceso de la salud mental se accede por el polo negativo, obviamente por la necesidad de dar solución inmediata al

9 Revista Cubana de Salud y Trabajo 2006;7(1-2):34-9 34

problema de la enfermedad, predominando en su abordaje un enfoque médico psicopatológico.

Carballeda afirma que como expresión de una serie de tramas complejas que dialogan con diferentes formas de devenir tanto en lo político, económico, demográfico, sociocultural y medioambiental, *"…la salud y la enfermedad pueden ser entendidas como un proceso histórico y social, esencialmente dinámico, donde, en el caso de nuestro país, las Políticas Sociales comienzan a ocupar nuevos espacios, ligados y aprendiendo en algunos casos de luchas colectivas, diferentes expresiones de movimientos sociales y formas de resistencia…"* (Carballeda, 2012:40)

El autor propone que el proceso salud-enfermedad se construye en la vida cotidiana que se encuentra, a la vez, condicionada por los componentes del contexto que le asignan diferentes sentidos. *"…La enfermedad, de esta manera, desde hace mucho tiempo no es considerada como un mero producto de diferentes desajustes o alteraciones unicausales, sino que se vincula con una serie de circunstancias que exceden el abordaje de una sola mirada, o la sumatoria de estudios de fenómenos comprensivo explicativos constituidos dentro de tramas sociales estables…"* (Carballeda, 2012: 40)

La enfermedad articula lo social y lo singular desde el padecimiento, su impacto subjetivo y también construye sus inscripciones en los que rodean a quien la padece.

De este modo, la enfermedad como problemática social compleja, dialoga con la vulneración de derechos, la incertidumbre, el padecimiento subjetivo, elaborándose así nuevas formas de comprender y explicar los fenómenos asociados o ligados a lo mórbido, a las diferentes maneras de construcción de la solidaridad en tramas heterogéneas y, muchas veces, dentro de un estallido de los dispositivos de asistencia que por diferentes razones muestran dificultades para abordar las nuevas demandas dentro del sector. Así, el sujeto que se presenta en los servicios asistenciales de salud, se constituye como "inesperado".

- *Lugar que ocupa la escucha y el relato en la intervención del Trabajador Social con el paciente*

> *"La escucha surge como una posibilidad en la necesidad de tener más y mejores instrumentos de intervención que den cuenta de estas nuevas interpelaciones. Quizás, la construcción de nuevas formas de escuchar que interpreten la polisemia de nuestras sociedades…" (Carballeda, 2012:1)*

Carballeda afirma que la palabra, la mirada y la escucha son instrumentos clave en las diferentes metodologías de intervención social ya que forman parte de un mismo proceso y solo podrían ser diferenciadas para un análisis individualizado de cada una de ellas. *"…Así, un oído atento, un habla adecuada y el reconocimiento y manejo de silencios oportunos son parte de la construcción de la escucha como proceso relacional cargado de sentido…"* (Carballeda, 2008:2)

Es importante mencionar y saber, en el momento de la intervención, que la escucha que realizamos, se encuentra atravesada por el contexto del cual participamos. Por lo que la misma es un fiel reflejo de la realidad de la persona *"…Las palabras en el espacio del diálogo, se entrelazan con el escenario de intervención, el contexto y el territorio. Escuchar en términos de intervención, implica acceder a un proceso de comprensión y explicación que intenta organizar los sentidos, pautas, códigos, implicancias, y perspectivas de quien está hablando…"* (Carballeda, 2008:2)

Entonces desde la intervención social, el 'lugar' de la institución es el escenario donde la capacidad de escuchar se expresa. Al hablar de capacidad de escucha, entiendo que *"…No se trata de anular el conflicto o pretender resolverlo, se trata de dejarlo o hacerlo hablar; esto solo hace que, si otro escucha, se restituya la dimensión del sujeto implicada en su existencia. Esto tiene dos componentes: el de la palabra y los significados y el de la relación con otro dispuesto a escuchar y comprender. Todo conflicto en el plano social surge de determinadas necesidades, y de determinados deseos de la vida psíquica, y por lo mismo, ambos, pueden ser transformados de manera práctica…"* (Galende, 2008:9)

De esta forma Galende continúa afirmando que esta escucha abre las dimensiones del conflicto, reconoce su fuerza y hace que se exprese en las palabras y pensamientos del mismo sujeto. No imponiéndolo a su sufrimiento, sino permitiéndole problematizarlo y encontrar respuestas conjuntas *"…el pensamiento y la reflexiones es el medio por el cual el hombre puede asumir, sin síntomas, los avatares de sus deseos y de su existir junto a los demás…"* (Galende, 2008:10)

La escucha es una necesidad y como tal se transforma en un derecho. Para Carballeda se entrelaza de manera relevante con la inclusión social. *"…Ser escuchado es un derecho que en tanto no es cumplido, separa, segrega, cosifica a ese Otro que reclama, muchas veces de forma diferente, esa condición…"* (Carballeda) El autor propone el concepto de escucha activa, la cual implica interesarse por ese Otro, estar disponible, aceptándolo como es, dando lugar a otras perspectivas o formas de comprensión y explicación. *"…La escucha, es posible solo cuando quienes la constituyen sienten su pertenencia a un todo integrado,*

desde la historia, la cultura, el territorio y los afectos. Implica estar en donde la demanda se presenta o puede ser esbozada desde diferentes formas de pedido de ayuda en terrenos de padecimiento, soledad y desencanto…" (Carballeda)

Esto se comprende totalmente y se puede poner en práctica cuando intervenimos desde el paradigma de los Derechos Humanos, conquistándolos y defendiéndolos *"…No se trata solamente de la dignidad de los enfermos y sus familiares consultantes. Se trata de nuestra propia dignidad como hombres y trabajadores de la Salud Mental. No hemos estudiado para ser custodios de candados, sino para servir a nuestro pueblo. De ahí que el marco abarcativo es el de la Defensa de los Derechos Humanos de todos los protagonistas de la vida del Hospital…"* (Pellegrini, 2005:126)

IV. Técnicas de recolección de datos

- *Observación participante:* Conlleva la implicación del investigador en una serie de actividades durante el tiempo que dedica a observar a los sujetos objeto de observación.

Resulta útil en estudios exploratorios, descriptivos y orientados a la generación de interpretaciones teóricas. Ya que permite conocer a través de la participación directa de quien realiza la investigación que ocurre, cómo están organizadas y priorizadas las cosas, cómo se interrelacionan los objetos de estudio, y cuáles son los parámetros culturales.

Entendiendo que las palabras y las acciones de las personas sólo pueden ser comprendidas si se las analiza en el contexto en que fueron pronunciadas o realizadas, me propongo como observadora participante tomar notas con la mayor exactitud posible, describir la actividad en el orden que ocurra, proporcionar descripciones sin atribuir significado, separar los propios sentimientos de los hechos observados y registrar hora, lugar y fecha de cada observación.

A los fines de mi investigación realice tres observaciones participantes en diferentes ámbitos del campo de la Salud Mental en la Ciudad de Mar del Plata, tuve la oportunidad de participar de las mismas en compañía tanto de profesionales como personas con padecimiento mental.

A continuación describo brevemente el contexto en el que se desarrollo cada observación, para más adelante poder reflejar los análisis correspondientes a las mismas.

1. Entrevista realizada entre un paciente con Diagnostico de Psicosis y una Trabajadora Social, durante la internación del mismo en una Clínica privada de Salud Mental de la Ciudad de Mar del Plata.

2. Ingreso de un paciente con diagnóstico de psicosis en una pensión convivencial donde comenzaría a vivir con otros compañeros. La misma se realizó en compañía de la trabajadora social que llevo adelante la intervención, propuesta con el paciente, de poder contar con un lugar donde vivir de manera autónoma.

3.Actividad grupal en el Programa de Inclusión Socio Ocupacional. Departamento de Salud Mental de la Municipalidad de General Pueyrredón. Se observo y participo de una clase de computación que se lleva adelante en el programa.

- *Entrevistas en profundidad*: En la metodología cualitativa, la entrevista en profundidad se entiende como los encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y el entrevistado, que tienen como finalidad conocer la opinión y la perspectiva que un sujeto tiene respecto de su vida, experiencias o situaciones vividas. La entrevista en profundidad tiene mucho en común con la observación participante, pero se diferencia de ésta en el escenario y situaciones en los que tiene lugar la investigación. Mientras que los observadores participantes realizan sus estudios en situaciones de campos naturales, los entrevistadores realizan lo suyo en situaciones específicamente preparadas. Además, el observador participante obtiene una experiencia directa del mundo social, mientras que el entrevistador obtiene esa visión mediante el relato del otro.

Lleve adelante un total de 12 entrevistas a profesionales en Trabajo Social que actualmente desarrollan su labor profesional en diferentes dispositivos de Salud Mental, de la Ciudad de Mar del Plata. Los mismos pertenecen al sector público y privado y representan diferentes niveles de abordaje: internación, centros de día, programas ambulatorios, talleres de formacion laboral, etc.

Las mismas fueron grabadas, con previa autorización, con el objetivo de poder llevarlas adelante sin la interrupción de la escritura o la desviación de la mirada a la hora de tomar nota. Si bien propuse diez preguntas como eje de las entrevistas, no fueron utilizadas como cuestionario, sino como guía, por lo que se priorizo rescatar y repreguntar de acuerdo al relato de cada profesional.

Las entrevistas tuvieron una duración de entre 50 y 60 minutos. Fueron llevadas a cabo en la sede institucional donde cada profesional se desempeña en el campo de la Salud Mental, permitiendo contar con un encuadre que favoreció mi interpretación de la escucha.

