

Universidad Nacional de La Plata

Facultad de Trabajo Social

Cátedra de Medicina Social

Trabajo Social y Salud

Mental

¿qué lugar ocupa esta

profesión?

Profesora de Práctico: Lic. Laura Otero

Año: 2013

Integrantes:

Canevarolo, Ailen: obeyna@hotmail.com

Rodriguez del Pino, Sebastian: sebastslp@gmail.com

Vazquez, Fernanda: fervazquez_91@hotmail.com (turno mañana)

Merlo, Mariano: nippur71@yahoo.com.ar

Resumen

En el presente trabajo se analizará la temática de la salud mental, a partir de la práctica realizada en el Hospital público Dr. Alejandro Korn, específicamente en la sala subagudos, en donde observamos que la población usuaria predominante de estas instituciones totales proviene de los sectores más desfavorecidos de la sociedad.

Por otro lado, al mismo tiempo, en estas instituciones y a pesar de la sanción de la ley N° 26.657, se pueden observar que en la actualidad coexisten dos lógicas totalmente diferentes en cuanto a cómo abordar las intervenciones en salud mental, es decir que, una de ellas está relacionada a dicha sanción y la otra vinculada a la lógica tradicional; lo que hace, al mismo tiempo, que el profesional en trabajo social deba posicionarse en alguna de ellas al momento de intervenir en este campo.

Introducción

El presente trabajo surge a partir de haber realizado las prácticas Pre- profesionales durante este año en la Sala subagudos Dr. A. Korn ubicada en el Hospital Neuropsiquiátrico que lleva el mismo nombre, en la localidad de Melchor Romero.

Partiremos de la concepción de salud desde la que nos posicionamos, desarrollando un recorrido histórico de la institución y los cambios generados en base a la salud mental.

Aquí se observan las mutaciones que fueron atravesando este tipo de instituciones a lo largo del tiempo. En base a esto, se destacan aquí las políticas llevadas a cabo, las construcciones sociales que giran en torno a los padecimientos mentales, las formas de tratamiento a los mismos y el rol del trabajador social en este campo de la salud mental, desde la particularidad de la sala Korn.

La población de esta sala se identifica por poseer algún tipo de esquizofrenia. Es en este trabajo en donde mencionaremos como interviene el trabajador social en el tratamiento psiquiátrico-psicológico en relación a una concepción de sujetos de derecho y a la cotidianeidad de los mismos. Paralelamente se caracteriza una estrategia de abordaje basada en la APS y también, como funciona el proceso de intervención, relacionado a la externación de los usuarios desde un trabajo interdisciplinario. Esto último, relacionado al rol del trabajo social en la sala Korn a partir de la sanción de la ley de salud mental nº 26.657 que se rige en la actualidad.

Por ultimo, se esbozará una conclusión, analizando los aportes que puede realizar el Trabajo Social desde su intervención en la temática en cuestión.

Historia del Hospital Alejandro Korn

La construcción y el diseño del Hospital Alejandro Korn, se relacionan con un momento socio histórico particular, que es el de la fundación de La Plata como capital de la Provincia de Buenos Aires.

En julio de 1880, la Cámara de Senadores de la Provincia de Buenos Aires “había autorizado al Poder Ejecutivo a invertir 7 millones de pesos en la fundación de un Hospital General para la Ciudad de La Plata.”¹

Tres años después, la ley que habilitaba la anterior construcción, fue derogada, aprobándose la construcción de un Hospital “tipo barraca”, tanto para hombres como para mujeres.

La nominación original de Hospital Barraca, se debió a la utilización de un tipo de construcción en boga en aquel entonces, que permitió agilizar la construcción de edificios en la propia fundación de la ciudad de La Plata, y que también fue usado en las guerras por su fácil instalación. Se trata de construcciones de madera, que aún en la actualidad existen en el hospital – el lugar utilizado por el centro de formación laboral es uno de ellos-. Las mismas fueron siendo sustituidas a lo largo de la historia, dado que se consideraba en un inicio, que la locura podía ser contagiosa, motivo por el cual dichas construcciones fueron paulatinamente quemadas.

