



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA  
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL**

**CÁTEDRA DE MEDICINA SOCIAL  
AÑO 2011**

**TRABAJO FINAL**

**Tema:**

***La intervención del Trabajador Social en el campo de la salud mental. Una experiencia de las prácticas de formación profesional en el Centro de Día Pichón Reviere.***

**Alumnos: Baima Matias**

**Duarte Gastón**

**Greifenstein Marina**

**Quinteros Adrian**

## **A modo de introducción**

El presente trabajo intenta hacer un breve análisis acerca de algunas líneas de intervención del profesional de Trabajo Social en Instituciones de salud mental. El análisis se centrará en ahondar qué categorías y elementos aporta la experiencia del Centro Pichón Riviere como Centro de Día, en el momento de pensar las prácticas en Trabajo Social y de los equipos de trabajo institucionales. Al mismo tiempo nos interesaría realizar un breve análisis de cómo impacta la nueva ley 26.657 de salud mental. Si bien la misma se implementó en diciembre del año pasado, nos interesaría indagar qué hay de nuevo y qué queda de lo viejo en relación a las concepciones existentes en torno a la salud mental que se plasman en prácticas concretas. Prácticas que atraviesan nuestra profesión. En este sentido nos interrogamos si la ley logró instituir concepciones en torno al derecho que tienen los usuarios al consentimiento informado, a ser reconocido como sujeto de derecho y que se reconozca su capacidad, recibir información que sea comprensible sobre su propio estado de salud, y las posibilidades del poder de la toma de decisión acerca de su tratamiento y sus alternativas de atención.

Basaremos nuestro análisis en una experiencia de formación académica de uno de los integrantes del grupo. Dicha experiencia se lleva a cabo actualmente en el Centro de día Pichon Riviere. Por otro lado la información que desarrollamos a lo largo del trabajo respecto de la institución fue proporcionada por una Trabajadora Social del equipo a través de una entrevista abierta.

Elegimos este Centro en particular, ya que la Institución se propone como objetivo la apertura de un espacio en donde se genere la autonomía en los sujetos, es decir la posibilidad de elegir y decidir sobre diversos aspectos de su propia vida. Por lo tanto consideramos que la búsqueda de proyectos de autonomía en los sujetos es una de las cuestiones que moviliza a la Institución en su funcionamiento y pensamos que desde ese posicionamiento se pueden generar prácticas alternativas en salud mental.

El Centro intenta que la persona que concurre no pierda el vínculo con la Institución, pero pueda vivir fuera de ella y desarrollar su vida diaria, haciendo

empeño en restituir el derecho de las personas de vivir en su comunidad, de volver a generar lazos con ella en un intento constante de romper con el imaginario social de “el loco”.

Pensamos que el proceso de trabajo que se realiza en el centro de día Pichón Riviere, aporta a intentar producir una ruptura con la manicomialización, planteando de base una visión integral y complejizada de las personas con padecimientos mentales. Considerando que el mismo tiene como objetivo la inserción de los usuarios desde un punto de vista comunitario, haciendo hincapié en el restablecimiento de los vínculos familiares, laborales, y todos aquellos aspectos que tengan que ver con la implicancia de los usuarios con el desenvolvimiento de su propia vida cotidiana.

### **Salud/Salud Mental**

Para poder definir el concepto de Salud, partimos de entender que la salud se encuentra inscripta dentro de una totalidad social. Pensamos que la salud-enfermedad debe entenderse como un proceso dinámico que sufre modificaciones según cada coyuntura histórica. Nos parece enriquecedor el aporte que realiza Floreal Ferrara <sup>1</sup> para hablar acerca de una definición de salud. En este sentido Ferrara critica la concepción de salud que da la O.M.S. tomándola como un completo estado de bienestar físico, psíquico y social. El autor cuestiona el concepto de completud ya que plantea que no existe ser humano completo, con la vida completamente resuelta; no se puede eliminar la dimensión de los conflictos a los que uno se enfrenta en la vida cotidiana. Otro concepto que cuestiona es el de la salud tomada como estado, ya que es un termino que tiene que ver con lo estático, lo no dinámico. En este sentido Ferrara plantea el concepto de conflictos para dar su definición de salud. Va a plantear que la salud tiene que ver con el accionar de los sujetos frente a su contexto físico, psíquico y social en el que viven. Es el enfrentamiento a los conflictos y las búsquedas hacia su posible resolución lo que define la salud.

---

<sup>1</sup> Weinstein, Luis. Salud y Autogestión- 1989

Tiene que ver con la capacidad de enfrentar los conflictos para transformar su realidad, de ahí que cuestione el concepto estático que da la OMS. No es el conflicto lo que define “el estar enfermo” sino el bloqueo de esos conflictos y la imposibilidad de resolverlos.

El mencionado autor plantea que “(...) *La salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar aquello q deba ser cambiado y permita crear condiciones donde se cree el ámbito para el óptimo vital de esa sociedad. El dinamismo requerido para interpretar el proceso salud enfermedad se trata de un proceso incesante, hace a la idea de acción frente al conflicto, de transformación ante la realidad (...)*”<sup>2</sup>

A partir de esta concepción de salud es que nos permite posicionarnos desde otra mirada para comprender a la Salud Mental.

Para ello creemos conveniente rescatar los aportes que realiza Emiliano Galende acerca de cómo entender a la salud mental.

