

## **Análisis del Dispositivo de Hospital de Día de Salud Mental de la ciudad de Pergamino, como nuevo Dispositivo**

**Matías Abel Papa**

Trabajador Social en el Hospital de Día de Salud Mental, H.I.G.A. San José Pergamino, en la ciudad de Pergamino

**Juan Ignacio Irigoitia**

Trabajador Social en la Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad de la ciudad de Pergamino  
(Buenos Aires. Argentina)

### **Resumen**

El tema de estudio se concentra en dar cuenta del campo de la Salud Mental desde la perspectiva del Trabajo Social, orientada a la realización de un análisis del dispositivo de Hospital de Día, teniendo en cuenta el proyecto institucional que lo sustenta y la perspectiva interdisciplinaria.

El presente trabajo de investigación surge con la creación del Hospital de Día de Salud Mental de la ciudad de Pergamino en el año 2012, como nuevo dispositivo que apunta a un trabajo con respecto al proceso de externación y tratamiento ambulatorio de pacientes con padecimiento mental. La creación del mismo, respaldada por la actual Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, propone un cambio de paradigma en la lógica de intervención con personas con padecimientos mentales.

### **Palabras claves**

Salud mental, Trabajo Social, dispositivo, interdisciplina, externación, sujeto, padecimiento mental, subjetividad, lazo social.

### **Abstract**

The theme of study focuses on accounting for the field of mental health from the perspective of social work, focused on an analysis device Day Hospital, considering the institutional project that supports and interdisciplinary perspective.

This research arises with the creation of the Hospital Mental Health Day Pergamino in 2012, as a new device that aims to work on the process of discharges and hospital outpatient treatment of patients with mental suffering. The creation of the same, supported by the current National Mental Health Act and Addictions No. 26,657 proposes a paradigm shift in the logic of intervention with people with mental illness.

### **Keywords**

Mental health, Social Work, device, interdisciplina, psychiatric outpatient, subject, mental illness, subjectivity, social bond.

## Presentación

*“El lenguaje organiza la realidad, le da forma, le impone un sentido, y así modifica la realidad. Entonces las palabras vuelven por su camino, vuelven a conquistar trozos de libertad. Ahora tienen a su favor el peso que han adquirido después del viaje al límite, allí donde reside el animal, y donde el ser humano se confunde con él.”*

Caros Liscano.

El tema de estudio se concentra en dar cuenta del campo de la Salud Mental desde la perspectiva del Trabajo Social, orientada a la realización de un análisis del dispositivo de Hospital de Día, teniendo en cuenta el proyecto institucional que lo sustenta y la perspectiva interdisciplinaria.

El dispositivo Hospital de Día resulta ser una institución recientemente conformada en la ciudad de Pergamino, que intenta dar respuesta a los problemas de los pacientes con algún padecimiento mental desde la perspectiva interdisciplinaria y con la lógica que la Ley 26657 propone.

Entendiendo la Salud Mental como una manifestación de la cuestión social, resulta indispensable en este trabajo el abordaje institucional de este dispositivo teniendo como base el proyecto institucional que lo sustenta, el funcionamiento del mismo, la vinculación con sus pacientes y sus familias, lo interdisciplinario y las estrategias de intervención. En este sentido se toma como referencia y como hito fundamental la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, la cual no sólo presenta el salto de lo manicomial a la salud mental y lo multidisciplinario a lo interdisciplinario, sino que también implica un importante cambio en las prácticas sociales que se implementan.

El presente trabajo de investigación concretiza la necesidad de investigar y reflexionar sobre el análisis institucional del Dispositivo Hospital de Día, y las prácticas que se enmarcan en el dispositivo.

El presente trabajo de investigación surge con la creación del Hospital de Día de Salud Mental de la ciudad de Pergamino en el año 2012, como nuevo dispositivo que apunta a un trabajo con respecto al proceso de externación y tratamiento ambulatorio de pacientes con padecimiento mental. La creación del mismo, respaldada por la actual Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, propone un cambio de paradigma en la lógica de intervención con personas con padecimientos mentales.

Este aspecto es crucial para la realización de este trabajo. Con respecto a esto, vale remarcar que se abordará desde el nuevo escenario legislativo donde plantea un marco a las prácticas que varios actores vienen llevando adelante.

En el transcurso del trabajo se intentará investigar y reflexionar sobre el análisis institucional del Dispositivo Hospital de Día, y las prácticas que se enmarcan en el mismo.

La creación del Hospital de Día coincide con la necesidad de desarrollar nuevas estrategias de abordaje en el campo de la Salud Mental, que tiendan a restituir un lugar subjetivo y de derechos a aquellos sujetos con padecimiento mental que como ciudadanos merecen ser reconocidos y readjudicados. La multiplicidad de abordajes planteados encuentran su sentido terapéutico en el trabajo en equipo, posibilitando al sujeto diferentes espacios para la reanudación del lazo social y promover la autonomía.

Entendemos, que en este contexto, se favorecen las discusiones interdisciplinarias, la participación de los sujetos y el análisis de la complejidad del campo de la salud mental; es por eso que desde esta orientación nos surge el interrogante que nos impulsa a investigar y reconstruir sobre el tema.

Para la composición del marco teórico de la presente investigación, mediante el cual se pretende analizar las prácticas del Hospital de Día de Salud Mental como nuevo dispositivo, se trabajará sobre tres ejes que aportaran los conocimientos teóricos para comprender dicho análisis y reflexionar acerca de los aportes del Trabajo Social en este campo.

En el primer eje se repensará el concepto de Salud Mental a partir del cambio de paradigma que se acentuó luego de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, diferenciando a este del tradicional campo psiquiátrico del cual busca desprenderse y superarse.

Se llevara a cabo el desarrollo de los siguientes ítems: Salud Mental y Derechos Humanos, Antecedentes históricos que hacen a la constitución actual del campo, Ley Nacional N° 22.914 derogada por la nueva Ley de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, Aspectos relevantes que vinculan la salud mental y lo social, y Nuevos tiempos, nuevos dispositivos.

En el segundo eje se abordará la instauración y puesta en marcha del proyecto de Hospital de Día como nuevo dispositivo de Salud Mental. En este sentido se tendrá en cuenta el proyecto que lo sustenta y las prácticas que se enmarcan en el dispositivo.

Se llevara a cabo el desarrollo de los siguientes ítems: Análisis del proyecto institucional, Implicancias del dispositivo, Estructura funcional.

Desde el tercer y último eje se abordará la interdisciplinariedad en el campo de la Salud Mental, teniendo en cuenta los diferentes actores involucrados en el área y las disciplinas que ocupan un lugar en los procesos de intervención. Para esto, se hará sumamente importante realizar un análisis interpretativo de la interdisciplinariedad contextualizado en estos tiempos coyunturales.

Se llevara a cabo el desarrollo de los siguientes ítems: Una aproximación conceptual, La coyuntura actual del campo, Lo interprofesional, Los desafíos pendientes, y El rol del Trabajador Social en equipos de Salud Mental.

La *metodología* seleccionada se trata de un estudio descriptivo/explicativo de diseño cualitativo; se trata de un estudio enmarcado en la metodología cualitativa, debido a las características del objeto planteado. Se considera que la misma es la más acorde para esta investigación, ya que permite una construcción conceptual del objeto otorgando una perspectiva del mundo basado en la dinámica de las acciones sociales y alcanzando resultados desde la interpretación de tal dinámica.

Con respecto al tipo de diseño se realizará un acercamiento descriptivo y explicativo a través de una tentativa de reconstrucción analítica conceptual del campo a estudiar, a fin de adentrarnos en sus lógicas, historia, leyes, actores, conceptos y prácticas.