➢ *Historia de vida*: *"…No ver la vivencia como episodios de una historia vital, sino ver la historia vital de la persona a través de los significados que esas unidades de sentido encierran sobre la vida propia…"* (Mendez, 2006:27)

Permite al investigador acceder a conocer cómo las personas crean y reflejan el mundo social en el que viven. La historia de vida se centra, en la presente investigación en cada sujeto individual, y tiene como elemento central el análisis de la narración que cada persona realiza sobre sus experiencias vitales ya que se trata del relato de vida de una persona, en el contexto donde sus experiencias tienen lugar, que será registrado e interpretado por quien realiza la investigación. *"…El Trabajo Social, parte de la realidad vivida por un determinado sujeto y a partir de la investigación diagnóstica se aproxima a las situaciones problemáticas. De este modo, lo social puede ser analizado desde las historias de vida de los sujetos concretos en el marco de su vida cotidiana, es decir, en el desarrollo de la subjetividad. La vida cotidiana, entonces, reclama una conciencia crítica que, en tanto actitud científica, es lo opuesto a la conciencia ingenua. Implicaría interpelación, problematización y desmitificación de los hechos sociales…"* (Amico, 2005:55)

Para la presente investigación se tuvieron en cuenta cinco historias de vida. Las mismas fueron compartidas por profesionales entrevistadas como personas con padecimiento mental

V. Análisis de los Datos Recolectados

Durante la realización de las técnicas de recolección de datos, tuve en cuenta con mayor interés, la manifestación de las variables que guían mi investigación. Las mismas se resumen en las siguiente: Intervención Profesional, Que se comprende por Diagnostico y enfermedad mental, Trabajo Interdisciplinario, Lugar de la Escucha y relato en la intervención.

➢ *Observaciones Participantes*

Primer Observación

Lugar: Clínica de Salud Mental Privada de la Ciudad de Mar del Plata.

Encuadre: Entrevista a un paciente con Diagnóstico de Psicosis, internado por segunda vez en la Clínica de Salud Mental. Su reinternación habría sido solicitada por sus padres tras abandonar el paciente el plan farmacológico indicado, desencadenando un brote psicótico. Previo a la internación se encontraba concurriendo a un centro de día en la Ciudad de Mar del Plata.

Observación: Se concurre a la clínica de Salud Mental, con el objetivo de mantener una entrevista con el paciente. Se nos permite mantener dicho encuentro en un pequeño despacho con un escritorio y tres sillas. El mismo cuenta con una gran ventana que da a la calle.

En dicha entrevista mi papel es de observadora participante, ya que formo parte de la entrevista y el paciente reconoce mi presencia, pero no realizo las preguntas ni intervengo en la misma.

Pasados algunos unos minutos desde que me encontraba allí junto a la Profesional que realizaría la entrevista, el paciente ingresa en el pequeño despacho, saluda a la Trabajadora Social con afecto y luego me presenta. Me saluda con respeto y nos invita a sentarnos frente a él, en el escritorio. Elige sentarse en la silla que se encontraba sola del otro lado del escritorio, dándole la espalda a la ventana que daba a la calle.

Toma asiento erguido y serio. Cruza sus manos sobre la mesa, parece dispuesto a escuchar o decir algo en su defensa.

La Trabajadora Social le pregunta si comprende los motivos por los cuales se encontraba internado nuevamente. El paciente responde con un tono de enojo y arrepentimiento, que había perdido el control; que sabía que estaba mal, que le pidió perdón a sus padres, por los hechos violentos vivenciados, pero que su impulso fue más fuerte que el amor que les tiene.

Durante toda la entrevista, el paciente demuestra respeto y aprecio con la profesional en Trabajo Social. Acuerdan una serie de propuestas pensadas como estrategias de contención y de reinsersión social.

De sus gestos y actitudes se destacan su postura erguida, su serenidad a la hora de pensar en lo que sucedió, y el enojo que le produce recordar lo que ha hecho.

Se muestra dispuesto a retomar sus actividades deportivas en cuanto obtenga el alta. Continúa manifestando su negativa a retomar su concurrencia al centro de día, al que se encontraba asistiendo antes de su reingreso, ya que él no se siente cómodo en las

actividades que allí realizan. Destaca su independencia, sus ganas de trabajar (es maestro mayor de obra), de remodelar su casa y de poder vivir solo.

Se observa que el paciente es una persona autónoma, que se vale por sí misma, responsable y respetuoso cuando se siente seguro, acompañado y sin presiones ni exigencias. Manifiesta constantemente su interés en estar bien, en que sus padres no tengan que pasar nuevamente por esta situación.

Una vez finalizada la entrevista, el paciente se levanta. Saluda cálidamente e ingresa nuevamente al salón de la clínica.

Estrategia de intervención que se desprende de la intervención observada

Luego de la entrevista descripta, la profesional junto con su equipo de trabajo, redefinieron las siguientes estrategias:

Se mantuvieron una serie de entrevistas con los padres del paciente, con quienes se converso acerca de la posibilidad de gestionar un alojamiento independiente de la vivienda familiar. Se destaca en este punto que la familia nuclear está compuesta por madre, padre y 6 hermanos, los cuales 3 de ellos, incluidos el paciente cuentan con certificado de discapacidad y se encuentran en tratamiento psiquiátrico.

Los padres comentan que en el mismo terreno cuentan con un pequeño departamento, el cual si bien en ese momento no estaría en condiciones optimas para que el paciente pueda ingresar, realizarían los arreglos indispensables para que pueda comenzar a vivir allí cuanto antes.

Se propuso dado los conocimientos técnicos y capacidad del paciente que sea el mismo quien diseñe las re-adecuaciones necesarias.

Uno de los miembros de la familia, elegido por el paciente, se comprometió a acompañarlo en la toma de medicación diaria, en un momento determinado del día.

Se le propuso al paciente no volver al centro de día, pero si asumir el compromiso de sostener un tratamiento ambulatorio, el que comprende consulta mensual con médico psiquiatra y tratamiento psicológico, más retomar las actividades deportivas que le gustaban.

Segunda Observación

Lugar: Pensión donde residen personas con Padecimiento Mental, que no cuentan con red de apoyo familiar.

Encuadre: Ingreso a la pensión de un joven de 23 años con Diagnostico de Psicosis, luego de varios de meses esperando una vacante. El joven, cobra su pensión por discapacidad, administra su dinero correctamente y participa de diferentes dispositivos grupales de la Ciudad. Este contexto es el que favoreció la posibilidad de proponer el ingreso en la pensión.

Se acompaña a un joven de 23 años con Diagnóstico de Psicosis, junto a la Trabajadora Social de una institución perteneciente al ámbito judicial, en su ingreso a una pensión convivencial. El joven hasta entonces residía con su madre y su hermano menor de edad (con diagnóstico de retraso madurativo severo), el cual demandaba toda la atención de su madre.

Dados los reiterados episodios de violencia suscitados por la dinámica familiar conflictiva (falta de medicación, ingresos escasos para el grupo familiar, discontinuidad en el tratamiento, etc), se trabajó sobre la importancia que el paciente tuviese su propio espacio.

Descripción de la observación:

Se concurre al domicilio del joven con el objetivo de ayudarlo en su mudanza a la pensión. El mismo había preparado sus elementos personales en tres bolsas de consorcio y en un bolso te tela. Se manifestó ansioso por la nueva experiencia que iba a comenzar a vivir, reconociendo que se sentía preparado para ella.

Al llegar a la pensión fuimos recibidos por la encargada de la misma y su pareja. Nos señalaron la habitación que ocuparía el joven desde ese momento. El joven ocupo su lugar dentro de la misma y se presento con su compañero de cuarto que se encontraba descansando. Nos retiramos de la habitación con el objetivo de que el joven pudiera instalarse cómodamente.

En el comedor de la pensión se encontraban algunos residentes esperando el horario de la comida, permanecimos allí unos minutos hasta que el joven se acerco a saludar a sus compañeros. Nos despidió con amabilidad agradeciendo la posibilidad de poder estar allí. Nos retiramos de la pensión acordando un próximo encuentro.

Estrategia de intervención: Se propone tras la demanda de la madre del paciente, en cuanto a que el mismo pueda retirarse del domicilio, como consecuencia de su propia imposibilidad de poder cuidar de ambos hijos, la necesidad que el joven comenzara a adquirir cierta autonomía en las actividades de la vida diaria.

Se trabajo, a la vez, en forma conjunta con la encargada del Hogar.

Se logro la incorporación a dos Centros de Formación Profesional, en el cual se dictaban cursos de su interés. Se destaca que el paciente cuenta con titulo secundario. Por su propia demanda se gestionó en el IREMI, atención psicológica quincenal. Se lo acompaño en la obtención de su certificado de discapacidad y posterior cobro de pensión no contributiva. Se trabajo sobre la administración del dinero percibido. Una vez avanzados estos puntos se busco en forma conjunta con el paciente un espacio donde poder pernoctar. Por pedido del mismo se busco un hogar convivencial manifestando su negativa a vivir solo.

Tercer Observación

Lugar: Zoom del edificio de la Mutual Sindicato de Trabajadores Municipales de General Pueyrredon

Encuadre: Programa de inclusión socio ocupacional del departamento de Salud Mental, Municipalidad de General Pueyrredón. Actividad grupal semanal que se desarrolla dentro del programa La actividad planteada tenía que ver con un taller de escritura que iba a contar con la participación de personal de la Biblioteca Popular. Dicha actividad fue cancelada a último momento, por lo que las profesionales que llevan adelante el dispositivo reestructuraron la actividad. De esta forma se dividió al grupo en tres, algunos se pusieron a trabajar en la computadora, otros continuaron con su clase de tejido y un tercer grupo, comenzó a preparar unas pesas caseras para la clase de educación física.