Quien plantea que: “(...) *el objeto de la Salud Mental no es de un modo exclusivo o los conjuntos sociales, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y su comunidad (...)*”.

Aquí es como vemos que los sujetos se encuentran atravesados por múltiples dimensiones económicas, políticas, culturales y sociales.

Ya desde este posicionamiento, el mencionado autor plantea que la Salud mental dejó de ser un ámbito exclusivo de los médicos, y ahora se propone “*un abordaje interdisciplinario, intersectorial, interprofesional, e interinstitucional (...)*”.<sup>3</sup>

A partir de lo anteriormente expuesto y como lo plantea la Ley 26657, entendemos a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

---

<sup>2</sup> Ferrara Floreal. Teoría social y salud

<sup>3</sup> Emiliano Galende. De un horizonte incierto.

## Hospital Neuropsiquiátrico.

*“el problema de los neuropsiquiátricos es político, ya que expresan la forma en que el Estado atiende a las personas, y también es de derechos humanos, porque muestra, en la población allí segregada y custodiada, la abolición del derecho al respeto de su dignidad, la supresión de sus derechos ciudadanos y la suspensión atemporal de su condición misma de sujeto de derecho”.*

*Emiliano Galende*

Consideramos a los hospitales Neuropsiquiátricos como instituciones totales que surgen con el objetivo político de mantener el orden social de todo aquello que la sociedad actual enmarcada en el modo de producción capitalista propone como la “normalidad”.

Este tipo de Instituciones someten todos los aspectos de la vida de una persona a la lógica institucional. Desde la perspectiva de Erving Goffman, estas instituciones totales se oponen a la interacción con el exterior y al éxodo de sus miembros.

Es por esto que consideramos al hospital neuropsiquiátrico como un dispositivo de encierro, al igual que la cárcel. Dispositivo de encierro que tiene como meta la reclusión de las personas que no siguen la lógica que propone el modo de producción capitalista.

La principal figura del neuropsiquiátrico es el médico psiquiatra, compartimos el planteo del psiquiatra Franco Basaglia, acerca del surgimiento de la psiquiatría: *“Es difícil decir si la psiquiatría es por sí misma instrumento de liberación o de opresión. Tendencialmente la psiquiatría es siempre opresiva, es una manera de manifestarse el control social (...) Desde este punto de vista, la psiquiatría es, desde su nacimiento, una técnica altamente represiva, que el Estado siempre usó para oprimir a los enfermos pobres, es decir: la clase trabajadora que no produce.”*<sup>4</sup>

En este sentido uno de los aportes significativos de la nueva ley de salud mental tiene que ver con correr la figura hegemónica de la medicina y de la figura del médico psiquiatra como omnipotente a partir de posibilitar por un lado

---

<sup>4</sup> *Página 12, 15 de octubre de 2009 “El manicomio liberado” Franco Basaglia.*

que las funciones jerárquicas de los servicios de salud mental puedan ser ocupados por un profesional del equipo interdisciplinario: psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional.

## **Centro de día Pichón Riviere**

Para dar cuenta de la experiencia del Centro mencionaremos algunas características que tienen que ver con su funcionamiento.

Este Centro pertenece al Hospital Neuropsiquiátrico Alejandro Korn de Melchor Romero. El mismo se funda en el año 1996 y empieza funcionando en un predio localizado en ese mismo Hospital; su objetivo era evitar los ingresos y re- ingresos de los pacientes a dicha institución, ya que por ese entonces el porcentaje de los mismos era muy elevado.

Es a partir del año 2007 que el Centro se traslada a otro espacio ubicado en la ciudad de La Plata en la calle 37 N° 573 y funciona todos los días de semana de 8 a 14 horas.

El Centro utiliza como dispositivo de trabajo un tratamiento ambulatorio diurno, atendiendo alrededor de 90 sujetos mayores de 18 años con padecimiento mental. La forma de abordar cada problemática de salud es dividida en tres áreas diferentes y complementarias a la vez: por un lado mediante la realización de talleres- a través de grupos terapéuticos- y mediante la atención familiar y comunitaria.

Los trabajadores del Centro lo hacen de manera grupal e interdisciplinaria; el equipo está formado por profesionales de las ramas de la medicina general, la psiquiatría, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y el trabajo ad-honorem que realizan estudiantes y pasantes de carreras afines sumada las facultades de Periodismo y Bellas artes.

El centro tiene una admisión de pacientes externados y una parte de la población proviene de agudos mujeres y agudos hombres. También cuenta con población en tratamiento ambulatorio. Reciben además pacientes provenientes de la comunidad.

Se realizan talleres de arte y expresión corporal, literatura, lectura de diarios, plástica, literario, cine y debate, reciclado, bijuterie, cocina y el taller que se encarga de realizar la feria americana. Espacios que posibilitan hacer trabajar el cuerpo y la mente, así como también la expresión de los sentimientos y la comunicación con los compañeros.

Estos espacios permiten que los usuarios logren superar el miedo a la exposición y que cada uno pueda desplegar al máximo su potencial.