## Salud Mental: conceptos generales y consideraciones actuales

### Salud Mental y Derechos Humanos

Los Principios de las Naciones Unidas han sido de inspiración para la definición y sustentación en materia de Derechos Humanos en Salud Mental, sancionando la nueva ley con un posicionamiento novedoso en el marco de la política estatal:

“Art. 3°.- En el marco de la presente ley se 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.” (Ley N° 26657)

Este concepto concibe la complejidad de la problemática, indicando la multiplicidad de factores que intervienen en lo que luego se delimitará como un área específica. A su vez indica que:

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

- a) Status político, socioeconómico, 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.” (Ley N° 26657)

La ley N° 26657 está atravesada en todos sus capítulos, tanto en la concepción misma de la problemática como en los puntos de aplicación, por una apuesta fuerte a la defensa de los Derechos Humanos de los sujetos con enfermedades, incapacidades o padecimientos mentales.

A su vez desarrolla 16 ítems de derechos de las personas con padecimiento mental, entre ellos: derecho a recibir atención sanitaria a partir de acceso gratuito, igualitario y equitativo, a preservar su identidad, pertenencia, genealogía, historia; atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; a recibir tratamiento lo menos restringida posible; a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas; a que en caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el Órgano de Revisión; a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable; a no ser sometido a trabajos forzados; a recibir justa compensación por su tarea en caso de participar en actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios, que luego sean comercializados; etc.

Estos son algunos de los derechos más importantes que sostiene la nueva ley que están atravesados por la lógica institucional principalmente y por el carácter desubjetivante que carga en el orden social padecer una enfermedad mental: abusos institucionales, familiares, discriminaciones y abandonos estatales tanto por pacientes que viven internaciones crónicas como aquellos que son despojados del sistema.

## Antecedentes históricos que hacen a la constitución actual del campo

Hemos seleccionado cinco aspectos que señalan el proceso que se ha ido dando en el transcurso de la historia del campo y que están fuertemente vinculados con nuestra actualidad.

- a) El poder de *aislamiento de las primeras instituciones* en el siglo XVII y XVIII. Se empieza a considerar a los trastornos mentales como personas que han perdido voluntariamente la razón y debían ser apartados de la sociedad ya que esta corría riesgo. Así, los asistidos empezaban a cumplir internación con severas medidas disciplinarias y apartados para que sus transgresiones a las normas sociales no afecten el buen vivir comunitario. Aquí empieza las primeras medidas asilares y la escisión del loco a su entorno social.

*“Aunque los “enfermos mentales” ya no eran quemados en la hoguera, su suerte era aún lamentable durante la Ilustración. Si no eran internados en los hospitales, vagaban solitarios, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos. En 1656, un edicto en Francia estableció asilos para insanos, cuyos directores estaban autorizados para detener personas indefinidamente, y en los cuales se llegó a encerrar enfermos mentales junto con indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos y enfermos crónicos. En Londres, los enfermos mentales eran recluidos en el Hospital de Bethlehem (Bedlam), donde los que sobrevivían a las deplorables condiciones, la abominable comida, el aislamiento, la oscuridad y la brutalidad de los guardianes, debían soportar los tratamientos: eméticos (vómitos), purgantes, sangrías y torturas. El Bedlam se convirtió además en lugar de espectáculo dominical para los londinenses, que pagaban su entrada para observar a los internos tras las rejas de hierro. Similar situación se daba en la Salpêtrière y Bicêtre (París), el Saint Luke’s Hospital (Londres), el Pennsylvania Hospital (Filadelfia), el Hospital para Dementes (Moscú) y el Narrenthurm (Viena). Sauvages (1706-1767). Dividió las enfermedades conocidas en clases, órdenes, géneros, especies y variedades. Cullen (1710-1790). Publicó otra clasificación de enfermedades, de acuerdo con sus síntomas, métodos diagnósticos y tratamiento. Battie (1703-1776).” (PEREZ, G. “Enfermedades mentales y antipsiquiatría” material del curso de Salud Mental y lo Social de la Revista Margen, coordinado por A. Carballeda)*

- b) *Los aportes de Phillippe Pinel* cambiaron la lectura general que la sociedad tenía hacia los enfermos mentales como las mismas prácticas institucionales psiquiátricas con sus residentes. Liberó a los pacientes de las cadenas y llamó a las prácticas como “tratamiento moral”. Rompe con la idea de castigo. Propone instrumentos terapéuticos, construyendo la noción moderna de tratamiento. Fuerte acentuación en el aprendizaje y en el “reconocimiento del error”. Presenta la figura del “curador” quien acompañaría al paciente en el camino de la sanación y se preocupará del medio social que lo rodea. Se reconoce la capacidad de rehabilitación y la necesidad de cura a través de prácticas institucionales.

*“F. Pinel (1745-1826), propondrá, además de clasificaciones, modificaciones de tipo “terapéutico” construyéndose la idea moderna de tratamiento. Este, será una síntesis entre lo biológico y lo moral. La terapéutica posterior al nacimiento de la psiquiatría, se planteará como moral, y será sustentada desde los valores de una burguesía en ascenso, que propondrá una idea de familia, de relaciones entre padres e hijos, de formas de vida dentro de la sociedad, de comportamiento, de aptitudes... logrando una cada vez más clara vinculación con lo normativo. De ahí, que uno de los pilares de la terapéutica de Pinel pase por el aprendizaje y un necesario “reconocimiento del error”. Así, la figura del castigo, cambia de perspectiva, y se sale del cuerpo. El camino a lo sano, requiere de un guía para que el internado se acerque a la “curación”; el terapeuta; este, vigilará que se cumplan las prescripciones y también lentamente comenzará a*

preocuparse por el “medio social que rodeaba al paciente”. (Carballeda, A. “Iluminismo, razón y locura” Material del curso de Salud Mental y lo Social de la Revista Margen, coordinado por A. Carballeda)

- c) El trabajo nosográfico de la medicina en las enfermedades mentales. En plena Revolución Francesa y en orígenes de la modernidad, las prácticas institucionales psiquiátricas fueron influenciadas por cuestiones políticas y del ordenamiento de la razón. Se fue estudiando y clasificando a los internos quedando este poder clasificador en manos del médico. Este poder clasificatorio estará fundado en sus propios saberes y habilitará determinadas prácticas.

*“La medicina especial en su tarea de diagnosticar, clasificar y diferenciar la mayoría desviante, disponiendo de los espacios adecuadamente según el comportamiento monográfico y las reglas de la disciplina de administración sostenida por la figura del médico y sus objetos prácticos de gestión: el individuo y la población.” (ALBERDI, J. 2003)*

El proceso médico se sintetiza en el Primer Congreso Internacional de Estadísticas, que se llevó a cabo en París en 1900, concretando el trabajo de clasificación, construcción y denominación de todas las categorías y subcategorías de las enfermedades mentales. La OMS, creada en 1948 incluyendo así a todas las siguientes CIE y los manuales del DSM, las nuevas categorías diagnósticas de acuerdo a todos los avances que se lograban en psiquiatría. Desde DSM-II (1968), DSM-III (1980), DSM-III-R (1987) y DSM-IV (1994)

La psiquiatría queda instalada como disciplina dominante del campo. Defendiendo desde entonces su hegemonía.