El Hospital Barraca fue ubicado en tierras expropiadas a la estancia de Jorge Bell, a 10 km de la ciudad, en la localidad de Melchor Romero, con el formato de hospital psiquiátrico “Open Door”, tendencia novedosa y característica de la época, relacionada con las ideas imperantes de la psiquiatría en aquel momento; dando solución a la cuestión de propiciar espacios específicos para las personas que padecían enfermedades mentales. Es así, que las históricas instituciones de encierro, que funcionaban desde la lógica estatal, eran una forma de garantizar el orden y el disciplinamiento, para lo cual el encierro era la forma de brindar seguridad a la sociedad, alejando al sujeto considerado peligroso. Barrios (2004).

El paso del ferrocarril y la creación de la estación de Melchor Romero, en 1884, dan lugar a una nueva dinámica en las comunicaciones de la zona, y el crecimiento poblacional asociado a la contratación de trabajadores del hospital, determina la constitución de un espacio con nuevas características, en el sentido de que, como expresa Santos (1988:32) “además de la materialidad (componente fundamental [...] que conforma un determinado paisaje, y una determinada morfología, etc.), el espacio incluye unas ‘relaciones’”, es decir, el territorio no es solo un espacio geográfico

¹ Información obtenida de la página web del hospital A. Korn.

delimitado, sino que abarca procesos complejos que implican relaciones entre los individuos que lo habitan. De esta forma, lo territorial tiene necesariamente un atravesamiento socio político, económico, cultural e histórico, lo cual hace que en la medida en que los individuos van habitando y ocupando dichos espacios, sea posible hablar de un “territorio usado”. En función de ello, es posible visibilizar la centralidad: que adquiere el trabajo, como categoría fundante de las relaciones entre el hombre y la naturaleza.

El hospital contaba con 80 hectáreas de tierra para explotar, y la concepción de Colonia Agrícola para la rehabilitación de pacientes alienados era innovador entre fines del S XIX y principios de S. XX.

“Los primeros administradores y directores del nuevo hospital estaban influenciados por las corrientes alienistas. No descuidaban los aspectos de diseño urbanístico ni la forestación, actividad en la que trabajó en forma directa Alejandro Korn y los encargados del Departamento de Espacios Verdes del Hospital. Por supuesto, en aquellos años la mano de obra principal la aportaban los pacientes, quienes dejaron sus marcas en la disposición de las arboledas que han convertido al predio en una verdadera reserva de especies arbóreas.”² Del mismo modo, el plano para la edificación de una de las primeras colonias, durante la Dirección de Korn, en 1901, que llevaba el título de “Tipo de casas económicas para alienados en el manicomio de hombres de Melchor Romero”, implicaba la construcción de las mismas por parte de los internos del hospital sobre la base de que la forma de rehabilitación estaba dada por el trabajo. A más de un siglo de distancia, vemos hoy cómo algunas actividades vinculadas al acarreo de bolsones de ropa, arreglo de muebles, etc. son realizados por los pacientes, bajo esta misma lógica de trabajo -no remunerado-.

A través de esta descripción se podría decir que la lógica del hospital se enmarca en lo que Goffman (1961:13) define como instituciones totales, es decir, “lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”; este tipo de instituciones el autor las caracteriza diciendo que todas las dimensiones de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo una única autoridad; todas las etapas de la actividad cotidiana de cada miembro de la institución total se llevan a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros miembros, a los que se da el mismo trato y de los que se requiere que hagan juntos las mismas cosas; todas las actividades cotidianas están estrictamente programadas, de modo que la actividad que se realiza en un momento determinado conduce a la

² Idem.

siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone jerárquicamente, mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo administrativo; y que las diversas actividades obligatorias se integran en un único plan racional, deliberadamente creado para lograr de objetivos propios de la institución. Una de las principales consecuencias de las instituciones sociales sobre las personas que se hallan internadas, es el padecimiento subjetivo que se opera a partir de, justamente, la transformación o directamente anulación de aspectos de la subjetividad, producidos a partir de la neutralización o deterioro del yo del ingresante. Todo, o gran parte del conjunto de valores, significaciones simbólicas, percepciones del mundo operadas a través de prácticas cotidianas, se transforman violentamente durante el proceso de estadía en la institución total. Goffman (1994:27) lo describe de la siguiente manera: "El futuro interno llega al establecimiento con una concepción de sí mismo que ciertas disposiciones sociales estables de su medio habitual hicieron posible. Apenas entra se la despoja inmediatamente del apoyo que éstas le brindan. Traducido al lenguaje exacto de alguna de nuestras instituciones totales más antiguas, quiere decir que comienzan para él una serie de depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones del yo".

Por otro lado, Andrea Oliva (2007), destaca que el proceso en el cual van complejizándose las funciones del Estado en el marco del capitalismo monopolista, implica la generación de múltiples actividades vinculadas a la asistencia, la educación y la gestión de recursos, así como la aparición de diversas instituciones a principios del S. XX, que al delimitar sus campos de acción, fragmentan las necesidades sociales, constituyendo un sistema de prestaciones de servicios parcelados, que se convierten en respuesta estatal a las "refracciones de la cuestión social".

El hospital monovalente, no escapa a dicha lógica: a las políticas dirigidas a las clases subalternas, le son inherentes los intereses de las clases dominantes, y en este punto, la visión de los grupos que toman para sí el control del Estado, se orienta, mediante la política asistencial "en el sentido de integrar en la sociedad a la población trabajadora 'asistida', lo que en otros términos significa integrarla al orden establecido por el capital: es la integración al sistema de dominación en su condición de dominada" lamamoto (1992; 120). En este caso, la "integración" de la "locura" es realizada a través de la prestación de un servicio bajo la condición de reclusión, transformando un problema social, "en una cuestión bajo control" (Id.) Es así, tal como expresa Mendoza (2003), que "el hospital neuropsiquiátrico ha prevalecido como respuesta social a la atención de las problemáticas de salud mental"; fortaleciendo la idea de control social, y alejando de la comunidad aquellos sujetos considerados peligrosos, que alteran el orden social establecido y esperado.

En la actualidad, el Hospital "**Dr. Alejandro Korn**" cuenta con 24 salas de internación psiquiátrica, distribuidas en 164 hectáreas, con 260 camas para corta y media estancia, y 1.200 plazas para el área de Rehabilitación.³ También cuenta con un teatro, club social, área de servicio social, sector de cocina, CFL y escuela, CAPER, contable, estadísticas, huerta, informes y dirección.

Características de la población usuaria del servicio sub agudos (Sala Korn):

La sala Korn cuenta con 49 usuarios hombres, cuyo promedio de edad es de 40 años. Como características generales, esta población está diagnosticada con algún tipo de esquizofrenia; provienen casi en su totalidad del conurbano bonaerense; se trata de usuarios que vienen con una larga trayectoria de institucionalización, no sólo por hospitales psiquiátricos sino también por instituciones penales e institutos de menores (hoy hogares convivenciales). A la vez, esa trayectoria por instituciones psiquiátricas no se refiere a una sola internación, sino que en la mayoría de los casos son reiterativas. La mayoría de la población que se encuentra en esta sala, provienen de los sectores más vulnerables de la sociedad; mayormente del conurbano bonaerense. Por esta razón podríamos decir que quienes terminan internados en neuropsiquiátricos públicos son sujetos de bajos recursos que no pueden costearse una institución privada, donde las condiciones en las que viven los usuarios son totalmente opuestas a las que se pueden observar por ejemplo, en el Hospital A. Korn.

En cuanto al nivel educativo de los usuarios, la gran mayoría son analfabetos; y en la actualidad solo 6 son los que asisten a algún centro que les brinde herramientas relativas a la lectoescritura.