Descripción de la observación: Como observadora participante, me encontré colaborando en el grupo de computación. Trabaje junto con una usuaria sobre una actividad en la que debía escribir en Word sus habilidades y capacidades. Juntas pensamos en las mismas y las escribimos en la computadora, usando el teclado y diferentes herramientas de Word, que ya venían trabajando en computación.

Una vez finalizada esta actividad, nos reunimos los tres grupos para compartir un pequeño descanso. Nos sentamos alrededor de una mesa y comenzamos una charla entre todos que finalizó con una reflexión sobre los derechos que todos tenemos y la posibilidad de elegir sobre los que nos gusta hacer y compartir en nuestra vida cotidiana, teniendo en cuenta las habilidades de cada uno. Se concluyo que todos teníamos algo que aportar al

grupo y se comenzaron a pensar diferentes actividades que fuesen coordinadas por quienes querían demostrar alguna habilidad.

Es así que surgió de uno de los jóvenes, realizar una clase de educación física coordinada por él. Nos pusimos todos de pie y comenzamos a seguir sus instrucciones.

Cuando finalizó la actividad nos regalamos un aplauso y nos despedimos. Si bien era la primera vez que me veían en el grupo, yo ya era parte de él. Sin estigmas y sin prejuicios todos fuimos parte de manera igual en ese espacio.

Estrategia de intervención que se desprende de la observación

Si bien el dispositivo del cual participe es una herramienta en si, se pudieron observar algunas estrategias llevadas adelante por la Trabajadora Social durante la intervención.

Ante la modificación de la actividad con la Biblioteca Popular, la Trabajadora Social se hizo cargo de la clase de computación en la que se encontraba uno de los grupos y les propuso trabajar en Word, como venían haciéndolo, pero esta vez iban a escribir un texto sobre habilidades e iban a identificar cuáles eran las que ellos tenían.

Cuando en el momento del recreo y ronda de mates, la conversación que se mantenía entre todos tuvo algunas inquietudes respecto del reconocimiento de los derechos, la trabajadora social junto con la terapista ocupacional, realizaron una reflexión sobre la importancia de saber y conocer nuestros derechos y saber que todos somos personas con habilidades diferentes.

La tercer estrategia fue proponer que cada participante que quisiera compartir su habilidad brindando una clase sobre la misma, estaba invitado a hacerlo. Algunos propusieron clases de pintura, tejido, cocina y gimnasia.

- *Entrevistas en profundidad a Trabajadores Sociales integrantes de Dispositivos de Salud Mental*

Se realizaron un total de 12 entrevistas, en diferentes instituciones de la Ciudad de Mar del Plata.

Los profesionales entrevistados realizan sus intervenciones en diferentes dispositivos de intervención, ambulatorio, grupos terapéuticos, centros de día e internaciones. No todos los profesionales se encuentran en todos los dispositivos, ya que esas tareas se estructuran de acuerdo a la institución en la cual se encuentren trabajando.

De esta forma, se analizan las variables propuestas para la investigación teniendo en cuenta la existencia de dichos dispositivos, pudiendo nombrarlos y destacar las diferentes estrategias que pueden plantearse en cada uno de ellos, respondiendo a los objetivos de los mismos y de la propia intervención profesional.

Instituciones donde se desempeñan los Profesionales entrevistados

❖ *Hospital Privado de la Comunidad (HPC):* El área de salud mental dentro del hospital es un servicio, que se llama "Servicio de Psiquiatría y Salud Mental". Está compuesto por la residencia de psiquiatrías y de psicólogos, más los médicos de planta.

Las Trabajadoras Sociales forman parte de un área de la Institución denominada "Servicio Social", por lo que no forman parte del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, trabajan con el mismo a través de interconsultas o pedidos de intervención desde los profesionales del área.

De esta forma, el área de "Servicio Social" trabaja con todos los pacientes del hospital. Aun así, una de las Trabajadoras Sociales del equipo es quien responde específicamente a las solicitudes del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental

❖ *Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA):* Las trabajadoras sociales entrevistadas forman parte del Servicio de Salud Mental del Hospital. Donde fundamentalmente se trabaja en la construcción de estrategias de externación. Dado que la institución es un Hospital de Agudos, el servicio de Salud Mental es principalmente un servicio de internación.

El área de internación en Salud Mental, se encuentra construida fuera del edificio central *"...Es un edificio se encuentra fuera del Edificio del Hospital que funciona desde del año 1998 y cuenta con pabellones de mujeres y de hombres, anteriormente funcionaba en distintos pisos del hospital".*

En lo que antes era el patio del pabellón de mujeres, funciona actualmente un centro de día *"...Por orden del Ministerio también se creó el centro de día en lo que era el patio de las mujeres…"*

❖ *Unidad Funcional de Defensa Civil N 6 (UFDC N6):* Las Unidades Funcionales de Defensa Civil, son instituciones del Estado que dependen del Ministerio Publico Provincial y que actúan como una herramienta del mismo, para que todas aquellas personas que no cuentan con los recursos económicos para abonar los honorarios de un abogado

particular, puedan acceder a la representación de uno, de forma gratuita. La temática específica de la unidad n 6 es Salud Mental, Amparos y Protección de personas. La Trabajadora Social entrevistada forma parte del equipo técnico, que también cuenta con tres abogadas y una Licenciada de Psicología.

- *Servicio de Salud Mental de la Municipalidad de General Pueyrredón*

Programa de inclusión socio ocupacional departamento de Salud Mental, Municipalidad de General Pueyrredón: El programa tiene como propósito mejorar la calidad de vida de las personas que reciben atención en el Departamento de Salud Mental de la Municipalidad de General Pueyrredón. Con el objetivo de acompañar en el proceso de desarrollo de sus capacidades favoreciendo la participación activa en la comunidad y la autonomía en el entorno social. *"...El trabajo del equipo se orienta a promover capacitaciones y entrenamientos, fomentando los recursos subjetivos internos y externos…"*. Se intenta fortalecer y rescatar las potencialidades de las personas en el vínculo con su medio socio-familiar, para la constitución de la comunidad como sujeto activo de transformación social.

Dispositivo Terapéutico Grupal, Servicio de Salud Mental de la Municipalidad de General Pueyrredón: Consiste en un encuentro mensual, con grupos de no más de cinco o seis personas, donde se trabajan cuestiones que tienen que ver con la vida cotidiana con sus procesos y con lo que los mismos participantes plantean. Es un grupo terapéutico que se complementa con los diferentes espacios en los que los usuarios también participan.

- *AIPE:* Es una ONG que en 1997 se puso en funcionamiento como Centro de Día por convenio firmado entre el Hospital Interzonal Gral. de Agudos Dr. Oscar Alende, Cáritas Diocesana Mar del Plata (fuera de convenio a partir de Junio de 2001). La misma está destinada a personas con padecimientos psíquicos crónicos

De acuerdo a la información de su página oficial "la propuesta surgió ante la carencia de una respuesta integral a las instancias de rehabilitación de un sin número de personas en situación de riesgo social por desventajas en su integración familiar, laboral y social a consecuencia de la cronicidad y dificultades en las condiciones adaptativas en que su situación los había sumido. Los pacientes al superar su descompensación deambulaban por las distintas instalaciones sanitarias en busca de una respuesta ó bien centrando su vida en su rol de enfermos y funcionando como enfermos. Es obvio considerar que el destino final de la mayoría de estas personas estaría signado por una única posibilidad: la internación manicomial"

Trabajan con personas mayores de edad, desde los 18 años en adelante. Actualmente cuentan con un límite de edad que es cerca de los 65 años. Las patologías más trabajadas son psicosis y neurosis pero actualmente se presenta la problemática de la enfermedad dual donde el consumo de sustancias psicoactivas se transforma en un tema de abordaje, siempre que exista una patología de base.

El objetivo fundamental que persigue la Institución es mejorar la calidad de vida de las personas que tienen algún padecimiento mental, propiciando su autonomía personas y desenvolvimiento independiente en su vida cotidiana

- *Clínica Neuropsiquiátrica Clara del Mar:* Es una institución de internación privada. Allí se encuentran alojadas, personas que han tenido un cuadro de descompensación aguda que ha requerido su internación. Reciben internaciones voluntarias, que para ser aceptadas deben ser aprobadas por la evaluación interdisciplinaria. En cuanto a las internaciones involuntarias, siempre intercede el Juzgado de turno, procurando que no se prolonguen en el tiempo y con el objetivo de cumplir con los artículos 20, 21 y 22 respecto de las internaciones involuntarias.

El equipo de profesionales se encuentra conformado por dos Trabajadores Sociales, Tres Psicólogos y Cuatro Psiquiatras, incluyendo entre estos últimos al director de la Clínica.