- d) El movimiento antipsiquiátrico que tiene como principales promotores a Szasz y Cooper, surgido en Inglaterra en la década del 60. Empiezan a cuestionar los conceptos tradicionales del enfermo mental, rechazando la anormalidad bio-psíquica, y ubicarlo dentro de un contexto económico e histórico-social. Empiezan a poner en evidencias las prácticas perversas de las instituciones en salud mental y a cuestionar a la familia y al Estado. Empiezan a denunciar los rótulos y mitos que existen en la psiquiatría y como estos son instrumentos del poder opresivo. Rompe con las fronteras entre salud y enfermedad, denuncia a la psiquiatría como mecanismo de represión y violencia disfrazada, y como la sociedad perturba a ciertos sujetos, los declara enfermos y luego los aniquila con el tratamiento. Comienza a reconocerse la noción política que atraviesa a la práctica psiquiátrica.

*“... la violencia en el campo psiquiátrico, comienza en la familia el futuro enfermo mental, pero no acaba aquí, en el hospital psiquiátrico la sociedad produjo, con infalible habilidad, una estructura social que bajo muchos aspectos repite las peculiaridades enloquecedoras de la familia del paciente, la familia encarada como un a célula matriz de la sociedad otorga al enfermo mental, con el beneplácito del equipo interdisciplinar “la libertad de escoger”. Puede decidir vegetar sus días fuera, en una enfermería de enfermos mentales crónicos, u oscilar entre su infierno familiar o el no diferente infierno de la enfermería convencional de la admisión psiquiátrica, constituyendo la última, naturalmente, la idea común actual del progreso psiquiátrico, pueden recibir el alta en menos de tres meses, más cerca de la mitad de ellos es readmitido en menos de uno...” (COOPER, 1974)*

- e) Hay un último cambio radical en el campo: incorporación de la noción de Derechos Humanos en la atención psiquiátrica, que se materializan en ‘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 1991, y 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. Estas dos declaraciones internacionales, resumen en su mayor medida, la histórica lucha por la reforma psiquiátrica que se estaba planteando en el campo. Con estos principios, que en resumen incorporan la noción social y política de la problemática, como así la necesidad de atender estos cambios en el marco del paradigma de los Derechos Humanos. Los países que adhieren estos tratados internacionales, inmediatamente están expuestos a una profunda reestructuración de todo el sistema de salud en general.

Todos estos aportes son los elementos que siguen caracterizando al campo, conviviendo entre ellas conflictivamente. Desde la creación de las primeras medidas de aislamiento, luego las primeras concepciones de tratamiento, empiezan los procesos de clasificación y rol protagónico de la medicina psiquiátrica, el movimiento de antipsiquiatría que cuestionaba un orden social promotor de prácticas violentas a los que no se adaptaban al modelo vigente, y, como por último, la necesidad de entender y atender con el nivel de complejidad que demanda la salud mental.

### **Ley Nacional N° 22.914 derogada por la nueva Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657**

La ley N° 22.914 fue sancionada en 1983 y hasta hoy anunciada por los mismos funcionarios públicos y otros actores sociales como materia pendiente en legislación en salud mental. Ésta solo se restringía a regular los mecanismos de internación, recortando los actores implicados: poder judicial, fuerza pública, médico director de la institución, responsable legal y enfermo mental. Estos actores ya arman una escena en la cual marca el paradigma hegemónico de la atención psiquiátrica, donde el enfermo es un problema que requiere intervención a fin de realizar una internación, aislándolo del medio por su peligrosidad. En la ley toma recaudos para que en los procedimientos estén todos los actores en concordancia cuando se trata de una internación involuntaria legislando así los modos de comunicación, la conformación de la historia clínica, como proceder ante un menor o un incapaz, como deben ser los establecimientos de internación y también propone que el poder judicial cree un organismo de observación.

No define qué entiende por Salud Mental, cuáles son los derechos que se deben defender en el marco de los Derechos Humanos, cuál debe ser la apuesta institucional en el marco de la rehabilitación, la inclusión social y modalidades de tratamiento. Se entiende al enfermo como alguien en que debe ser controlado por la fuerza pública a fin de no cause daño a sí mismo ni a terceros.

Restringe el concepto de Salud Mental a lo psiquiátrico y al peligro, no viendo la multiplicidad de factores que atraviesan al campo, como sí lo definirá la nueva ley. Por ello, al ampliar el concepto debe ampliar la mirada de actores implicados, tanto en el ámbito de aplicación como en el ámbito de creación de la ley y de la rehabilitación e inclusión social.

Concibe a la psiquiatría como disciplina hegemónica, no concibiendo la inter ni la multidisciplina. No hace una apuesta a la rehabilitación, sino a la compensación y estabilización. No realiza inversión en la persona más que en el control.

Pese a que es fácil encontrar críticas a una ley que lleva 27 años sancionada, ésta no

estaba a las alturas de la circunstancias de los movimientos en el campo, mostrando un claro retraso Nacional en materia legislativa e institucional. No contemplaba las luchas por la desmaniconialización, desinstitucionalización y las apuestas a diseños institucionales incluyentes y no asilares.

#### *Los avances y los pendientes*

Sin dudas hay un avance significativo entre la ley N° 22.914 y la nueva ley, principalmente por la mirada más compleja y completa, teniendo en cuenta los cambios institucionales necesarios, la búsqueda de protección a las personas necesitadas de esta atención, haciendo una apuesta fuerte a la rehabilitación e inclusión social, a una mayor participación de diferentes actores, fuerte apuesta a la interdisciplinariedad, a exigir al ámbito de aplicación metas prontas para la rehabilitación evitando el abandono en la institución generando así la cronicidad del cuadro, despeja el rol del juez acotándolo y sustituyéndolo en algunas instancias al Órgano de Revisión que a través de un equipo interdisciplinario velará por los derechos de los institucionalizados. A su vez la nueva ley promueve un censo Nacional para revelar el estado de los asistidos internados y/o en tratamiento, y también para ver con qué recursos institucionales cuenta a nivel Nacional. Esto genera nuevos desafíos en la práctica profesional e institucional, haciendo una fuerte reestructuración en la toma de decisiones y en los diseños terapéuticos.

En cuanto a lo pendiente, dificultad atravesada en todo el campo de la salud en general, es como hacer cumplir esta igualdad de derecho en un contexto de extrema desigualdad en la política de salud. El sistema sigue siendo mixto, a través del aparato Estatal, prestadores de servicio y seguro social. Pero estas tres no lo cubren de forma igual, ya que el Estado no realiza diseños institucionales que cumplan con los criterios de la nueva ley y las coberturas de seguridad social que sólo atienden a un pequeño porcentaje de la sociedad. Acceder de forma particular es de alto costo debido a la complejidad de los dispositivos. Esta ley no da respuestas en el marco de la atención en salud mental en contexto de pobreza y precarización laboral en un escenario heterogéneo de demandas y ante una oferta que prevalece la lógica comercial y carece de la estatal. Tampoco explicita que rol va a tener el Estado en cuanto a cubrir espacios que ha delegado completamente al mercado y éste, por definición, deja sin cobertura a la mayoría. Tampoco atiende a regular las prácticas de la sociedad civil que, a través de asociaciones civiles, ONGs, voluntariados, asociaciones religiosas, etc., vienen buscando atender a las demandas no cubiertas por el Estado ni por el mercado.

En el Art. 7° inciso “a” de la nueva ley reconoce a las personas con padecimiento mental:

“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.”

Quedará pendiente en la lucha de todos los actores hacer cumplir este Derecho inalienable.

#### **Aspectos relevantes que vinculan la Salud Mental y lo Social**

Identificamos cinco caracteres que hacen ver la permeabilidad del campo en los cambios sociales.