Los talleres tienen una dinámica particular, en un primer momento el grupo de talleristas realiza una pre-tarea, en la cual los mismos coordinan como se va a trabajar ese día. Luego se realiza el taller con una duración aproximada de una hora y media y luego por ultimo realizan una post-tarea, para dialogar y evaluar cómo fue ese espacio. En este mismo momento realizan una crónica de todo lo sucedido y de cómo fue el desempeño de cada usuario en el espacio. Esta crónica se adjunta a una carpeta de uso institucional, en la cual cada tallerista deja por escrito que sucedió en cada uno de los talleres. Una regla institucional es que todos los talleristas deben leer en su pre-tarea o post-tarea que ha sucedido en los demás talleres a lo largo de la semana.

Desde el centro entienden la salud mental como construcción y proceso, intentan, desde este dispositivo de salud, modificar la realidad del sujeto posibilitando, que pueda modificarse a si mismo a partir de la movilización de aspectos de su historia para lograr una mayor autonomía.

Nosotros nos interrogamos si efectivamente este dispositivo de salud modifica la realidad del sujeto que padece una enfermedad mental. Marisa Barrios (2004:113 ) sostiene que las Instituciones que buscan alcanzar la desmanicomialización como las experiencias en torno a la internación domiciliaria, los hospitales de día, casas de medio camino, entre otras alternativa, *“en la actualidad, esto marca diferencias sustanciales con las Instituciones de la época clásica, pero al no existir una política que contemple la creación de otros dispositivos se reproduce la lógica tradicional y la ley funciona a modo de enunciado”*

En este sentido existe una coexistencia de ambas lógicas, la tradicional y la actual; dos formas distintas de concebir el padecimiento mental *“ la idea de encierro permanece frente a la ausencia de otros soportes sociales que integren a los sujetos más allá de su permanencia en la institución.”* nosotros

nos preguntamos ¿alcanza con que algunas instituciones resignifiquen antiguas prácticas que se vienen reproduciendo históricamente y oprimen a los sujetos o es necesario un cambio más global que abarque a la sociedad toda para lograr la destitución de “el loco”. ¿Qué otros soportes hacen falta para que se concrete la nueva ley de salud mental?

La ley de salud mental trae dos elementos trascendentales: entender a la salud mental desde la perspectiva de derechos humanos y la intervención interdisciplinaria que implica un abordaje integral e intersectorial “...otro punto de la nueva ley es pensar en el trabajo intersectorial, que la cuestión de la salud mental no es un ámbito específico de la salud o de las instituciones de la salud, sino la articulación con el trabajo, la educación, la cuestión de la vivienda...”<sup>5</sup>. En este sentido la nueva legislación plantea pensar que la salud mental no es patrimonio exclusivo de una sola disciplina, sino que implica mirar el padecimiento mental desde varias disciplinas ya sea desde la medicina, la psicología, la sociología, la psiquiatría, la abogacía y desde el Trabajo Social. De esta manera se comprende que cada profesión tiene algún aspecto que aportar a la comprensión y al abordaje de una persona con un padecimiento mental. Esto permite visualizar al sujeto, desde un abordaje que incluya todas las aristas para considerarlo como un sujeto integral, que tiene una historia familiar y de vida que lo atraviesa. Y por otro lado implica sacarle la centralidad que tiene “la enfermedad” en el sujeto para poner el foco en ese sujeto, que se encuentra atravesando una situación de enfermedad.

En este sentido la ley establece un marco de derecho para los usuarios de salud mental que se corre del paradigma tutelar para posicionarse en esta dimensión del sujeto como portador de derechos que son inalienables: desde como acceder a una internación, las características de una internación, de las condiciones de tratamiento, del derecho al consentimiento informado, de la posibilidad de pensar en su externación.

---

<sup>5</sup> Palabras emitidas por la Trabajadora Social del centro Pichon Riviere.

## **El Trabajo Social**

En relación al Trabajo Social la nueva ley abre muchas posibilidades de modalidades de abordaje distintas respecto a la salud. Creemos que el Centro Pichon Riviere da cuenta del aporte que la profesión realiza en el campo de la salud mental.

Entendemos al Trabajo Social como una profesión inmersa en la división social y técnica del trabajo, como un tipo de especialización del trabajo colectivo. (Iamamoto, Marilda; 1992. Cap. 3) De esta manera, el trabajador social como profesional presta servicios en instituciones que implementan políticas sociales, principal instrumento de intervención. Estos servicios sociales, están direccionados a garantizar los derechos sociales de los ciudadanos, donde “todos” los miembros de la sociedad pueden gozar de ellos, pero sin embargo, en lo real, las personas que acceden son aquellos que no alcanzan a tener el acceso al patrón medio de vida del ciudadano consumidor.

En el campo de la salud mental, los equipos de trabajo vendrían a ser uno de esos servicios sociales en donde se encuentra inserto el trabajador social y nos remite a pensar que quienes concurren a las instituciones psiquiátricas son usuarios, beneficiarios y no sujetos de derechos. Nos parece importante resaltar este rol que tiene el trabajador social como instrumento de dominación de una clase, ejecutor de políticas sociales del Estado, ya que no podemos negar esta dimensión de la profesión que tiene que ver con su constitución histórica. Pero por otro lado creemos que el trabajador social si bien puede reproducir la lógica del proyecto dominante capitalista, por otro lado puede construir proyectos alternativos, de autonomía. De ahí la importancia de comprender los procesos contradictorios en que interviene el trabajo social, sus límites históricos y sus condicionantes, pero entendiendo que siempre hay márgenes para actuar dentro de esos límites y que se pueden crear nuevas posibilidades y alternativas para intervenir.