ANALISIS DE LAS VARIABLES INVESTIGADAS

- *Conocimiento de los Trabajadores Sociales sobre la Ley Nacional de Salud Mental*

Las profesionales entrevistadas trabajan en el marco de la Ley Nacional 26657. Ninguna de ellas la desconoce, una de ellas afirma que *"…la Ley está muy buena, más allá de que haya cosas que aun no se han podido implementar por la realidad institucional y de país en la que hoy nos encontramos. La implementación de la Ley nos permite trabajar desde una práctica en donde la persona es comprendida de otra forma, en donde el sujeto que padece se convierte en persona y su voluntad y pensamiento es tenido en cuenta a la hora de intervenir…".* Otra de ellas al referirse al conocimiento que se tiene dentro de la institución reconoce que *"…Desde el servicio se conoce, a veces jugamos con esta idea de si se adhiere, como si eso pudiera hacerse con una ley que está establecida. Nos parece una ley muy interesante que viene a hablar de cosas que hasta el momento estaban no dichas (definición), de un tratamiento integral, que otras disciplinas se puedan implicar en la problemática, sacarle valor a la decisión única del psiquíatra. Equilibrar la salud y la justicia, algo de eso viene a plantear. Después vemos la práctica…"*

Encuentran dificultades respecto de la implementación efectiva de la misma, dado que aun se carece de recursos institucionales, que garanticen la prevención y con quienes se pueda articular la externación de los pacientes. *"…Actualmente desde el servicio la mayor deuda que tenemos es con los pacientes atravesados por el consumo problemático de sustancias. Desde el Hospital, se ve el consumo problemático como una patología que no le corresponde al hospital, sino que hay otras instituciones que tienen que hacerse cargo de esa patología. A los objetivos del hospital solo les compete la intervención con pacientes que tienen algún padecimiento mental (el consumo no es considerado tal)…" ;"…En cuanto a las personas con diagnostico de psicosis, quizá no se ha podido pensar la internación sin las rejas y algunas cuestiones que tienen relación con el encierro y la vulneración de derechos, se ha intentado pasar el servicio de salud mental dentro del Hospital, pero eso quedo varado y con muchas resistencias tanto dentro como fuera del servicio…"*

Una de las profesionales que trabaja en el ámbito privado afirma que *"…No hay resistencia institucional, el mayor obstáculo es desde los dispositivos ambulatorios, en relación a poder hacer aplicar la ley. Para que un paciente pueda llevar su padecimiento psíquico ambulatoriamente y en comunidad, el primer obstáculo es que no existen dispositivos ambulatorios…"*

Desde el ámbito judicial, la dificultad en la aplicación de la Ley se encuentra en la figura que ocupa el policía en algunas intervenciones *"…Que vaya la policía a llevarte una citación, cuando es de salud, no tiene mucha eficacia a los fines de la intervención, no son delincuentes. Aunque a veces es necesario, no se así está bien. Además de lo que están padeciendo interviene la policía…".*

En cuanto a la absoluta implementación de la Ley dentro de las instituciones, las que presentan mayores resistencias son aquellas cuyo eje de intervención es la internación como único dispositivo*"…En la institución hay varias resistencias en la implementación de la Ley, pero es un marco normativo que no puede desconocerse y por lo tanto, de alguna forma regula las prácticas. Pero el Servicio de Salud Mental, es un servicio que ha tenido y tiene muchas resistencias…"; "…Hoy prevalece el modelo medico hegemónico. En el imaginario de la formación de los psicólogos y psiquiatras, es bajar el síntoma, y no trabajar otras cuestiones que tienen que ver con el afuera. La ley irrumpe con estas cuestiones. Algunos están de acuerdo y otros no, con algunos profesionales uno puede trabajar de una forma y con otros de otra. No hay una dinámica de servicio que apunte para un lado determinado…"; "…La ley plantea que las internaciones tienen que ser como último recurso terapéutico cuando se agotaron otras instancias y no como el primer ofrecimiento que se le da al paciente cuando esta digamos en agudo…"*

Una de las profesionales reflexiona que la antesala, de las dificultades que encuentran en la aplicación de la Ley, radica en que no hay una decisión política para qué se cumpla el artículo 11[10]., Además que no hay el dinero presupuestario para aplicar la ley. *"…Lo que yo veo como prioritario es todo lo que está faltando en el afuera, y sostener un tratamiento en el afuera. Eso se podría lograr si existirían instituciones que sostengan esa externación. Tampoco hay políticas públicas que acompañen a sacar adelante distintos proyectos. Más allá de que esté una ley, también hay que tener los recursos para poder*

[10] ARTICULO 11. — La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

aplicarla, sino nos quedamos solo en lo escrito. Acá no hay recurso humano que alcance para poder recepcionar tanta demanda, no contamos con talleristas o proyectos propios del servicios..."

En cuanto al recibimiento de la Ley desde otras disciplinas, se comparte que hay *"...Mucha resistencia, desde la jefatura y los profesionales. Están de acuerdo con la ley otras especialidades, pero psiquiatría, son pocos los que pueden estar de acuerdo con algún artículo. La mayoría no lo está, porque es como que pierden poder, antes eran los únicos responsables, ahora la ley plantea un trabajo en equipo, pensando en el afuera y no solo en la internación y hoy el tratamiento no es solo tomar la pastilla. Aparecen otras cosas..."*

Finalmente, respecto de la esperanza que encuentran en cuanto al futuro de su intervención en el marco de la Ley, una de las profesionales afirma que *"...La esperanza siempre esta, yo creo que se ha avanzado, hubo como en algún momento retroceso. Esto sucede porque es la dinámica propia de los procesos. Uno va trabajando y se va haciendo. También uno va conociendo las instituciones y vas sabiendo a dónde vas apostando y como son las estrategias que vas planteando. Vas conociendo los diferentes actores y vas pensando diferentes estrategias para las diferentes personas…".*

Por último, dos profesionales del ámbito público reconocen que *"...No estamos tan desesperanzadas de que no se haya hecho nada, faltan algunas cuestiones pero lo que se ha hecho es excelente. Ha servido de marco inigualable para las prácticas, para el cambio en las prácticas. Para la articulación afuera, nivel comunitario. Es en el hospital es donde más se debería ver el cambio de paradigma, pero no ha participado en casi ninguna de las iniciativas. El servicio se mantuvo bastante afuera, pero se ha avanzado muchísimo en la cuestión subjetiva de las personas, y en lo ideológico no se puede volver atrás. No es un momento propicio para avanzar en lo que aun no se ha implementado, es un momento para resistir. No es un momento para resolver todo lo que no se resolvió en estos últimos años, pero hay que resistir y sostener todo lo que se ha lograda. Y proteger lo que se ha conseguido…"*

- *Que considera el Trabajador Social como Enfermedad Mental y el Lugar que ocupa el Diagnóstico de Psicosis en la Intervención*

La enfermedad mental se concibe por las profesionales desde una mirada integral y se la comprende como un padecimiento mental, que acompaña a la persona que la padece a

lo largo de toda su vida, de forma diferente. Por lo que es fundamental poder construir esa noción de padecimiento, en conjunto con el Otro, que es con quien se pueden construir las estrategias de intervención en el tratamiento. *"…Uno entiende por psicosis un padecimiento mental que irrumpe en la vida de la persona y se manifiesta de diferentes maneras, a veces con alucinaciones, otras veces son voces (buenas y malas) Tiene que ver por distintos factores bio, psico sociales, tiene que ver con una influencia de ambiente que se despierte o no la patología, Nadie está exento de la locura, pero hay factores que predeterminan que aparezca o no la enfermedad…"*

Una de las profesionales que interviene en un dispositivo de internación, afirma *"…Yo veo a la enfermedad como un padecimiento psíquico, y lo que se ve mucho cuando entran en agudo, es el sufrimiento. Si bien uno quizá lo ve en otras instancias, cuando existe el agudo, la persona viene con sintomatología que escucha y que realmente padece los síntomas yo lo veo ahí como un sufrimiento…"*

En cuanto al diagnóstico, en todas las respuestas se hizo necesaria la aclaración de a que diagnóstico nos referíamos. *"…Si entendemos por diagnóstico, el diagnóstico psiquiátrico es una cosa. Si entendemos por diagnóstico, un diagnóstico social pienso que sí, que es necesario. Que hay una evaluación social necesaria para intervenir en esta o en cualquier intervención. Pero si en el centro de la escena esta el diagnóstico, llámese psicosis, por mi formación diría que no es esencial…"* La profesional hace referencia a Basaglia, al referirse que es necesario poner la enfermedad entre paréntesis para que aparezca el sujeto de la experiencia. *"…Pienso que eso es un poco lo que pensamos hacer: cuando te tiran un alcohólico, vos le tiras un tipo que sufre, cuando te tiran un esquizofrénico vos le tiras un tipo que esta complicado porque no puede ver a la madre, porque no tiene plata, porque no tiene noción de su cuidado e higiene personal. Pero no soy negadora del diagnostico. Pienso que algo viene a decir, pero si creemos que el diagnostico es todo, me parece que estamos complicadas…"*

Las entrevistadas remarcan que en parte es importante para conocer la sintomatología, como para comprender lo que está pasando la persona. Pero hay otras cosas más allá de la palabra, por lo que es fundamental en la intervención profesional *"…Arbitrar medios para que la persona esté contenida, trabajar con la red, ayudar a construirla o sostenerla…"*

En cuanto a las personas que padecen el diagnóstico, una de las profesionales reconoce que *"…Son los que tienen los lazos sociales más fragmentados, por el cansancio de la familia, por lo que cuesta insertarse en ámbitos no médicos o terapéuticos. A la hora*

de trabajar alternativas terapéuticas o de planificación de intervención social quizá son los más complejos a la hora de poder plantear una buena estrategia comunitaria. Se sostiene de un montón de lados, pero no dejan de circular en ámbitos terapéuticos o ya formales de lo que es salud mental. Uno siempre vuelve a la estrategia terapéutica más ortodoxa…"

Otra profesional afirma que en la institución donde interviene *"…La intervención aparece cuando existe un diagnostico, pero en el servicio social, hay otra mirada que tiene intima relación con la Salud Mental. La institución trabaja cuando el daño ya está instalado, pero tratamos de trabajar desde la prevención y otras propuestas que acompañen la implementación de la Ley…"; "…No nos centramos en el diagnóstico, pero no podemos desconocer que la persona padece, que tiene síntomas…"*