- a) La relación del binomio *salud - enfermedad*. Cada sociedad construye sus parámetros de aceptación o exclusión de conductas y síntomas aceptados como normales o anormales. Así, es muy difícil hablar propiamente de un campo de salud mental bien determinado, sino que está fuertemente condicionado por lo propio o inoportuno, el cual es designado por una hegemonía moral-racional.
- b) Los avances teóricos en el campo de la psiquiatría y de la psicología demuestran que las enfermedades mentales no dependen solo del factor fisiológico. Las enfermedades mentales tienen un diagnóstico *bio-psico-social*. Las diferentes escuelas, como así las mismas prácticas terapéuticas, ya no pueden desentenderse de cómo afecta lo social (instituciones, familia, grupo) en la vida psíquica del sujeto.
- c) La confusión que se presenta en cuanto lo *moral* y lo *racional*. En una sociedad que instituye una serie de reglas racionales, quienes se desentienden de ese orden quedan fuertemente sujetos a la sentencia de la locura, de la alienación. Muchas prácticas sociales del orden psiquiátrico están fuertemente atravesadas por una sentencia moral, por una descalificación del sujeto al no aceptar que estos no se adapten a las normas morales vigentes.
- d) La *modernidad*, como nuevo paradigma, empezará a modelar las nuevas formas de vida y el perfil psicológico de los sujetos. Las producciones en las ciencias sociales, fuertemente afectadas por las ciencias naturales, definirán al sujeto, su modalidad de aprendizaje, las respuestas esperadas a ciertos estímulos y como se relacionará con los otros. La salud mental está desde sus orígenes muy atravesada por la medicina y lo jurídico.
- e) Por último, el *trabajo* es el principal eje de definición de salud y enfermedad. En el nuevo orden el trabajo asalariado es el primer vector de sociabilidad y sustentabilidad. Quien trabaja está adentro, quien no lo sostiene se encuentra en una conducta desviada. Así, cuando se empiezan a mover las piezas del tablero en la construcción del nuevo ordenamiento económico, empiezan a aparecer disociaciones entre las necesidades laborales y las posibilidades de sostener esta manera de relacionarse. Empiezan a surgir personas que quedan desencajadas de las nuevas formas de relación social. Empiezan a aparecer las patologías y las necesidades de buscarles un lugar en esta nueva sociedad. Estos nuevos lugares, son los asilos psiquiátricos, donde justamente una de las principales tareas eran encausarles los valores dominantes de la sociedad: disciplina, razón y capacidad de trabajo.

El carácter clasificatorio que hegemoniza la práctica institucional y profesional, detentan en ellas una racionalidad propia del modelo social vigente. Hay un status que define que está permitido y que pertenece a lo irracional, a la locura. El funcionamiento productivo y el sistema racional-moral que lo sustenta es el que atraviesa la formación y la intervención en la enfermedad mental.

La sociedad moderna capitalista detenta sus propias capacidades de crear sus enfermedades, y por ello, crea sus propios remedios. En ello confiere la necesidad de que hay que tener una constante atención a la relación permanente de este “campo” con lo social.

## Nuevos Tiempos, Nuevos Dispositivos

La crisis actual está constituida por los procesos de globalización, que implican cambios en la modalidad de mercado, resignificación del rol del Estado, fracturas de las principales formas de participación política, flexibilización del trabajo y fuertes cambios en la constitución familiar. Nuestras sociedades están profundamente significadas en la fragmentación social, en la continua pérdida de construcción de lazos sociales fuertes, en procesos de marginación más agudas, grandes crisis subjetivas en cuanto a la posibilidad de construirse identidades, lugares, pertenencias.

Estas fuertes consecuencias se encuentran en las crecientes demandas que se presentan en el campo de la salud mental. Estas necesidades van creciendo debido a que los fuertes contenedores de socialización han entrado en un proceso de deterioro, un devenir que arrastra también a sus integrantes. Los puestos de trabajos son escasos y los que hay son en condiciones muy precarias e inestables. Esto afecta fuertemente en la unidad familiar moderna, debido que nuestra organización social está constituida principalmente a partir de una modalidad de trabajo asalariado. La organización política estaba también atravesada por la defensa y promoción de los derechos de los trabajadores. Hoy, deteriorada esta categoría de identificación social, también caen los principales puntos de construcción de lo público, de un orden social inclusivo.

En esta trama, los trabajadores de la salud mental se encuentran con mayores desafíos, nuevas demandas, donde se evidencia que construir salud es hacer política, que los movimientos económicos son sociales y por lo tanto influyen hasta en lo más íntimo de la vida cotidiana de cada persona, de las familias, de los trabajadores y de los fundamentos institucionales.

La intervención debe pensarse desde los nuevos contextos en que son demandadas, desde las nuevas formas de marginación y estigmatización. Se gestan nuevos procesos de construcción de identidades. A su vez, cada institución construye en sus asistidos sus propios estigmas al definir su población objeto, formulando las diferentes argumentaciones que sostienen sus prácticas y su supervivencia. Ciertas prácticas institucionales acentúan estigmas, reproducen las fragmentaciones, sustituyen posibilidades de sociabilidad fraterna por una contractual o clientelar. El mercado toma el mayor protagonismo en la salud, convirtiendo día a día el derecho en un producto más del mercado. Y esto se encuentra muchas veces en decisiones que sostienen los trabajadores o empresarios en la salud, respuestas que tienen más coherencia como un mecanismo de supervivencia o rentabilidad que un criterio ético-profesional para su paciente.

Es un gran desafío para los trabajadores e instituciones de la salud mental entender los nuevos cambios socio-económicos, como las familias han vivido estos grandes movimientos, como afectan en cada uno de sus integrantes y como entender la intervención en tiempos contemporáneos, donde la crisis perdura, muta y se va trasladando a diferentes aspectos de la vida social. Nuevas familias, nuevas posibilidades de relacionarse, nuevos vínculos, nuevos lazos, y por lo tanto nuevas intervenciones, y entonces... ¿nuevos dispositivos?

## Hospital de Día: como nuevo dispositivo en Salud Mental

### Análisis del Proyecto Institucional

Proyecto de creación de Hospital de Día (Salud Mental), dependiente del Hospital General de Agudos San José de Pergamino, Zona sanitaria IV-, Provincia de Buenos Aires.

La propuesta general, intenta enmarcarse en un movimiento más amplio a nivel nacional que tiene su sustento político y legal en el marco de la nueva ley de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, sancionada el 25/11/2010 y publicada en el BO el 3/12/2010.

Con respecto al diagnóstico de situación que se realiza para tener en cuenta el armado de dicho proyecto se puede describir y analizar: el HIGA San José de Pergamino es un Hospital Interzonal que cuenta con la única sala de internación en Salud Mental de la Región Sanitaria IV, situado en la ciudad de Pergamino.

Lo que respecta a la ubicación geográfica, el H.I.G.A San José, es el Hospital de referencia en Salud Mental en la Zona Sanitaria IV, ubicado al noroeste de la Provincia de Buenos Aires, en la ciudad de Pergamino. Dicha institución se sitúa como sede de derivaciones tanto del área comunitaria de la ciudad así como también de las ciudades de Colon, Arrecifes, Capitán Sarmiento, San Nicolás, Ramallo, San Pedro, Zarate y Campana.

La principal estrategia terapéutica está basada en la internación psiquiátrica. Más de la mitad de la población de los pacientes internados constituyen internaciones sumamente prolongadas que pueden ubicarse de 3 a 30 años. Existe a su vez, numerosos elementos de índole social (pobreza, marginación, desempleo, escasos, nulos y conflictivos vínculos familiares, carencia de proyectos) que no permiten pensar solo en trastornos psicopatológicos.

Hasta el momento no existían dispositivos de externación, reinserción, rehabilitación y desinstitucionalización.

El presente proyecto se presenta dentro del Proyecto de Jefatura de Residencia de Psicología en curso para el período 2011/2012, por el Lic. en Psicología Nicolás Marsili, coordinador de Dispositivo desde su inicio hasta la actualidad, con la intención de continuidad en la propuesta a la construcción de un dispositivo diferente.