Creemos que la ley de salud mental da un soporte significativo para que puedan efectivizarse los derechos humanos en esta área y que el Centro Pichon Riviere es un dispositivo que rompe con la lógica manicomial.

A modo de conocer cuál es el rol del trabajador social en el Centro, podríamos decir que el mismo se centra en la búsqueda permanente de estrategias que impliquen acompañar al sujeto con padecimiento mental en el sostenimiento de un tratamiento ambulatorio, en general para aquellos que no han podido sostener un tratamiento ambulatorio por consultorios externos. La propuesta del Centro implica por lo tanto una asistencia diaria con diferentes actividades a modos de talleres y bajo entrevistas semanales con el equipo para tratar temas como por ejemplo el desenvolvimiento de la persona en su lugar de trabajo, la vida familiar, la composición de una pareja, el vínculo con los hijos, etc.

El modo de abordaje es interdisciplinario, es decir, que el Centro mantiene reuniones semanales con el equipo donde se intenta socializar y compartir lo que cada profesional va trabajando en sus diferentes espacios y luego de plantear cada caso, ver que estrategias tiene cada uno de los profesionales para pensar una estrategia conjunta que permita tener al mismo tiempo un abordaje integral de cada caso.

Por otro lado la modalidades que tiene el Centro a modo de talleres tiene que ver con una propuesta de no eternizarlos en la Institución, sino que por el contrario, el taller sea un dispositivo que por un lado actúe como tratamiento terapéutico, que los sujetos puedan irse apropiando del lugar, que encaren proyectos participativos y que puedan generar actividades propias. Por otro lado la idea central de algunos talleres es que al mismo tiempo sea una herramienta para un posible futuro proyecto laboral. En este sentido, el Centro Pichón Riviere articula con algunas instituciones que tiene que ver con la inserción laboral como el SECLA, que es el servicio de colocación laboral que pertenece al ministerio de trabajo de la Provincia con el fin de promover el empleo en la administración pública de personas con discapacidad y en articulación también con empresas privadas. El sentido de articular con esta Institución es que los sujetos con posibilidades de trabajar puedan hacerlo percibiendo una remuneración. Este es otra dimensión que plantea la ley de salud mental ya que históricamente los sujetos que se encontraban institucionalizados en establecimientos psiquiátricos se los concebía como personas que tenían un tiempo de ocio y ese tiempo debía ser ocupado en cualquier actividad aunque no fuera con fines terapéuticos. De esta manera se concebía al trabajo que realizaban los pacientes como una ocupación del

tiempo libre, sin que mediara una remuneración por ese trabajo o los intereses concretos del interno.<sup>6</sup>

Por lo tanto consideramos que pensar en la posibilidad de que los sujetos con padecimiento mental puedan desarrollar una actividad laboral en el marco de una remuneración, es realmente significativo ya que permite pensar al sujeto como portador de potenciales capacidades. A decir Weinstein, Luis (1988:46) “La salud se puede definir en forma muy simple como conjunto de capacidades biopsicosociales de un individuo o de un colectivo...el enfermo siempre conserva capacidades...La salud se expresa en capacidades biológicas, psicológicas y sociales que no pueden aislarse en la vida cotidiana, en la creación o en la lucha social, aunque las distorsiones del sistema lleven a tabicamientos disciplinarios y a concentrar poderes separados en médicos, psiquiatras, educadores, dirigentes políticos y autoridades de grupos y familias...La salud, derecho, proyecto liberador debe absorber la capacidad de realización multidimensional del hombre, que solo florecerá en una sociedad liberada, sin estructuras de explotación- represión..”

### **Externación vs. Declaración de insanía**

Planteamos la siguiente oposición externación vs. declaración de insanía como una contingencia del pensamiento para que nos permita analizar como dos conceptos antagónicos que conviven en el marco de la salud mental.

Entendemos por externación el proceso por el cual los usuarios de Salud Mental están en situación de desmanicomialización o desinstitucionalización. Proceso en el cual como plantea Mario Woronowski se plantea un *“tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico, acompañamiento comunitario, soporte habitacional, entre otros, se proponen acompañar procesos personales de creciente autonomía y autovalimiento (...)*” .<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Entrevista realizada a la Trabajadora Social del equipo técnico del Centro Pichón Riviere.

<sup>7</sup> Mario Woronowski, Problemas teóricos. Cuestiones prácticas, El trabajo de rehabilitación en la externación asistida.

Es a partir de esto que reflexionamos que es necesario que todos los pacientes de los hospitales psiquiátrico ingresen en un proceso de externación para así de manera lenta pero progresiva se llegue al cierre definitivo de los hospitales neuropsiquiátrico.

¿Porque de manera lenta? Consideramos que las personas con padecimientos mentales al entrar a la lógica del manicomio, pierden la autonomía y su vida entra en un proceso de pasividad sobre sus propios actos, y sobre sus derechos. Entonces ante esta situación es que el proceso de externación, viene a impulsar/movilizar, en el sujeto su autonomía, es decir, el manejo de sus propios actos y la consolidación de sus derechos.

Esta situación es totalmente opuesta a lo que se plantea desde el juicio de insanía que con el objetivo de “preservar la salud de la persona”, la ley priva a las personas de la posibilidad de obrar por sí misma.

## **A modo de conclusión**

### **Desmanicomialización-Salud Mental- Trabajo Social**

Partimos de la experiencia Italiana ya que en esta se encuentra la génesis del movimiento de desmanicomialización.