Una profesional que trabaja en un dispositivo ambulatorio afirma que *"…La psicosis es un campo amplio, si hay una diferencia en conocer el diagnóstico porque no es lo mismo trabajar con un paranoico que con un esquizofrénico. En una entrevista con un paranoico, muchas cuestiones de preguntarle sobre distintas cosas uno no las hace, varia en esos puntos en cómo es que uno lleva la entrevista y después la planificación que uno propone como tratamiento…"* Entonces conocer el diagnostico no es equivalente de ponerlo en primer lugar en la intervención, sino que hay que comprender la contextualidad de cada persona *"…Cada paciente tiene derecho a recibir la misma atención, pero no hay una receta, todo depende de la particularidad de cada caso y también de sus propios intereses, de lo que al le guste lo que uno propone para las diferentes actividades en el afuera…"*

Otra de la profesionales del dispositivo ambulatorio, afirma que en su intervención el Diagnóstico de Psicosis *"…Se ocupa como en un quinto lugar, esto de transitar el cuadro más allá del nombre. Primero está la persona. Hay personas que han tenido un episodio psicótico en su vida, y le han puesto el rotulo de psicótico, pero cuando empezás a trabajar con ellos, te das cuenta que muy lejos están de pensar, vivir y sentirse como un psicótico. Cuando estableces el vínculo de trabajo con el usuario uno se puede poner de acuerdo, es un compromiso con el otro…"* Por lo que su intervención se centra en *"…Que ellos tomen el protagonismo de su tratamiento, que supervisen la toma de la medicación, que se acuerden de venir a la consulta, más allá del diagnóstico. Siempre teniendo que algunos van a poder y que algunos no…".*

"…La Salud Mental es una construcción social, el diagnóstico es algo establecido por un grupo de médicos. Hay que desmitificar y deconstruir la patologización de la enfermedad o la sintomatología. Hay muchos mitos, de que cierta farmacología o cierto

*diagnóstico tiene como menos nivel académico de las personas, y acá te encontrás con todo lo contrario…"*Afirma una de las profesionales que trabaja desde lo socio laboral con los pacientes y reconoce y a la vez reflexiona *"Desde donde me posiciono yo para decir que esto es normal o anormal, desde donde me posiciono yo para decir que esto hace a la Salud Mental, estamos acá para reducir el estigma, para reivindicar los Derechos Humanos. Uno se cuestiona desde nuestro rol, ¿realmente democratizamos los espacios?*

- *Implementación del Trabajo Interdisciplinario*

Respecto de la presente variable, aparecen en las diferentes entrevistas, diversidad de respuestas. Las profesionales reconocen que su objetivo es el Trabajo Interdisciplinario, y que es el único camino para lograr una intervención con mejores resultados. Pero aun así encuentran resistencias y dificultad para poner en práctica la estrategia de la interdisciplina.

Otra de las profesionales reconoce que si bien se encuentra bien posicionado el lugar del Trabajador Social en la institución, no han logrado consolidar el trabajo interdisciplinario por la propia dinámica de trabajo, ya que no cuentan con un solo equipo de trabajo, sino que se constituyen de acuerdo a cada paciente. *"…Es una conjunción de factores lo que hizo que las Trabajadoras Sociales dentro del equipo se encuentren bien posicionadas, pero no porque existiera un proyecto o una mirada diferente desde el equipo sino porque coexistieron estos factores. No hay un equipo fijo, son todos mini equipos. Los equipos se arman en función del paciente. Se arman mini equipos todo el tiempo, es difícil consolidar el trabajo. No se da el trabajo e el tiempo, ni objetivos en común. Se dan momentos, pero no puedo hablar de trabajo interdisciplinario puro…."*

En cuanto al trabajo puntual, una de las profesionales afirma que *"…Hablamos todos los casos todos. Siempre charlamos, nos posicionamos desde lo teórico, lo disciplinar y la especificidad y aportamos nuestro granito de arena para la estrategia de abordaje. Totalmente yo creo que se trabaja de manera interdisciplinaria…"* La profesional plantea el trabajo con sus compañeros como una supervisión constante ya que entre ellos construyen el por qué de cada intervención. Así mismo reconoce que *"…El trabajar en equipo es difícil, desde nuestra carrera desde primer año trabajamos en equipo, pero las otras disciplinas no. Desde la formación no hay trabajo en equipo en otras disciplinas, como el que tenemos nosotros…"*

Es importante destacar que en la mayoría de las entrevistas realizadas, las profesionales afirman que su práctica fue construida por ellas, y que fue gracias a sus

prácticas que hoy se encuentran posicionadas y reconocidas dentro de cada institución. *"... Nuestra intervención es pilar en un montón de cosas, nunca dejo de tener el servicio de Salud Mental, una trabajadora social. Es fundamental para poder organizar el afuera del paciente, con actividades que favorezcan el tratamiento, las redes que uno pueda armar con otras instituciones. Tiene que ver con un montón de áreas que uno con un saber puede dar cuenta. No se concibe el servicio sin una Trabajadora Social. Uno no se queda solo con la gestion, hacer un trámite, eso es lo más tranquilo. Involucrarse con el grupo familiar, educar al paciente como protagonista de su propio tratamiento, que estaría buenísimo trabajarlo con ayuda de otros profesionales pero eso no pasa…"*

Ocurre un caso diferente en cuanto al equipo de trabajo en una de las instituciones entrevistadas. Allí el equipo de trabajo en Salud Mental está constituido solo del área médica. El Trabajo Social forma parte de un servicio específico y al cual derivan las intervenciones que los profesionales de cada servicio consideran. Las trabajadoras sociales intervienen desde su lugar, opinan y proponen, pero no hay un trabajo en equipo con las otras disciplinas. Si hay acuerdos, pero no intervención conjunta. *"...Damos nuestra opinión profesional y la posición que tenemos respecto como hay que intervenir, como no es en equipo, no es que nos reunimos y llegamos a una postura sobre lo que hay que hacer, se trata de llegar a un acuerdo. Hay una fragmentación tal y disposición de pensar la salud mental de un servicio de psiquiatría, que delimita un poco las intervenciones, pero el servicio tiene autonomía en plantear estos soportes e intervenciones. Pienso que en eso se va ganando porque hay derivaciones son generalmente cuando hay una falta en la red de apoyo…"*

Se evidencia que en las instituciones de internación, llevar adelante un trabajo interdisciplinario parece más difícil por las resistencias que se manifiestan en la intervención. Esto no es tan notorio en los dispositivos ambulatorios, donde los equipos son conformados con un objetivo específico de intervención que le da origen al dispositivo. *"...Nos dimos cuenta que se podía trabajar contando únicamente con el equipo. Muchas veces no estamos de acuerdo, pero la verdad que trabajamos muy bien el equipo junto. Nosotras nos presentamos con nombre y apellido, y cuando la persona entrevistada se va dice, 'pero ¿quién es la psiquiatra, la Trabajadora Social y la Psicóloga?' Porque la dinámica del equipo hace que nos podamos plantar así. Hay buena voluntad de todos los integrantes, y eso hace que sea más liviano. Es la primera vez en la historia de trabajo de intervención que no la remo sola, y no es poco…"; "…Yo creo que es la única estrategia, sino terminas en un consultorio donde recibís derivaciones, que no quedan muy claras para*

que. Cuando vos trabajas en un equipo, no solo intervenís desde el equipo, sino que evalúas desde el equipo y te planteas y replanteas la intervención…"

Finalmente otra de las profesionales del ámbito ambulatorio afirma *"…Yo no encuentro otra forma de trabajar que no sea trabajando con el otro, la verdad que si no es una mirada sesgada. En este campo tan complejo, yo necesito la mirada del psicólogo, del psiquiatra y del terapista. Cuesta mucho la mirada inclusiva, la inclusión es una filosofía de vida y eso lo encontré en mi equipo. Desde este lugar podemos poner un límite, desarrollar sus potencialidades. Este programa nos permite una horizontalidad de poder, porque tratamos de empoderar al otro desde esta condición de ser humano…"*

- *Lugar que ocupa la escucha y el relato en la intervención del Trabajador Social con el paciente*

La escucha y el relato de los pacientes es manifestado por todas las profesionales como el puntapié inicial para proponer estrategias de intervención donde prime la autonomía y voluntad de la persona. *"El relato es fundamental, a partir del relato vos armas tu accionar y supongamos que estamos con un paciente que tiene alucinaciones o algún delirio, es fundamental, ya sabemos, ni contradecirlo ni modificar su delirio, al contrario porque eso que está viviendo es su verdad. Es lo que el otro siente, lo que el otro padece, a partir de ahí vos trabajas. Entonces intervenís pero no saliendo de ese delirio, sino que intentas casi meterte en el delirio con el"*

La escucha entendida desde la comprensión de la realidad del Otro, *"Porque si vos vas a ver al otro como que el otro tiene una realidad y tu realidad es la posición correcha, bueno arrancamos mal. Estamos como se veía hace muchos años atrás. Acá nadie tiene la visión correcta de nada, simplemente pensamos que si que necesita un apoyo, una supervisión, una ayuda, pero siempre viendo la situación y tratando de no salirnos de esa situación".* Es la realidad de la persona la que lo va a acompañar cada, *"Porque además hoy tiene ese contexto y esa situación el concurrente, mañana cuando se vaya de acá va a seguir teniendo obviamente eso, entonces tampoco le vamos a vender una irrealidad que va a ser momentánea de unos años. Entonces tratamos siempre de basarnos en la situación que tiene, aun dentro de su delirio y dentro de sus vivencias, porque eso es lo que padecen y esa es su realidad"*

Desde la escucha del Otro se puede construir, el relato de quien padece es la manifestación de aquello que le sucede, de su sufrimiento. Poder construir con el Otro la

intervención desde su realidad abre las puertas al trabajador social y demás profesionales, a no sesgar la mirada, o no negar la existencia del Otro, a volverlo protagonista y participe las estrategias que se construyan.