La propuesta es crear un dispositivo de *Hospital de Día*. Esta propuesta nace de la inquietud propia del recorrido por el Hospital San José de Pergamino como residente y jefe de residentes de Psicología. Se trata de un diseño de lo que sería el funcionamiento de un dispositivo de Hospital de Día, según parámetros clínico-terapéuticos que dan cuenta de la necesidad y relevancia de dicha creación. La propuesta de Hospital de Día implicaría acciones a desplegarse en diferentes campos: ideológicos, políticos, clínicos, organizativos, culturales, edilicios, entre otros.

La propuesta apunta a pensar dispositivos donde quede planteado el complejo trabajo de externación, lo cual se enmarca en tres ejes claros propuestos por la nueva Ley:

- Accesibilidad y gratuidad de la atención sanitaria y social.
- Modelo de desinstitucionalización.
- Abordaje interdisciplinario e intersectorial.

Todo el proyecto está pensado sobre la articulación de recursos ya existentes y la crea-

ción de nuevos necesarios: instalaciones, personal, amueblamiento, etc. Dentro de los recursos humanos necesarios se plantean las áreas de:

- Psicología.
- Psiquiatría.
- Trabajo Social.
- Enfermería.
- Talleres.
- Emprendimientos socio-productivos.

Estos recursos además involucran a los Residentes de Psicología y a profesionales externos a la institución dispuestos a formar parte del proyecto.

El objetivo general que persigue el proyecto a analizar es vehiculizar la instauración de un proyecto de *Hospital de Día* que permita otra manera de pensar la terapéutica y la institución asilar. Generar condiciones para el debate de toda la comunidad sanitaria, sobre estrategias en Salud Mental y en procesos de externación de sujetos con padecimientos mentales.

La fundamentación y orientación del proyecto está en íntima consonancia con los principios de la APS y la Ley Nacional de Salud Mental. Los principios fundamentales que organizan el trabajo apuntan a que los sujetos con padecimientos mentales (SPM) pueden ser tratados fuera de los hospitales neuropsiquiátricos (incluso en sus momentos de crisis). Sin descartar que la internación, entendida como intervención lo más breve posible, pueda resultar necesaria en cada caso.

La atención en un centro de base comunitaria -diferente al manicomio- modifica la recuperación de los sujetos con padecimientos mentales, conmoviendo la cronicidad y potenciando sus posibilidades de “rehabilitación”. Esto supone una concepción de sujeto, capaz de implicarse y de encargarse de sí mismo (no sólo como objeto de atención- alienado) comprendiéndolo desde sus demandas particulares donde pueda tomar decisiones que le conciernen, en donde se supone que el funcionamiento y las lógicas sean teórica y políticamente diferentes a las lógicas asilares y de tutela.

Son las prácticas las que fundamentalmente apuntan a regular la Ley. Estas pueden resultar manicomiales si no se tiene en cuenta al sujeto, independientemente del lugar en el que se desarrollen. Lo manicomial, lo entendemos como una práctica orientada por la lógica de lo universal, del para todos igual, que borra las diferencias y los recursos subjetivos, que no da lugar a la emergencia de un sujeto capaz de responder por aquello que le sucede. El padecimiento mental no parece ser estigmatizante en sí sino su modo de abordarlo; al regular las prácticas en salud mental la Ley puede permitir que esto se modifique y es preciso trabajar en su interpretación e implementación.

Pensar en una terapéutica relacionada a actividades propias de un Hospital de Día, supone como condición sine qua non, pensar una reflexión sobre las modalidades de internación/externación en Salud Mental ya planteadas:

Esta iniciativa se propone un trabajo posible de reinserción socio-familiar/cultural de los sujetos con padecimiento mental que llevan varios años de internación, buscando generar un espacio de referencia que no tenga que ver con la institución asilar; en la posibilidad de

pensar como estrategia un programa de externación. Esto implicaría un arduo trabajo en conjunto de los sectores involucrados en este programa de Hospital de Día: la familia del paciente o referentes legales, Servicio Social y el de rehabilitación del Hospital. Hospital de Día brindaría en este caso, el trabajo de coordinación hacia estas posibles externaciones, y la asistencia y contención desde un dispositivo de trabajo terapéutico continuado donde se asegura una persistencia de los vínculos hospitalarios ya creados por el sujeto.

-La posibilidad de que un sujeto que viene de una internación aguda de crisis, pueda recuperar lo antes posible su reinserción socio-familiar y continuar con una asistencia terapéutica más compleja desde Hospital de Día. El fin es también, evitar que estos sujetos arriben a una situación de cronificación.

-Trabajar con sujetos que nunca atravesaron una internación en el servicio de Salud Mental pero que requieren de un dispositivo más complejo. Se trata allí de la admisión de pacientes en cuyos casos el dispositivo de consultorios externos de por sí resulta insuficiente; pero no se cree conveniente recurrir a una internación psiquiátrica.

### **Implicancias de Dispositivo**

El nuevo escenario legislativo plantea un marco a las prácticas que varios actores veníamos llevando adelante. Es decir, propiciar prácticas no manicomiales que promuevan la autonomía y la independencia de los sujetos.

La creación de un Hospital de Día coincide con la necesidad de desarrollar nuevas estrategias en el Campo de la Salud Mental, que tiendan a restituir un lugar subjetivo y de derechos a aquellos sujetos con padecimiento mental que como ciudadanos merecen ser reconocidos y readjudicados. La multiplicidad de abordajes planteados encuentran su sentido terapéutico en el trabajo en equipo, posibilitando al sujeto diferentes espacios para la reanudación del lazo social, y la creación de autonomía. Para esto sería necesario desarrollar un trabajo en Red con las instituciones del medio sociocultural. Nos referimos a: CAPS u otros centros de asistencia en salud, instituciones vecinales, instituciones educativas, instituciones deportivas, grupos religiosos, y posibles ámbitos laborales; de manera tal que cada sujeto pudiera arribar a una situación de autonomía lo más lograda en función de sus propias características y posibilidades.

Pensar prácticas autónomas, es pensar en poder decidir. Supone establecer nuevas relaciones que superen el plano individual y que incluyan al Otro como sujeto. Concretamente, como plantea la Ley Nacional, revisando los diagnósticos, acordando los tratamientos, evaluando las estrategias más adecuadas en cada caso para el padecimiento mental. En este contexto, se favorecen las discusiones interdisciplinarias, la participación de los sujetos y el análisis de la complejidad del campo de la salud mental.

Resultando un espacio fructífero para situar prácticas en un campo donde se disputan horizontes de sentido, donde se juega la posibilidad de fundar nuevas hegemonías, permite poner en evidencia la dimensión política como constitutiva del que-hacer profesional en el campo de la salud.

## Estructura funcional del Hospital de Día

Si tomamos los elementos que se vienen desarrollando, solo quedaría poder definir los dispositivos que darán estructura al funcionamiento del Hospital de Día.

### Asistenciales:

- *Dispositivo Interdisciplinario de Admisión.* Se trata de un dispositivo constituido por al menos tres profesionales del equipo de Hospital de Día, y de al menos dos disciplinas. Busca trabajar con minuciosidad la posibilidad de ingreso a Hospital de Día, y por tanto, es un dispositivo idóneo para la admisión.

- *Psicoterapia Individual.* Trabajo terapéutico en dispositivo individual, a cargo de psicólogos participantes de Hospital de Día.

- *Tratamiento Psiquiátrico-Farmacológico.* Trabajo terapéutico en dispositivo individual del Hospital de Día o Consultorio Externo.