La reforma italiana, como lo plantea Kinoshita (1998), *“es un proceso social complejo y contradictorio, en el cual se producen innovaciones en las características y participación de los actores, en los contenidos u en los modos de conflicto”*.<sup>8</sup>

La desinstitucionalización es la piedra angular fundamental de toda la experiencia italiana y se va a constituir como base para la eliminación de la internación psiquiátrica y la apertura de servicios territoriales en la comunidad, locus de su discurso y de una practica compleja, que revela y fortalece a sus actores sociales. Tiene como objetivos la eliminación de la internación psiquiátrica y la construcción de servicios en la comunidad que sustituyesen enteramente la propia internación.

La experiencia de la desmanicomialización, consiste en el cierre progresivo de los asilos y que la atención se haga en los hospitales generales, en pabellones de Salud Mental, con internaciones más cortas y tratamiento ambulatorio. La aplicación de ese dispositivo puede llevar varios años, ya que es un proceso, que no se logra de un día para otro y que implica el involucramiento de una gama amplia de actores sociales, con diferentes intereses.

Los hospitales psiquiátricos no se extinguirían abruptamente sino que seguirían funcionando para los casos de pacientes en situaciones graves, con periodos de tratamiento transitorio, de corto plazo, para que los sujetos puedan compensarse en el hospital y luego continuar con tratamientos ambulatorios en efectores ubicados en la comunidad.

Siguiendo la línea de lo anteriormente planteado desmanicomializar es desestructurar el sistema manicomial, hacia una nueva forma de atención de la salud mental, pero no implica cerrar el Hospital Psiquiátrico, no es dejar en la

---

<sup>8</sup> . Kinoshita, R. Una experiencia pionera: la reforma psiquiátrica italiana. En Sause Mental y Ciudadana. Plenario de trabajadores de salud. San Pablo. 1998.

calle a las personas internadas; no es hacer responsable de los sujetos portadores de padecimiento mental a sus familias, no es dejar a los trabajadores de la salud sin trabajo; no es privatizar la atención de la salud pública; no es sobremedicar; no es encerrar; no es segregar; no es ejercer violencia física, psíquica ni química; no es depositar a las personas; no es abandonar ni desamparar; no es judicializar la internación; muy por el contrario es dignificar la atención de la salud mental; es transformar el vínculo entre el profesional y la persona internada; es implementar internaciones cortas en hospitales generales o centros de salud mental; es procurar la atención ambulatoria, domiciliaria; es recuperar los lazos familiares y sociales de los internados; es garantizar la vivienda (propia y/o familiar o a través de hogares sustitutos, casas de medio camino, cooperativas de viviendas, albergues, pensiones, casas de día, etcétera); es garantizar el trabajo de los internados (mantenimiento de la relación laboral; creación de cooperativas, bolsas de trabajo, micro emprendimientos y otros), es brindar más información, apoyo y contención a las familias; es convertir el “manicomio” en un hospital general con un área de salud mental; es buscar nuevas alternativas de tratamiento; es ejercer el derecho a consensuar un tratamiento adecuado. Es aquí donde como trabajadores sociales debemos generar estrategias de intervención para trabajar junto con otros profesionales en miras de restituir los derechos de los sujetos portadores de padecimiento mental.

La problemática de salud mental implica decisiones políticas (como lo fue la sanción de la ley 26.657), ya que la política de salud mental implica un campo de tensiones, en el que en cada momento histórico implica una serie de actores involucrados, con una particular relación. Estos actores (servicios asistenciales, familias, “locos”, corporaciones profesionales, prestadores privados); tienen diferentes posiciones, hegemonía, capital, ideología, intereses. Y nosotros como profesionales, trabajadores sociales, participamos mediante nuestras prácticas en la reproducción de ese campo. El campo de la salud mental es una construcción social que se constituye socio históricamente.

Lo que se intenta con la desmanicomialización es romper con la lógica asilo-manicomial, siendo esta última la modalidad hegemónica de atención en salud mental en nuestros días, si bien convive con otras modalidades de atención alternativas.

Históricamente el tipo de modalidad de atención en salud mental hegemónico, desarticula los tres niveles de atención de la salud, no tiene en cuenta las decisiones de los sujetos ni su proyecto de vida, hace que se produzca las reinternaciones de los sujetos con padecimiento mental, jerarquiza la figura del medico subordinando al sujeto, colocando al medico en una posición de poder, de saber, se subordinan a la figura del medico, también a las distintas profesiones como ser a los trabajadores sociales, a los terapeutas ocupacionales, enfermeros, psicólogos, entre otros, se desechan cuestiones que hacen al proceso salud- enfermedad- atención, centrándose en lo biológico, en la sintomatología. Este modelo deja de lado a la familia en el tratamiento ya que no trabaja con la familia a lo largo del mismo, sino que solo la utiliza como recurso cuando el sujeto esta en condiciones de ser externado. Es en este momento, cuando para esta modalidad los médicos “llaman” a intervenir al trabajo social para adaptar el sujeto al medio, considerando que la función del trabajador social es cambiar la mentalidad, los comportamientos de estos sujetos, que en muchos casos han pasado largo tiempo institucionalizados, y abordar lo social, lo externo a la enfermedad, en vez de trabajar interdisciplinariamente durante todo el proceso de internación del sujeto.