- *Tareas realizadas por los Trabajadores Sociales en la intervención*

En general, las tareas realizadas por los profesionales entrevistados se nuclean en el trabajo con la familia y con la persona que se encuentra transitando en la institución. Las entrevistas de admisión o primer entrevista, son llevadas adelante por el Trabajador Social, acompañado de otro profesional del equipo.

En los dispositivos de internación, la función principal del Trabajador Social, es plantear con la persona con Diagnóstico de Psicosis y su familia o red de apoyo, las estrategias de la externación. Entendiendo por la misma un proceso que se construye desde la internación, no como una expulsión de la institución, sino como un momento más del tratamiento. *"En base a la problemática se ve que dispositivo se trabaja para el alta. Dispositivo de acompañamiento. Evaluación de la red de apoyo. El objetivo está enfocado en la posibilidad de generar una externación asistida. Se visita a la familia, se trabaja con el paciente. Trabajo bastante con la historia de vida familiar, como está compuesta la red para poder trabajar"*

Una de las Trabajadoras Sociales, perteneciente a un Hospital de Agudos Privado reflexiona que *"Casi todas nuestras intervenciones son de salud mental, sobre todo con personas adultas mayores. Si bien hay un área específica de salud mental que se llama "Psiquiatría y Salud Mental". Si entendemos la salud mental como la entendemos, casi toda nuestra intervención en clínica es de salud mental"*

Otra profesional, de una institución de internación afirma que la práctica del Trabajo Social fue construida por las mismas profesionales, y fue gracias a sus prácticas que hoy se encuentran donde están. *"...Lo hemos construido nosotras y hemos tenido mucha recepción, pero por factores como la cuestión generacional, por la afinidad con la residencia, por la sanción de la ley que da un marco normativo y por la trayectoria y formación que tuvieron las demás profesionales en este último tiempo. Es una conjunción de factores lo que hizo que las Trabajadoras Sociales dentro del equipo se encuentren bien posicionadas, pero no porque existiera un proyecto o una mirada diferente desde el equipo sino porque coexistieron estos factores…"*

En cuanto a las estrategias de intervención, las profesionales afirman que muchos de los pacientes con los que trabajan *"…Vienen con muchos años de patología, con los lazos bastante rotos, no tenemos el paciente tradicional que viene con toda la familia. Los vínculos son bastante complicados. La red que se establece es la que el paciente pone en primer instancia, si no hay se busca en la comunidad, en el trabajo, la escuela, familia más extendida, algún profesional de alguna institución que haya transitado. A Veces no hay, pero se trabaja con lo que hay y con lo que no hay. La familia es quien el paciente considera como familia…"*

En este sentido una de las profesionales, plantea la idea de Protorecursos, tomar aquello con lo que contamos y a partir de ahí pensar nuevos recursos *"…El trabajador social es creativo, ¿desde donde creo?, desde la nada. Entonces partir de ahí, la familia siempre es la que tiene el recurso. Son ellos los que se quedan con la persona que padece, si no les das las herramientas o sacas adelante con sus propias estrategias, no funciona la intervención…"*

De esta forma, las profesionales acuerdan que la premisa principal de la intervención en la internación es que *"…la persona pueda articular su tratamiento si o si en la comunidad, que dependa lo menos posible del hospital y evitar la internación o re-internación. El máximo esfuerzo es articular con instituciones en la comunidad, referentes y red que haya y sobretodo trabajar con la persona misma. La apropiación de la persona de ese diagnostico, que entiende, que le explicaron, como lo afronto, que hizo con ese diagnostico y como ha sido su tránsito por las instituciones…".* El paciente nunca debe dejar de ser protagonista de la intervención.

Por otro lado, en cuanto a los dispositivos ambulatorios, las tareas principales que lleva adelante el Trabajador Social, se centran en el fortalecimiento de la red de apoyo y la adherencia al tratamiento. Una de las profesionales afirma que *"…En hospital de día, se trabaja los hábitos cotidianos más básicos. Se trabaja con personas que han estado internadas más tiempo. Hábitos domésticos, manejo de dinero, instituciones básicas del barrio. Que puedan sostener horarios. Se trabajan cuestiones más elementales para poder sostener la autonomía, hay personas que son totalmente dependientes de otras, cuando se cumples esos objetivos ya se empieza a pensar en derivarlas…"*

- *Entrevistas realizadas a personas con Diagnóstico de Psicosis que concurren a las instituciones entrevistadas*

Se realizaron tres entrevistas a personas con Diagnóstico de Psicosis que concurren a AIPE. Las mismas accedieron a mantener una entrevista en la que compartirían, qué importancia tiene para ellos el trabajo de los profesionales en Trabajo Social, en que tareas los han ayudado durante su participación en la institución y que conocimiento tienen de la Ley Nacional de Salud Mental.

Las entrevistas tuvieron una duración de entre diez y quince minutos. No fueron grabadas en ninguna ocasión pero se consulto sobre la posibilidad de tomar nota.

Los pacientes compartieron que desde los profesionales existe la posibilidad de contar con ellos en todo momento, que a veces se encuentran reunidos con los demás profesionales pero que siempre se encuentran dispuestos a escucharlos a ayudarlos. Todos remarcaron que esta apertura y disponibilidad la encuentran en los demás profesionales de la institución. *"…A veces están reunidos, pero yo veo que muchos abren la puerta y entran, y nadie los echa, los escuchan y ayudan…"*

A la hora de identificar las tareas realizadas por las profesionales en Trabajo Social, remarcaron el acompañamiento de las mismas en la realización de los tramites que les permitieron obtener el acceso a diferentes recursos y derechos, por ejemplo el Certificado Único de Discapacidad, la tarjeta Sube, la Pensión por Discapacidad, el acompañamiento en alguna mudanza de domicilio. *"…Me ayudaron a conseguir mi certificado, mi casa antes no se podía entrar, ahora yo ventilo todos los días y ahora si van a mi casa, van a poder estar un rato ahí…"*

En cuanto a la Ley de Salud Mental, reconocen los Derechos que la misma garantiza, la posibilidad de participar de espacios que no sean de internación y reconocerla como último recurso terapéutico. *"…Trabajamos en el taller con la Trabajadora Social, ahí hablamos de nuestros derechos, de lo que nos corresponde, y que todos somos iguales…"*

VII. Descripción de las estrategias de Intervención de los Profesionales en Trabajo Social en el trabajo con personas con Diagnostico de Psicosis

Luego de lo expuesto y desarrollado hasta ahora, podemos comprender que desde el Trabajo Social existen diferentes estrategias de intervención, pensadas desde el construir con el Otro. Esta construcción no es individual, sino puramente colectiva. Se destacan en las entrevistas realizadas, que sin el apoyo de otras profesiones, redes y vínculos de la persona, no se podrían llevar adelante las propuestas de intervención, desde un enfoque de autonomía de la persona.

Podemos describir aquellas tareas y estrategias utilizadas por los Trabajadores Sociales en Salud Mental, pero nunca desconocer que solo son posibles si existe voluntad, participación y cooperación tanto de la institución, el paciente, su red de apoyo y los demás profesionales en Salud.

Aun así, a los fines de mi investigación es necesario rescatar aquellas estrategias propuestas y realizadas en las diferentes instituciones por los Trabajadores Sociales. Dentro de ellas se destacan:

En las instituciones de internación la tarea principal del equipo interdisciplinario, del cual forma parte el Trabajador Social, es la de pensar y elaborar estrategias de externación de la persona con las redes de apoyo necesarias para evitar sufrir una nueva internación. Dentro de ese objetivo, se llevan adelante diferentes tareas que conforman la estrategia de intervención:

1. Entrevistas de admisión a la institución: las profesionales afirman que siempre que tienen una primer entrevista, la misma se realiza con otro profesional del equipo. Procurando no sesgar la mirada desde un solo lugar y poder poner en práctica desde el inicio, la estrategia interdisciplinaria

2. Entrevista con el paciente y los familiares o red de apoyo: Hay profesionales que realizan entrevistas en domicilio, siempre acompañadas por otro profesional del equipo. Y hay profesionales que las entrevistas las eligen realizar en sede por la poca disponibilidad horaria con la que cuentan. En todos los casos se visita o convoca a la familia o red de apoyo, y se trabaja con el paciente, teniendo en cuenta su voluntad y autonomía. De esta forma se trabaja fundamentalmente con historia de vida familiar y como está compuesta la red de la persona para poder trabajar, y en caso de no existir red, poder construirla

3. Construcción de la red de apoyo del paciente: En muchos casos, los pacientes no cuentan con red de apoyo, ya sea por el mismo desgaste que produce el padecimiento o por cuestiones de aislamiento o soledad que han atravesado los pacientes durante años. Es un desafío en la intervención el poder pensar junto con la Persona y demás profesionales en la construcción de la red de apoyo, que será el sostén en la externación de la persona. Cuando hablamos de red de apoyo se hace referencia también a la figura del acompañante terapéutico, que los profesionales han mencionado como fundamental en la intervención en Salud Mental.

4. Tareas de Gestion y tramites relacionados con mejorar la calidad de vida del paciente fuera de la institución: Dentro de las estrategias de intervención del Trabajador Social, se encuentran las tareas de gestion de recursos. Ya que esta tarea de gestion también tiene que ver con un reconocimiento de los Derechos, ya sea sacando turno para tramitar una pensión, para ingresar en algún dispositivo de externación (centro de día, grupo terapéutico), o diferentes tramites que ayudan y acompañan el tratamiento del paciente.