- *Entrevistas a la Familia.* Se trata de un dispositivo clínico que tiene por objetivo incluir a la familia del paciente en las estrategias de estabilización y cura que se están implementando por parte de los profesionales tratantes. Estas entrevistas posibilitarían un contacto más cercano con el medio familiar del paciente, de manera tal que ese vínculo actúe como soporte y no como obstáculo.

- *Enfermería.* Apoyo desde el área de enfermería en la asistencia de los sujetos que concurren a este dispositivo.

- *Intervenciones de Soporte Social.* Desde Trabajo Social, se puede denominar a las Intervenciones de Soporte Social como aquellas que tienen como objeto a dos tipos de acciones:

1-. Atención directa del usuario, individualmente, junto a su familia, o en dispositivos colectivos y comunitarios dando particular relevo a los aspectos sociales, institucionales y culturales, a su reinserción en la comunidad y en actividades productivas, así como a su acceso a la red de servicios.

2-. Evaluar la inserción del sujeto en el sistema de derechos y seguridad social actuando en forma conjunta para la conquista de esos derechos y beneficios. Por tanto las acciones del equipo de Hospital de Día, en conjunto con el Servicio Social, se dirigen sobre esos puntos planteados.

- *Talleres.* Dispositivos grupales de abordajes terapéuticos a partir de la participación de otras disciplinas asociadas a la Salud Mental.

### *Propuesta de talleres*

Una primera cuestión sería echar luz sobre la modalidad de los talleres y sus objetivos en tanto dispositivos de intervención terapéutica. Los talleres grupales que se realizan desde hace mucho tiempo en diversas instituciones de Salud Mental, representan espacios de intervenciones terapéuticas no convencionales que invitan a la participación de otras disciplinas como opciones de trabajo.

Esto quiere decir que la grupalidad favorecería la reestructuración del lazo social y la conciencia de la presencia del otro en el campo subjetivo. Elemento necesario a la hora de pensar en la externación de un paciente al medio social. Y si se hace énfasis en sus ob-

jetivos terapéuticos, es para precisar que estos dispositivos convocan a la intervención de estrategias de cura y estabilización en sujetos que han agotado los dispositivos formales de tratamiento.

De esta manera, las disciplinas convocadas a participar de los talleres están asociadas al trabajo con las artes, el ejercicio del cuerpo y la producción en equipo. Los talleres buscan poder acotar un padecimiento que produce el retraimiento del paciente sobre sí, para facilitar la conexión con los objetos y los sujetos que coexisten en el espacio de taller. El seguimiento de los talleres por parte de los terapeutas, posibilitaría así retomar cuestiones trabajadas en talleres en los demás dispositivos terapéuticos; o bien introducir estas cuestiones clínicas en el espacio de taller. Además, las producciones de los pacientes (una pintura, una escena dramática, el trabajo sobre el cuerpo, un escrito, etc.) funcionan como espejamiento en un paciente que ha perdido su sostén imaginario y cree no poder valerse como sujeto autónomo en un mundo social. Un paciente psicótico que tiene una actividad delirante continua, y que puede plasmar algo de ese delirio en un escrito para ser leído por otros; hace de esa “distorsión del pensamiento” una producción artística y la acerca a la lectura de los otros: la socializa.

¿Bajo qué modalidad de coordinación se desarrolla un taller? Existen diferentes propuestas en este ámbito de los talleres terapéuticos, aquí vamos a proponer una: aquella que nos parece de mayor eficacia en su modo de accionar bajo los objetivos ya planteados. El taller estaría coordinado por un tallerista idóneo en la disciplina del mismo (por Ej., “Taller de Artes” coordinado por un artista), y co-coordinado por profesionales en Salud Mental que constituyan el equipo de Hospital de Día. Esta propuesta se fundamenta en la necesidad de contar con una coordinación de personas con un buen manejo técnico en su disciplina de taller. Los residentes que trabajen en Hospital de Día funcionarían como operadores en los distintos talleres en que se incluyan, para permitir el desarrollo del taller desde una coordinación del mismo. Esto es: ayudar en la participación de los pacientes a las actividades propuestas por el tallerista, contención de pacientes con manifestaciones de excitación o inhibición, propuestas de trabajo en torno a intereses que conoce de determinados pacientes, introducir al tallerista en características propias de las patologías, etc.

Existirían además, dos espacios donde pensar la clínica de los talleres: las evaluaciones periódicas de cada taller, y las reuniones de equipo de Hospital de Día. ¿En base a qué parámetros se incluiría un paciente en un taller? En base a parámetros clínicos y a intereses personales de cada paciente. En este punto resulta imposible prever la participación de los pacientes a los diferentes talleres, ya que eso estaría supeditado a los intereses de cada quién. Si es necesario resaltar que el Hospital de Día es un dispositivo complejo de intervención, y por tanto su eficacia está pensada por la acción de múltiples estrategias terapéuticas.

Los talleres pensados para el Hospital de Día son:

- Taller de Artes.
- Taller Literario.
- Taller de Reciclado.
- Taller de Huerta.
- Taller de Cocina

- Taller de Música.
- Taller de Radio.
- Taller de Teatro
- Taller Habilidades de la vida cotidiana.

- *Micro-emprendimientos*. Promover la concreción de dispositivos en donde los usuarios del sistema de salud puedan insertarse en espacios laborales que vehiculasen su reinserción social.

#### Académicos

Las actividades formativas de los profesionales a resaltarse:

1. Reunión de Equipo Hospital de Día. (semanales)
2. Supervisiones del Equipo de Hospital de Día.
3. Ateneos Clínicos.

Estas reuniones tendrían como objetivo el debate en torno al desarrollo de las actividades clínicas, y al trabajo interdisciplinario. Por lo tanto sería un espacio de gran importancia en el terreno de la praxis concreta del equipo, en el desarrollo de las diversas actividades planteadas. Es importante resaltar aquí, el trabajo sostenido como espacio de acompañamiento, supervisión y formación, tanto con referentes de la Casa de Pre-Alta perteneciente al Hospital Alejandro Korn del Melchor Romero -La Plata, Bs. As.- así como también con referentes del Hospital de Día del Hospital Álvarez -Capital Federal-.

### **Un gran desafío en Salud Mental: la Interdisciplina**

Como se ha señalado en los capítulos anteriores, el campo de la Salud Mental ha realizado sucesivos cambios que involucraron seriamente nuestro quehacer profesional. A su vez afecta a la relación con otros actores involucrados, entre ellos, las disciplinas que tradicionalmente ocupan sus lugares.

Encuentro necesario desarrollar un análisis interpretativo de la interdisciplinariedad en un ámbito específico de intervención contextualizado a estos tiempos coyunturales.

#### **Una aproximación conceptual**

La interdisciplinariedad no es una cosa que exista de por sí, ni tampoco una práctica específica en funcionamiento. Sino un horizonte de trabajo, algo a que debemos llegar en cada institución, en cada equipo y en cada intervención. Es un estado ideal de comunicación, de diálogo, de relación, de convivencia y de complementariedad.

La interdisciplinariedad es un posicionamiento epistemológico y político, donde se busca subsanar las fragmentaciones del saber heredadas del positivismo, que sigue atravesando nuestras formaciones, en las nuevas creaciones de conocimientos y también en nuestros quehaceres profesionales. Esta concibe a la realidad como acabada, estática que puede ser desmenuzada y comprendida por la objetividad y neutralidad del científico. Sesgado por un reduccionismo que sostiene que cada disciplina puede existir independiente de las otras,



fomentando así la cosificación de lo social y de lo humano. Se fue realizando un proceso de ramificación de lo social, profundizando en sus especializaciones acosta de la extirpación de otros componentes de saber imprescindibles.