Actualmente se han comenzado a revertir algunas de las situaciones en cuanto a la dimensión social y su tradicional relación con el trabajo social, ya que con la sanción de la nueva ley de salud mental, resulta ineludible en el abordaje terapéutico de los equipos de salud.

Actualmente muchos equipos de profesionales comenzaron a identificar que “lo social” no es un área de competencia exclusiva del trabajo social, por esta razón el trabajo interdisciplinario se propone como la modalidad de abordaje mas adecuada.

Si bien estos pequeños cambios deben destacarse, todavía en el campo de la salud mental quedan muchas cuestiones a revertir y trabajar para que el campo de la salud mental pueda brindar a los sujetos portadores de padecimiento mental una optima atención, respetando y garantizando todos sus derechos como sujetos en igualdad de condiciones que los demás ciudadanos, y en especial dejando que el propio sujeto decida que proyecto de vida desea. Como profesionales debemos escuchar al sujeto, acompañarlo, y poder

trabajar con él de modo conjunto. Como así también debemos asesorar tanto a estos sujetos como a su grupo de referencia respecto de recursos públicos y políticas sociales que estén a su alcance y de los derechos y obligaciones de los pacientes y sus familias.

Si bien consideramos que las Políticas Sociales tienen una visión fragmentaria y unidimensional de los sujetos, los profesionales deben utilizarlas estratégicamente como un elemento más en el proceso de intervención que contribuya en lo que respecta a la externación de los usuarios de Salud Mental. La nueva ley de salud mental implica un avance realmente significativo en materia de derechos humanos y es un instrumento eficaz para garantizar que se efectivicen esos derechos.

Por último para concluir queremos mencionar que si bien, estos avances de la nueva ley de Salud Mental, son importantes, es necesario y urgente la incorporación de nuevos profesionales y la apertura de nuevos centros de día como el Pichón Riviere ya que, actualmente, hay una gran demanda en este tipo de centros para la incorporación de nuevos usuarios.

Es decir que, más allá de los cambios significativos que la ley promulga, estos para ser efectivizados requieren un aumento en de la inversión estatal en el área de la Salud.

## **BIBLIOGRAFIA**

- **Weinstein, Luis. Salud y Autogestión- 1989.**
- **Ferrara Floreal. Teoría social y salud**
- **Emiliano Galende. De un horizonte incierto.**
- ***Pagina 12, 15 de octubre de 2009 “El manicomio liberado” Franco Basaglia.***
- **Mario Woronowski, Problemas teóricos. Cuestiones prácticas, El trabajo de rehabilitación en la externación asistida.**
- **Kinoshita, R. Una experiencia pionera: la reforma psiquiátrica italiana. En Sauses Mental y Ciudadana. Plenario de trabajadores de salud. San Pablo. 1998.**

## Anexo

### Entrevista a Laura Andreoni, Trabajadora Social del Centro de Día Pichón Riviere.

#### Ejes:

- De que manera visualizas vos la implementación de la nueva ley de salud mental en el Centro Pichón Riviere
- Que elementos trae la nueva ley (acciones, concepciones).
- De todos esos elementos, cuales pensas que se están incorporando y cuáles no?
- Que pensas que hace falta para que se incorpore sus preceptos, principios, concepciones.
- Qué tipo de intervenciones realiza o se propone realizar el equipo de trabajo en el marco de la nueva ley. (De qué manera trabajan)
- ¿Ve diferencias con intervenciones y acciones anteriores a la implementación de la ley por parte del equipo?
- Que aspectos visualizas que actúan como obstaculizadores para llevar a cabo una práctica que garantice el derecho a la protección de la salud mental y el ejercicio efectivo de los derechos humanos. (nombrar solo alguno de ellos)
- ¿Visualizas algunos aspectos obstaculizadores en el interior del **equipo de trabajo** del Centro Pichón Riviere?
- Cual pensas que es el desafío para la profesión en este nuevo marco, con la implementación de esta ley, pensando siempre en una coyuntura que la atraviesa
- Cuál es el desafío para el equipo interdisciplinario

En el centro estamos intentando generar algún espacio en relación a la discusión de lo que implica la ley de salud mental. Tanto las psicólogas como yo estuvimos participando en espacios de discusión en torno a la ley provincial e intentamos traer la discusión el equipo. Por otro lado creo que en el centro hay una concepción entorno a los derechos humanos, que estaba antes de la implementación de la ley, que tiene que ver con que la salud mental no es patrimonio de una sola disciplina, sino que todas tienen algo para aportar en lo que implica un padecimiento mental para una persona y en relación a todas las esferas de la vida de una persona que se ven; esta es otra concepción que plantea la ley: hablar de padecimiento mental o de sufrimiento mental; porque un poco lo que hace es devolver la centralidad de la enfermedad en la persona, es el sujeto el que atraviesa una situación de salud mental, no es estudiar solo la enfermedad; es la enfermedad en ese sujeto que sufre. Y también es pensarlo no desde el aspecto farmacológico, que si viene es un aspecto importante, pero lo también todos los ámbitos de su vida cotidiana que se ven afectados. También en como acompañarlo desde el equipo en el sostenimiento de un tratamiento ambulatorio. Lo que nosotros observamos que la mayoría de estos usuarios tienen una historia prolongada de re internaciones que no han podido sostener un tratamiento ambulatorio por consultorios externos. Entonces por ahí una propuesta de un dispositivo que implique una asistencia diaria, con diferentes actividades, el sostenimiento con entrevistas con la psiquiatra y el abordaje de otras cuestiones como por ejemplo como se ve afectado lo laboral por su situación de salud; en como esto afecta la vida familiar, la composición de una pareja, el vínculo con los hijos, la dimensión para muchos del estudio. La enfermedad produce muchas rupturas con la vida cotidiana de os sujetos que la atraviesas y que muchas veces no se retoma la condición de oman ya sea por la condición de deterioro de la enfermedad o porque no hay un abordaje.