En los centros de día, dispositivos ambulatorios y grupos terapéuticos el objetivo principal del equipo interdisciplinario es la adherencia al tratamiento y la continuidad del paciente fuera de la internación, construyendo con el hábitos cotidianos y de cuidado personal que ayudan a transitar una mejor calidad de vida. Dentro de las tareas que forman parte de las estrategias de intervención para cumplir dicho objetivo, se encuentran las siguientes:

1. Entrevistas de admisión al grupo y entrevistas de seguimiento: dichas entrevistas tienen como objetivo conocer no solo la situación clínica de la persona, sino fundamentalmente su situación social y personal. Sus gustos y aspiraciones, aquello que espera de los profesionales y del dispositivo

2. Preparación de las actividades grupales: desde el Trabajo Social se busca articular los dispositivos grupales con diferentes instituciones de la Ciudad. Se pretende que el grupo sea considerado parte de la comunidad y para ello se tejen las redes con otras instituciones, como por ejemplo la Oficina de Derechos Humanos, la Biblioteca Pública, desayunadores del barrio donde se lleva adelante cada dispositivo y demás instituciones que no forman parte del Área específica de Salud Mental

3. Coordinación del Programa: Desde el Trabajo Social se llevan adelante las propuestas de planificación y coordinación de cada Programa Ambulatorio, siempre en

conjunto con las demás profesiones que participan de cada dispositivo. La intervención en coordinación y construcción de cada programa, nunca es de manera individual.

4. Entrevistas con las familias y red de Apoyo: al igual que en la internación, el trabajador social es uno de los nexos entre la institución y el contexto de la persona. Poder referenciarse con ellos y acompañarlos es una estrategia de intervención sumamente importante tanto en la adherencia al tratamiento como en la construcción de hábitos cotidianos de cuidado personal.

5. Realización de trámites y gestiones que garanticen el bienestar del paciente: Al igual que en la internación, muchos pacientes que concurren por primera vez a una institución de Salud Mental, no cuentan con diferentes recursos y Derechos reconocidos, por ejemplo el Certificado Único de Discapacidad o el DNI. Dentro de las estrategias de intervención del Trabajo Social, se encuentra la gestion y asesoramiento sobre la obtención e importancia de contar con estos recursos

CONCLUSIONES

Luego del camino recorrido hasta este apartado de mi investigación, de la bibliografía utilizada, los recursos metodológicos implementados y de la predisposición de los profesionales entrevistados en participar de la presente Tesis de Grado, me parece oportuno citar una frase de una de las profesionales entrevistada *"...La 'Psicosis', esta cuestión de estar desconectado de la realidad, ¿desde qué lugar decís eso, por qué? No vamos cuestionando nuestro hacer, es esta cuestión mecánica. Nos define el hacer, podes ser una profesional que tenga muy buena oratoria, muy buenos informes, pero lo que define tu trabajo es tu accionar cotidiano. Muchos nos olvidamos de cuestionar nuestra profesión y de repensarla. 'La cabeza y el corazón sienten donde los pies pisa', desde ahí nos tenemos que cuestionar el rol, desde el lugar en el que estamos pisando…"*

Las entrevistas realizadas a los profesionales no solo fueron un gran aporte para rescatar las estrategias de intervención con las que contamos como profesionales en Trabajo Social, sino también me invitaron a pensar y repensar nuestra práctica. A pensar-me y pensar-nos en un hacer profesional que tenga en cuenta al Otro. Que lo comprenda, lo respete y valore como a uno mismo.

Rescatar las estrategias de intervención del Trabajo Social en Salud Mental, no implica realizar un manual de intervención, sino poder pensar en un Hacer Profesional que se re-cree continuamente. Las profesionales entrevistadas, no han seguido un modelo de intervención, han construido sus estrategias con el apoyo de diferentes profesiones y sectores de la Salud Mental que les han permitido pensar en estrategias donde la autonomía y voluntad de la persona ocupe un lugar protagonista.

La Ley Nacional de Salud Mental 26657 es el marco normativo que propicia tales intervenciones. Si bien todas las profesionales coinciden en el hecho de que después de ocho años desde la sanción, aun queda mucho camino por recorrer. No son menos importantes los avances logrados hasta ahora. Aun así es fundamental seguir trabajando desde la Salud Mental, por la construcción de políticas que acompañen el texto de la Ley.

El Trabajo Social es una profesión que hoy en día crece en actividad y reconocimiento en el área de Salud Mental. Las profesionales entrevistadas son valoradas y su intervención es fundamental en la implementación de la Ley Nacional 26657.

Podemos reconocer en nuestras raíces el asistencialismo, y que aun hoy continúan las luchas por reivindicar el Trabajo Social por sobre la Asistencia Social. El camino se sigue viendo largo hasta la meta. Pero en el mientras tanto, encontramos en el relato de las

profesionales la certeza de que se está andando, construyendo y trabajando en Defensa y reconocimiento de los Derechos Humanos. En un acompañar, construir y trabajar diario que se lleva adelante entre todos. Porque la reivindicación de los Derechos se consigue con el trabajo interdisciplinario y en equipo.

De las estrategias rescatadas en la presente investigación, se pone en evidencia que sin la construcción de un vínculo con el Otro, nada podría suceder. Sin comprender que el profesional también es un sujeto de derechos que padece, la intervención sería asimétrica. No se desconoce que existe un saber específico profesional que permite acompañar a la persona en construir y pensar una mejor calidad de vida posible, en reivindicar y defender sus derechos. Pero también existe un saber cotidiano y personal del Otro, y que sin ese saber tampoco nada seriamos.

Hoy es posible pensar en estrategias de intervención con pacientes con Diagnostico de Psicosis donde la voluntad, autonomía y respeto de los derechos de las personas, ocupan el lugar protagónico. No es solo contar con un texto legal que nos lo diga, sino poder llevar adelante nuestras prácticas de manera tal que quienes solicitan nuestra intervención, puedan construir las estrategias junto a nosotros.

Agradezco la predisposición y aporte de los profesionales que ofrecieron de su tiempo para responder a mis preguntas y que trabajan día a día pensando, proponiendo y reflexionando sobre estrategias de intervención profesional en Trabajo Social, con personas con diagnóstico de Psicosis, donde prima la voluntad y autonomía de la persona.

A ocho años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, encuentro en la práctica la intensión y aplicación de los principios de la Ley. Pero no desconozco que aún queda mucho por hacer desde la profesión, desde el trabajo interdisciplinario pero principalmente desde la decisión política, de implementar correctamente la Ley.

BIBLIOGRAFIA

1. Amarante, P (2007). *Superar el Manicomio. Salud Mental y atención psicosocial*. Buenos Aires, Argentina: Topia Editorial.
2. Amico, L (2005) La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención. CABA, Argentina: Editorial Espacio.
3. Basaglia, F (2008) La condena de ser loco y pobre. La alternativa al manicomio. Buenos Aires, Argentina: Topia Editorial.
4. Basaglia, F (1976) La institución negada. Argentina: Ediciones Corregidor S.A
5. Becerra, R; Kennel, B (2008) Elementos básicos para el Trabajo Social en Salud Mental. Buenos Aires, Argentina: Editorial Espacio.
6. Berman, S (1983). Fundamentos para una práctica transformadora en el campo de la Salud Mental en Revista Salud y Sociedad (N 4) Córdoba, Argentina.
7. Canguilhem, G (2005). Lo normal y lo patológico. Mexica: Siglo XXI Editores.
8. Carballeda, A. (2012) La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. En Revista Argentina de Psiquiatría. Salud Mental la polisemia de un concepto. Volumen XXIII (N 101). Recuperado de http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex101.pdf.
9. Carballeda, A (2012). La intervención en lo social como proceso. Buenos Aires, Argentina: Editorial Espacio.
10. Carballeda, A. (2008) Escuchar las prácticas. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
11. Carballeda, A. J. M. (2010). La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud. Subsecretaria de atención a las adicciones. Ministerio de Desarrollo social de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de www.hospitalalvear.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/carballeda.pdf (4/9/2017).
12. Carballeda, A. J. M. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen XXIII (N 101), 38-45. Recuperado de http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex101.pdf.
13. Carballeda, A (2012) Lo social y la Salud Mental. Algunas cuestiones preliminares. *Revista Margen (N 36)* 1-13. Recuperado de https://www.margen.org/suscri/numero65.html.
14. Carpintero, E (2011) *La Subjetividad asediada.* Buenos aires, Argentina:Topia

15. Cataldo y Hermosilla (2012). Ley de Salud Mental 26657. Antecedentes y perspectivas, en *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*.

16. Choen, H. Natella, G (2013). La Desmanicomializacion: crónica de la reforma de salud mental en Rio Negro. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

17. Custo, E (2008) Salud Mental y Ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social. Buenos Aires, Argentina: Editorial Espacio.

18. (1995) DSM IV Breviario. Criterios Diagnósticos. MASON S.A.

19. Frankel, D (2012) Medicalización. En Diplomatura Políticas de Salud Mental y Derechos Humanos. Facultad de Derecho Universidad Nacional de Mar del Plata.

20. Foucault, M (2007) El poder psiquiátrico. En Fondo de cultura Económica. Clase del 21 de noviembre de 1973.

21. Foucault, M (1992). Historia de la locura en la Época Clásica. Buenos Aires, Argentina: FCE.

22. Galende, E; Kraut, A. (2006) El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos. Buenos Aires, Argentina: Editorial Lugar.

23. Galende, E. (1983) La crisis del modelo medico en psiquiatría. En Cuadernos Médicos Sociales (N 23). P 1-7.

24. Galende, E (2008). Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser. Buenos Aires, Argentina: Editorial Lugar.

25. Galende, E (1998). La salud y la Salud Mental. Concepciones y paradigmas. Su historicidad. Perspectivas clásicas y alternativas en Salud Mental. Maestría en Salud Mental, Facultad de Trabajo Social, UNER Paraná, Argentina.