En esta línea, se puede entender como los sistemas psiquiátricos y manicomiales han funcionado durante décadas sin concebir la historia psicológica del sujeto como tampoco las dimensiones sociales y económicas que lo atraviesan. Como también el posicionamiento político que constituye este modo de saber y hacer ante las “conductas desviadas”, la discriminación, el aislar y no escuchar las voces que manifiestan que el “orden no está tan en orden”.

En los espacios de trabajo tenemos que subsanar estas heridas de nuestra formación y profesión, para realizar una lectura más completa y una intervención más profunda. Así, estamos invitados a trabajar en conjunto, mediante equipos que siendo de mayor heterogeneidad enriquecerá al trabajo, a las instituciones, al aprendizaje de cada profesional y ante todo una mejor capacidad de respuesta a la demanda “*de quien sufre la necesidad de una asistencia institucional*”.

### La coyuntura actual del campo

La atención interdisciplinaria no fue algo dado desde un principio en la atención a las enfermedades mentales, sino que es muy reciente la conciencia de su necesidad. El cambio más importante que habilitó esto fueron las políticas de desinstitucionalización iniciadas en la década del 60 y que llevan hasta hoy en día lograr su mayor posibilidad de implementación. A tal punto que recién a fines del 2010 en Argentina se pudo sancionar una ley que actualice el marco normativo nacional con los lineamientos internacionales de mayor reconocimiento en lo que respecta a prácticas institucionales.

Esta nueva Ley Nacional de Salud Mental balancea las relaciones de poder dando igualdad de status a todas las profesiones de grado en su capacidad de gestión y conducción de instituciones, donde antes solamente era atribuido ese cargo a las ciencias médicas.

Otro cambio que se realiza a favor de la Interdisciplina se materializa en el procedimiento para una orden de internación que, hasta la fecha era solamente con una prescripción psiquiátrica, ahora se realiza con firma de dos profesionales, donde uno de los dos debe ser psicólogo o psiquiatra. Con esta normativa se realiza un cambio de poder y responsabilidad entre las profesiones, como así la necesidad de que dos áreas de saber tendrán que consensuar lecturas y estrategias a fin de realizar una internación.

Los procesos de desinstitucionalización y de desmaniconialización exigen un despliegue más amplio y heterogéneo de prácticas y de actores involucrados, como así también una nueva manera de relacionarse. Desde su comienzo la psiquiatría ha sido la protagonista, luego ha aparecido la psicología y hoy ya hay una gran diversidad de disciplinas que han tomado fuerte presencia de participación, entre ellas el Trabajo Social.

*“En los planes y proyectos que circulaban durante los 90, la Interdisciplina era la pieza central en la reconstitución de la salud mental en tanto política alternativa a la psiquiatría, todas las disciplinas del campo de las ciencias psi, llamadas a participar en su campo, reconocían la centralidad de la misma en la nueva dinámica de los modelos de atención” (ALBERDI, J. M. 2003. Pág. 278)*

En este pasaje es cuando se concibe al campo como Salud Mental y ya no específicamen-

te psiquiátrico, donde esta era la disciplina hegemónica y todas las otras auxiliares en una relación vertical de comunicación y poder.

Las nuevas concepciones de enfermedad mental y los ideales de modalidades terapéuticas exigen cada vez más una mayor presencia de estrategias de intervención que este contemplado la dimensión social de la problemática.

Las sucesivas incorporaciones de disciplinas ha realizado una ampliación analítica y operativa del campo, pasando de visiones biológicas, con su correlato con la práctica médica-psiquiátrica, luego a la psicológica, con una incorporación de una mirada terapéutica y de rehabilitación, y por último a un posicionamiento social y político, postura crítica tanto por los modos de organización social que habilitan el surgimiento de estos cuadros patológicos, como a su vez por las dificultades que ellas presentan para la rehabilitación e inclusión socio-comunitaria.

El ingreso de cada una de estas disciplinas ha permitido una menor restricción de la institución asistencial. Siendo la primera un instrumento para la compensación y estabilización en la institución. Y la segunda, habilitante para la posibilidad de un abordaje terapéutico psicológico, como ser lo vincular y la generación de recursos psíquicos propios a fin de que sustituyan paulatinamente el uso de psicofármacos y la vuelta a sus propios medios de vida sociales y laborales. Este avance en la atención ha permitido pasar de modelos asilares a modelos comunitarios y menos restrictivos.

Entonces, cuando hablamos de interdisciplinaridad, estamos hablando de rotundos cambios institucionales. Donde la institución va cediendo su restricción para favorecer a intervenciones habilitantes. No significa que esto no sea también institución, porque las profesiones en sus intervenciones instituyen con otro poder y coartan, pero sin lugar a dudas son grandes pasos hacia una atención más humana a estas demandas tan pendientes.

La interdisciplinaridad en Salud Mental es una condición indispensable para actuar coherentemente con la lectura conceptual que hay sobre las enfermedades mentales, la cual es concebida como bio-psico-social. Son las tres dimensiones del hombre que están afectadas, por ende son en las tres donde las instituciones deben trabajar. El abordaje debe ser integral para una alta efectividad en la intervención.

### **Lo interprofesional**

El desafío no tiene que conformarse solamente con un sucesivo agregado de disciplinas intervinientes, donde el asistido va realizando un recorrido por diferentes profesionales que lo atienden, pero en el que cada uno realiza su propia clínica sin contemplar la concepción de los otros profesionales tratantes, siendo así una práctica multidisciplinaria, no posibilitando la comunicación, cooperación ni coordinación entre estos.

Para realizar una atención íntegra, las instituciones y los diferentes profesionales de cada disciplina deben trabajar en equipos interdisciplinarios, fortaleciendo la comunicación, el diálogo, la planificación en conjunto, el intercambio de miradas con un dialecto que pueda ser comprendido por los otros profesionales, en una relación horizontal de poder y con voluntades compartidas de resolver las posibles diferencias de criterios y de intervención, donde al paciente le debe llegar una respuesta única del equipo tratante y no una suma de miradas, posiciones e indicaciones disociadas que por lo cual el paciente y/o familiares no

podrán saber con seguridad como proceder. Tradicionalmente esto se resolvía con facilidad ya que la decisión y la responsabilidad mayor recaía sobre el psiquiatra tratante, pero ahora, con la nueva ley y los cambios institucionales, estas decisiones y responsabilidades deben ser cada vez más compartidas y no dependen exclusivamente de la psiquiatría o una disciplina.

Para que estos cambios sean favorables y posibles, debe existir una fuerte apuesta institucional generando *espacios de diálogos* en el equipo, a fin de que estén las condiciones dadas para que se pueda consensuar en el modo de proceder. A su vez, debe existir voluntad y compromiso en cada profesional que representa su campo de saber, debiendo mostrar habilidad y disponibilidad para trabajar con otros, respetando ese espacio de autonomía que le pertenece a cada actor y permitiendo así aprender en cada análisis e intervención en conjunto.

### Los desafíos pendientes

Sin dudas aún queda mucho que aprender para valernos del concepto de interdisciplina en las prácticas institucionales de atención y en los espacios de capacitación e investigación.

Vasconcelos (VASCONCELOS, 2010. Pág. 51) señala cuatro elementos para pensar las barreras y límites en la práctica interdisciplinar.