\* Ustedes como operativizan ese abordaje?

Nosotros en el Centro tenemos reuniones de equipo donde intentamos socializar y compartir lo que cada profesional va trabajando en sus diferentes espacios y también hemos lograr tener un abordaje compartido en situaciones; lo que es el abordaje en familias, hacemos las entrevistas compartidas con la psiquiatra. Desde el trabajo social también tenemos entrevistas individuales con los usuarios del centro. Por ejemplo con un usuario que recién ingresa al centro trabajamos con la cuestión de la accesibilidad,

que pueda sostener el encuadre de asistencia diaria, que pueda gestionar su pase de transporte, generar esa accesibilidad es uno de los puntos que trabajamos. En principio hay que trabajar si van a venir solos, que sepan llegar al centro. En principio se intenta que vengan acompañados de las familias y luego cuando van ganando autonomía, que se puedan

desenvolver, ir solos al centro. Después ver si el usuario puede vivir solo o no, la cuestión de que pueda tener acceso a algún recurso económico, nos manejamos mucho con el trámite de las pensiones asistenciales, que les corresponden por la cuestión de discapacidad y que para muchos significa el único recurso económico; las pensiones garantizan que se alquilen alguna pensión o que puedan colaborar con la economía familiar. Nos ha pasado de casos que Vivian en el ámbito familiar y han decidido irse a vivir solos, en ese caso se hace un acompañamiento en la búsqueda de un lugar donde puedan irse a vivir. Y bueno, el trabajo fuerte es con la familia porque tanto el sostenimiento de un tratamiento de una internación como el tratamiento ambulatorio generan mucho desgaste en la familia que a veces ronda en no terminar de entender lo que implica un padecimiento mental. A veces atribuyen a las personas aspectos como no tener voluntad o que es un capricho, cuesta aceptarlo. Y trabajar en esto, lo que implica la comprensión de un diagnóstico, no es fácil entender que un integrante de la familia tiene un padecimiento mental. Y también que ese padecimiento no viene solo, sino que esa persona tiene una historia familiar. A veces ese padecimiento mental aparece como algo exclusivo de la persona que lo sufre. Entender esto con la familia es parte de la intervención de Trabajo Social, en relación al equipo, siempre. Se trata de plantear el caso en el equipo y luego ver que estrategias tiene cada uno de los profesionales y pensar una estrategia conjunta, trabajar en un mismo sentido, de ahí la importancia de las reuniones de equipo y también para transmitir información, porque a veces pasa que no siempre la misma persona transmite la misma información a cada uno de los profesionales, por eso está bueno socializar en las reuniones semanales: trabajo social, psicología, psiquiatría y enfermería.

A veces se trabaja sobre lo emergente, los problemas que ameriten una demanda más urgente. El centro cuenta con una población de casi ochenta y pico de usuarios. Algunos no tienen esta modalidad de encuadre diario por que vienen desde hace mucho tiempo, realizan algunas actividades o vienen a la entrevista con la psicóloga. Y los tres centros están trabajando con la misma población y todos los jueves se evalúan admisiones de manera conjunta entonces aquellos quienes no tienen una demanda

mayor quedan relegados, pero con los que también tenes que estar pensando alguna estrategia que les permita pensar que en algún momento van a tener el alta del centro, pensando la inclusión en otros espacios, como el barrio.

La propuesta de que ellos vengan a los talleres tiene que ver con una propuesta que tiene que ver no con eternizarlos, sino la idea es que les permita organizarse, ir armando sus proyectos para buscar otras cuestiones en el ámbito laboral; el armado de un proyecto laboral. Nosotros estamos articulando con algunas instituciones que tienen que ver con la inserción laboral como SECLA que es el servicio de colocación laboral que pertenece al ministerio de trabajo de la provincia. Esta institución lo que trabaja es el empleo en la administración pública de personas con discapacidad y en articulación con empresas privadas; la idea es que sea un trabajo con remuneración ya que muchas personas están en condiciones de poder trabajar y recibir una remuneración. Ese es otro aspecto que trata la ley: las personas que estén empleadas tienen que recibir remuneración por las tareas que realizan. El trabajo en salud mental aparecía como esta ocupación del tiempo libre: la persona internada que tiene tiempo de ocio y ese tiempo debía ser ocupado en cualquier actividad independientemente de los fines terapéuticos. Pero en realidad la idea es que el trabajo para esa persona tenga que ver con un proyecto donde estén implicados sus intereses de la persona y eso le permita mejorar su situación de salud y su calidad de vida. Ese es otro punto de la nueva ley, pensar en el trabajo intersectorial, que la cuestión de la salud mental no es un ámbito específica de la salud o de las instituciones de la salud, sino la articulación con el trabajo, la educación, la cuestión de la vivienda. Esta es una cuestión importante. Pre alta dispone de lo que son casas de convivencia donde se evalúa la posibilidad de que 4 o 5 personas puedan vivir.