26. Galende, E (1994). Psicoanálisis y Salud Mental: para una crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires, Argentina: Paidos.

27. Garces Trullenque, E. (2010) El Trabajo Social en Salud Mental. Hospital Clínico Universitario. Revista Cuadernos del Trabajo Social. (N 23) p. 333-352).

28. Gill Martorell, M. (2010) Trabajo Social y atención temprana en Psicosis, una propuesta de intervención Madrid, España: Centro de Salud Mental de Colmenar Viejo.

29. Gutiérrez, A (1995) Pierre Bourdieu. Las prácticas sociales. Misiones, Argentina: Editorial Universitaria.

30. Ianantouini Carola (2012), Trabajo Social y la intervención en salud mental: practicas de reproducción y/o practicas de transformación. Una mirada epistemológica. Mar del Plata, Argentina: Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.

31. Larraza, R; Marcos, M.(2012) Psicosis, el encuentro con la salida ¿Es hacer lazo? Revista Borromeo,(N 3) p 397-407.

32. Ley Nacional de Salud Mental 26657 (2010) “Derecho a la Protección de la Salud Mental”.

33. Ley 2440 (1991) “De Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental”.

34. Mallardi, M (2014) La intervención en Trabajo Social: Mediaciones entre las estrategias y elementos táctico-operativos en el ejercicio profesional. En Mallardi, M. Procesos de intervención del Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico. Buenos Aires, Argentina: Colegio Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. (p. 57-134).

35. Mendoza, M (2004) Las relaciones entre trabajo social y salud mental: un recorrido histórico. En XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. La cuestión social y la formación profesional en Trabajo Social en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana. San José, Costa Rica.

36. Naciones Unidas (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recuperado de www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf.

37. Oramas Viera, A; Santana Lopez, S; Vergara Barrenechea, A (2006). El bienestar psicologico un indicador positivo en salud mental. Revista Cubana de Salud y Trabajo. p. 34-39.

38. OPS/OMS Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos (Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental) Ginebra 2003. Recuperado de www.who.int/topics/human_rigths/Legislacion_salud_mental_DH.pdf.

39. OPS/OMS. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Documento CD49. Washington, D.C, 2009. Recuperado de www.new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf.

40. Pastor Martin, J y Ovejero Bernal, A (2009) Historia de la Locura en la época clásica y movimiento psiquiátrico. Revista de Historia de la Psicologia. Vol 30 numero 2-3. Paginas 293-299.

41. Pellegrini, J.L. (2005) Cuando el manicomio ya no está. San Luis, Argentina: Fundación Gerónimo.

42. Rozas Pagazza, M; Alayon, N (2007) “Acerca del quehacer profesional del trabajo social”. En Rozas Pagazza, M (Ed) La profesionalización en Trabajo Social. (pp.9-16) La Plata, Argentina: Espacio Editorial.

43. Rozas Pagazza, M. (2001) La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del Trabajo Social. Buenos Aires, Argentina: Editorial Espacio.

44. Rozas Pagazza, M; Guerra, Y (2007) “El proyecto profesional critico: estrategia de enfrentamiento de las condiciones contemporáneas de la práctica profesional”. En Rozas Pagazza, M (Ed) La profesionalización en Trabajo Social. (pp. 253-272) La Plata, Argentina: Espacio Editorial

45. Rozas Pagazza, M; Travi, B. (2007) El proceso de profesionalización del Trabajo Social y la dimensión ético-política. Viejas conceptualizaciones, nuevas miradas. (p. 51-64) En Rozas Pagazza, M (ed) La profesionalización en Trabajo Social. La Plata, Argentina: Espacio Editorial.

46. Savater, F (1991) Ética para Amador. Barcelona. Editorial Ariel

47. Siurana, S (2013) Trabajo Social, Rehabilitacion Psicosocial y, por supuesto, Terapia Familiar.

48. Stolkiner, A. (2001). Subjetividades de época y prácticas en salud mental. Actualidad Psicológica.

49. Stolkiner, A. (2003). Nuevos enfoques en Salud Mental. Presentado en el 14 Congreso de arquitectura e ingeniería hospitalaria.

50. Stolkiner, A (2012) “Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas” en Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXIII (N 101). Recuperado de http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex101.pdf.

51. Travi, B (2006) La dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social. Reflexiones y propuestas acerca de la entrevista, la observación, el registro y el informe social. CABA, Argentina: Editorial (p. 27-42).

52. Zuberman, J. (2016 “Lo que la práctica del psicoanálisis nos enseña”. Buenos Aires, Argentina: Editorial Letra Viva.

ANEXOS

I. Ley Nacional de Salud Mental

Ley 26.657

Derecho a la Protección de la Salud Mental.

Disposiciones complementarias. Derógase la Ley Nº 22.914.

Sancionada: Noviembre 25 de 2010

Promulgada: Diciembre 2 de 2010

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Capítulo I

Derechos y garantías

ARTICULO 1° — La presente ley 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, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTICULO 2° — Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

Capítulo II

Definición

ARTICULO 3° — En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;

b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona;

c) Elección o identidad sexual;

d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

ARTICULO 4° — Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

ARTICULO 5° — La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

Capítulo III

Ambito de aplicación

ARTICULO 6° — Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

Capítulo IV

Derechos de las personas con padecimiento mental

ARTICULO 7° — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;

b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;

c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;

d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;

e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;

f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;

g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;

h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;

i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;

j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;

k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;

l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;

m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;

n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;

o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;

p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

Capítulo V

Modalidad de abordaje

ARTICULO 8° — Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ARTICULO 9° — El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

ARTICULO 10. — Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.
Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

ARTICULO 11. — La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos

familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

ARTICULO 12. — La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

Capítulo VI
Del equipo interdisciplinario

ARTICULO 13. — Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

Capítulo VII
Internaciones

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

ARTICULO 15. — La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

ARTICULO 16. — Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra;

b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar;

c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

ARTICULO 17. — En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTICULO 18. — La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez.

El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.

ARTICULO 19. — El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

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

a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;

c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

ARTICULO 21. — La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe:

a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;

b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;

c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

ARTICULO 22. — La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

ARTICULO 23. — El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

ARTICULO 24. — Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva

evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

ARTICULO 25. — Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTICULO 26. — En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

ARTICULO 27. — Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

ARTICULO 28. — Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

ARTICULO 29. — A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías

debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional.

Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.

Capítulo VIII
Derivaciones

ARTICULO 30. — Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Organo de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

Capítulo IX
Autoridad de Aplicación

ARTICULO 31. — El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

ARTICULO 32. — En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 33. — La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

ARTICULO 34. — La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

ARTICULO 35. — Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

ARTICULO 36. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 37. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las

obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

Capítulo X
Organo de Revisión

ARTICULO 38. — Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Organo de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

ARTICULO 39. — El Organo de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

ARTICULO 40. — Son funciones del Organo de Revisión:

a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos;

b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado;

c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez;

d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley;

e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes;

f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares;

g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades;

h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación;

i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;

j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;

k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;

l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

Capítulo XI

Convenios de cooperación con las provincias

ARTICULO 41. — El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:

a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;

b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;

c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

Capítulo XII

Disposiciones complementarias

ARTICULO 42. — Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil:

Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

ARTICULO 43. — Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

ARTICULO 44. — Derógase la Ley 22.914.

ARTICULO 45**.** — La presente ley es de orden público.

ARTICULO 46. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTICINCO DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.

— REGISTRADA BAJO EL Nº 26.657 —

JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

II. Modelos de Entrevistas a Trabajadores Sociales que trabajan en instituciones de salud mental de la Ciudad de Mar del Plata

Institución:

Incumbencias de la institución:

Cargo que ocupa el entrevistado:

Tareas que desempeña:

1. ¿Conoce la Ley Nacional de Salud Mental 26657 vigente en nuestro país desde el año 2010? ¿Qué opiniones ha construido en torno a la importancia de la correcta implementación de la misma?
2. ¿Considera que dentro de la institución se plantea la intervención profesional desde el paradigma que propone la Ley, es decir, se tiene en cuenta la autonomía de la persona a la hora de planificar el tratamiento de la misma?
3. ¿Qué dificultades ha encontrado en su intervención profesional con respecto a la aplicación de los principios de la Ley?
4. ¿Qué lugar ocupa su intervención como Trabajador Social en la dinámica institucional?
5. ¿Cuáles son las estrategias que como profesional desempeña para cumplir con el paradigma que propone la Ley, prevaleciendo los derechos de las personas que se encuentran transitando en la institución?
6. ¿Qué opinión tiene acerca del diagnostico de Psicosis? ¿De qué manera propone su trabajo con dichos pacientes?
7. ¿Qué profesionales conforman el equipo de trabajo?
8. ¿Considera que el trabajo llevado adelante por los demás profesionales es realizado de manera interdisciplinaria? ¿Qué entiende por trabajo interdisciplinario?
9. ¿Puede compartirme alguna intervención puntual con pacientes con diagnostico de psicosis que considere relevante a los fines de la entrevista?
10. ¿Qué esperanzas tiene respecto al futuro de la intervención en Salud Mental desde las propuestas de la Ley de Salud Mental?

III. Modelo de Entrevista a Pacientes con Diagnostico de Psicosis que se encuentran transitando actualmente por alguna de las instituciones de Salud Mental de la Ciudad de Mar del Plata

Institución a la que asiste: _____

1. ¿Qué tareas o actividades le ha propuesto el Trabajador Social durante su participación en la institución?
2. ¿Qué importancia tiene para usted el Trabajo realizado por los profesionales de Trabajo Social en la institución
3. ¿Conoce la Ley Nacional de Salud Mental?