1. *Los procesos de inserción histórica en la división social y técnica del trabajo y de la constitución de los saberes como estratégica de poder.* Cada profesión se ha incorporado en el mercado de trabajo de forma paulatina, conquistando espacio y sistematizando técnicas y saberes, mostrando su eficacia y su legitimidad frente a la sociedad.
2. *Mandato social sobre un campo específico.* En la división social y técnica de trabajo, se espera de cada profesión un quehacer a la hora de tomar decisiones, realizar tareas específicas y a la hora de atribuciones legales.
3. *Institucionalización de organizaciones corporativas.* Los sindicatos, colegios y organizaciones profesionales constantemente establecen fronteras de saber y de competencia con las otras profesiones. Defienden intereses políticos, salariales, éticos, condiciones de trabajos, objeto de intervención, participación en las políticas públicas sectoriales, etc. Todos aspectos que hacen a la lucha en el mercado de trabajo.
4. *Cultura profesional.* Cada profesión tiende a ir asumiendo un conjunto de valores culturales, imaginarios e identidades sociales específicas, preferencias teóricas y técnicas, estilos de vida, con respecto a la sociedad y entre las otras profesiones.

Por concepto, cualquier campo está constituido por actores que luchan por un objeto en común que está en puja. La potestad, la hegemonía es el fin último. Las relaciones entre profesiones están atravesadas por estas lógicas, ya que resultan puntos en conflictos a la hora de compartir un espacio en común. Estas luchas de poder quedan expresadas a la hora de tomar decisiones, en definir programas terapéuticos, al conformar equipos interdisciplinarios, a definir cargos directivos, al delimitar responsabilidades terapéuticas e institucionales, al constituir campos y objetos teóricos. Las profesiones no están alejadas de las lógicas capitalistas y de la lucha por el capital, como tampoco de la competencia, que es lo que alimenta las relaciones sociales burguesas liberales.

En este marco, debemos valernos fuertemente de la *ética* como elemento posible para resolver los conflictos de clases que atraviesa a los profesionales y las diferentes organizaciones. También resuelve pendientes discusiones teóricas y políticas que apuesten a nuevos horizontes en el campo de las ciencias sociales y sus diferentes maneras de organizar su formación y su saber.

### **El rol del Trabajo Social en equipos de Salud Mental**

La profesión ha vivido muchos cambios de identidad, posicionamiento y funcionamiento, siendo muy difícil hablar de un Trabajo Social donde todos estén satisfechos con la definición. En Argentina, a diferencia de otros países, no hay un colectivo profesional definido hegemonícamente, sosteniendo así la continuidad del debate sobre el ser-hacer profesional.

Estos continuos procesos, y aún inconclusos, hacen que a la hora de trabajar en equipos de trabajo uno sufra algunas dificultades de identidad y metodológicas. Caen sobre nuestra profesión una multiplicidad de miradas y prejuicios que aún nos acompañan, no solamente en los espacios de formación, sino en las costumbres institucionales, en el concepto que tienen las otras disciplinas y los “usuarios” de las instituciones sobre el Trabajo Social, el cual ha hecho grandes cambios internos, pero no ha sido bien expresado o percibido por los demás.

En cada campo, el Trabajo Social se encuentra con un desafío personal, el cual es definir su posicionamiento teórico y metodológico de intervención, que a diferencia de la psicología, la psiquiatría, terapeuta ocupacional, etc., nuestra profesión tiene sus propias discusiones que resolver. Más allá de las diferentes corrientes y discusiones teóricas que tienen dentro de cada una de ellas, hay un status científico aceptado que las hace tener un lugar más claro en la práctica clínica y en un equipo interdisciplinario.

El Trabajo Social ha sido dueño de ciertas prácticas tradicionales atravesadas por su procedencia de origen, por los formatos institucionales dominantes y por su “población predilecta”, legado que le cuesta aún desprenderse, por lo que quedó dentro de la profesión en el propio imaginario colectivo y en el de otras profesiones. Como por ejemplo el reduccionismo del Trabajo Social con los sectores pobres y excluidos del sistema capitalista, o centrando principalmente en la asistencia más que en la posibilidad de rehabilitación terapéutica, o en su rol tan cerca al poder judicial siendo prácticas más cercanas al control que al cuidado o al desarrollo.

### **Conclusión y Cierre**

Desde ya, y como se ha marcado a lo largo del trabajo, es de sumo interés remarcar la importancia de dicha intervención en el campo del trabajo en Salud Mental, aspecto necesario desde la práctica y remarcado de forma contundente en la nueva Ley de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, donde realza la intervención desde trabajo social en la apuesta a los procesos de desinstitucionalización y de desmanicomialización, los cuales exigen un despliegue más amplio y heterogéneo de prácticas y de actores involucrados, como así también una nueva manera de intervención.

Entender la intervención como un proceso supone que el trabajador social lo hace si-

guiendo una determinada secuencia. No es una intervención espontánea, sino este proceso permite analizar la demanda y definir la estrategia de intervención.

Se plantea la necesidad de analizar profundamente las situaciones objeto de intervención, donde el Trabajador social aporta al diagnóstico situacional del usuario de Salud Mental en su complejidad, realizando un análisis del tejido social del mismo, lo cual permitirá junto a los elementos teóricos de las demás disciplinas, definir estrategias de intervención para el tratamiento, internación y seguimiento.

Desde esta perspectiva la participación de dicho profesional en el dispositivo, se plantea como condición continua e indispensable frente a las problemáticas que esta política en salud propone.

## Bibliografía

- ✓ Amico, Lucía. *“La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social”*. Ed. Espacio. Año 2005. Buenos Aires.
- ✓ Alberdi, J. M. *“Reformas y contrarreformas, políticas de salud mental en la Argentina”* ed. unr. 2003
- ✓ Barembliitt. *“Compendio de análisis institucional”*. Ed. Madre de Plaza de Mayo. Año 2005.
- ✓ Barg, Liliana. *“Lo interdisciplinario en salud mental. Niños, adolescentes, familias”*. Ed. Espacio. Año 2006. Buenos Aires.
- ✓ Becerra, R., Kennel, B. *“Elementos básicos para el Trabajo Social en Salud Mental”*. Ed. Espacio. Año 2008. Buenos Aires.
- ✓ Carballada, Alfredo. *“La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales”*. Ed. Paidós. Año 2002. Argentina.
- ✓ Custo, Esther. *“Salud Mental y ciudadanía. Perspectiva desde el Trabajo Social”*. Ed. Espacio. Año 2008. Buenos Aires.
- ✓ Delgado, Juan M. *“Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales”*. Ed. Síntesis. Año 1995. Madrid.
- ✓ Dieguez, Alberto. *“Identidad Profesional y Trabajo Social”*. Ed. Espacio. Año 1997. Buenos Aires.
- ✓ Yamamoto, M. *“El debate metodológico de los 80 /90. Metodología y Servicio Social”*. Ed. Cortez. Año 2000. Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social. Brasil.
- ✓ Kisnerman, N. *“Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el construccionismo”*. Ed. Humen Hvmánitas. Año 1998.
- ✓ Ley Nacional de Salud Mental 26.657. *“Ley Nacional de Salud Mental”*. Año 2010. Argentina.
- ✓ Maxwell, Joseph. *“Qualitative research desing”*. Año 1996.
- ✓ Rozas Pagaza, Margarita. *“Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social”*. Ed. Espacio. Año 1998. Buenos Aires.

- √ Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P. “Manual de metodología”. Ed. Clacso. Año 2005. Buenos Aires.
- √ Schlemelson. “Análisis organizacional y empresa unipersonal”. Ed. Paidós. Año 1993.
- √ Stolkiner Alicia: “Equipos Interprofesionales y algo más: ¿es posible hablar de intersaberes?”. Revista Campo Psi-Revista de Información especializada” Año 3, N°12, Agosto de 1999, Rosario. (Acceso : [www.campopsi.com](http://www.campopsi.com))
- √ Vasconelos, e (coord.) “saúde mental e serviço social. o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade” ed. cortez. 2010.