1. El trabajo de lo que se llama rehabilitación es muchas veces desandar lo que la institución genero, todo el aplastamiento subjetivo de la persona.

2. - Un punto importante a trabajar tiene que ver con la limitaciones el manejo del dinero, evaluar que cosas comprarían y que cosas no, priorizar que quieren comprar y hacer ese acompañamiento, eso es parte de lo que se perdió, con esas capacidades que tuvieron en algún momento que con la internación se perdió. Otro de los puntos de la ley que tiene que ver con generar organismos que organicen el tiempo de internación de los sujetos.

3. -Otra cuestiones importante que nosotros vemos en el centro es la cuestión de que a veces no alcanza con garantizar ese recurso como por ejemplo que tenga el

alojamiento, si no se trabaja en relación al tiempo del sujeto, es imposible, no se puede sostener eso sin la estrategia de esa persona y su propia decisión de que quiera proyectar por fuera de la institución. No se puede armar una estrategia por fuera del sujeto, por eso el trabajo con el sujeto lleva tiempo, es una cuestión de aproximación.

\* Que elementos de la nueva ley piensas que faltan incorporarse?

En relación a la ley de salud mental falta todo por hacerse sobre todo el aspecto de crear dispositivos de base comunitaria es un punto conflictivo porque Romero tiene una población de 980 personas internadas y hay solo 3 centros de internación, por lo que crear mas dispositivos comunitarios es otro de los desafíos; implica más profesionales, la articulación con la atención primaria de los centros de salud donde hay caso en que se pueden ser abordadas desde lo comunitario y hay situaciones en que no porque la internación se necesita como recurso, pero esa internación tiene que ser limitada. Se hace necesaria la creación de nuevos dispositivos que exceden al centro y tenemos una población de 80 pacientes que para poder hacer un trabajo singularizado no podemos incorporar mas, porque la idea no es hacer de esto un hospitalito.

-Otro aspecto que aporta la nueva ley es el abordaje de poder acotar el nivel de decisión que en la modalidad de abordaje en salud mental tiene la institución judicial, se siguen haciendo estas declaraciones de insania por el solo hecho de la inserción sin evaluar si amerita o no que una persona sea declarada insania. La nueva ley se para en esta concepción de los derechos humanos y pensar en la capacidad de la persona y no en que toda persona que tiene un padecimiento mental, no puede o tiene que ser considerada insania. Un poco es trabajar con el modelo social de la discapacidad, la persona tiene capacidades y el equipo tendrá que evaluar que cuestiones está afectada y en ese sentido plantear medidas de protección de esa persona como el resguardo de sus bienes, pero siempre que eso sea provisorio; el padecimiento mental no quiere decir que la persona En relación a la ley de salud mental falta todo por hacerse sobre todo el aspecto de crear dispositivos de base comunitaria es un punto conflictivo porque Romero tiene una población de 980 personas internadas y hay solo 3 centros de internación, por lo que crear mas dispositivos comunitarios es otro de los desafíos; implica más profesionales, la articulación con la atención primaria de los centros de salud donde hay caso en que se pueden ser abordadas desde lo comunitario y hay situaciones en que no porque la internación se necesita como recurso, pero esa internación tiene que ser limitada. Se

hace necesaria la creación de nuevos dispositivos que exceden al centro y tenemos una población de 80 pacientes que para poder hacer un trabajo singularizado no podemos incorporar más, porque la idea no es hacer de esto un hospitalito.

-Otro aspecto que aporta la nueva ley es el abordaje de poder acotar el nivel de decisión que en la modalidad de abordaje en salud mental tiene la institución judicial, se siguen haciendo estas declaraciones de insania por el solo hecho de la inserción sin evaluar si amerita o no que una persona sea declarada insania. La nueva ley se para en esta concepción de los derechos humanos y pensar en la capacidad de la persona y no en que toda persona que tiene un padecimiento mental, no puede o tiene que ser considerada insania. Un poco es trabajar con el modelo social de la discapacidad, la persona tiene capacidades y el equipo tendrá que evaluar que cuestiones está afectada y en ese sentido plantear medidas de protección de esa persona como el resguardo de sus bienes, pero siempre que eso sea provisorio; el padecimiento mental no quiere decir que la persona siempre va a estar en crisis y que la persona no pueda tomar decisiones sobre su vida. La declaración de insania lo que hace es sustituirlo a la persona de su capacidad de derecho, ahí es cuando se instituye una figura de un curador, que es el que lo representa y en algunas situaciones será necesario, pero hay que evaluarlo en el tiempo y también hay figuras intermedias donde a la persona no la destituye en todas sus capacidades, la idea es que esta figura del curador lo acompañe y no que la sustituya en sus decisiones. En este sentido el modelo jurídico intervino mucho en este modelo tutelar.

-La ley establece el marco de derecho para los usuarios de salud mental. Es correrse del paradigma tutelar y pararse en esta cuestión del sujeto de derechos: desde como acceder a una internación, de las condiciones de tratamiento, de la posibilidad de pensar en su externación. La nueva ley abre muchas posibilidades para la profesión en las posibilidades de modalidades de abordaje distintas de la salud. También en la posibilidad de armar proyectos con otras instituciones