Algunos de ellos cuentan con el apoyo económico de los familiares y visitas de los mismos, brindándoles también soporte para su externación, pero la gran mayoría no cuenta con estas oportunidades, es decir, pocos cuentan con pensiones por discapacidad o sustento por parte de familiares para poder solventar sus necesidades. Respecto a la vida cotidiana de los usuarios por lo general todos pasan el día en la sala, tomando mate, y los pocos que llevan a cabo alguna actividad lo hacen dentro del hospital. Al día de la fecha son 4 los usuarios que realizan actividades en centros de día.

Una característica de la sala es que los usuarios no cuentan con un dispositivo que mantenga el contacto con el exterior del hospital en cuanto a los temas que surgen en la actualidad.

³ Idem.

“Además de una trayectoria de padecimiento subjetivo, entre las personas que en su mayoría ingresan a la institución, se encuentran muchos sujetos con una trayectoria de desocupación, de ausencia de recursos materiales, de precaria escolarización e inclusión en espacios sociales.

Esto implica para muchos la permanencia en la institución mucho más allá de una situación de crisis, ya que la ausencia de otros dispositivos que permitan reforzar la inserción social y los vínculos en lo local ubica a la institución en un lugar de permanencia prolongada o definitiva para muchos de estos sujetos.” Barrios (2004).

Por otro lado, la sala también cuenta con un equipo de enfermeros dividido en 3 turnos como también con un médico psiquiatra, una psicóloga, una trabajadora social, una residente de trabajo social y un secretario; como también con un equipo de limpieza y un mesero.

Categorías en relación a la Salud Mental:

Los cuidados de la salud mental, la asistencia, promoción y prevención de la misma, adquieren en el escenario actual y de acuerdo a la correlación de fuerzas de los diferentes actores un abordaje interdisciplinario, intersectorial, interprofesional e interinstitucional. Esto generó un nuevo foco desde el cual abordar los problemas y éste era el de comprender los sufrimientos mentales del individuo en el conjunto de sus relaciones familiares, grupales y sociales en un sentido amplio.

Por esto consideramos necesario primero remitir al concepto de salud, como lo define Ferrara⁴, cuando señala que la salud “presupone un enfrentamiento a los conflictos, un buscar modificar la realidad. La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver los conflictos aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones (...) de tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo y vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a los conflictos y la resolución de los mismos”. Sostenemos que dicha concepción se condice con la definición de la nueva Ley 26.657 sobre la salud mental, donde se plantea a ésta como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y

⁴ Weinstein, L. (1988) “El concepto de salud” cap. I. En: salud y autogestión. Ed. Nordan. Montevideo.

mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.”

Por lo que podríamos afirmar que esta definición de salud mental incorpora aspectos que trascienden el concepto meramente biologista de la perspectiva tradicional. Permitiendo pensar de este modo estrategias de intervención que abarquen lo intersectorial, y lo interinstitucional, para así poder lograr un abordaje diferente al que se llevó a cabo por muchos años en relación a las situaciones problemáticas que se encuentran atravesadas por padecimientos mentales. Socialmente existe la idea de que el indicador mas usual de no salud es la enfermedad física, pero adherimos a lo que plantea Escudero (2005) al decir que salud es también salud mental; este autor también plantea el concepto de salud colectiva, entendiéndolo como el resultado de políticas para toda la población, donde se busca la calidad promedio y la equidad.

El paso de una práctica de acción individual a una acción colectiva en relación a los pacientes y a su contexto, es decir, una estrategia de trabajo colectiva, implica algunas modificaciones, como la ampliación multidisciplinaria puesta en juego a la hora de crear una estrategia de abordaje. Esto es, el trabajo conjunto de profesionales tales como psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas de rehabilitación, terapeutas ocupacionales, entre otros. Esto, se encuentra expresado en la nueva ley de salud mental, en la cual dice, en el artículo 8 que, “Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes”.

Por lo cual entendemos al proceso de salud-enfermedad como lo define Laurell (1982), quien apunta a que el proceso salud-enfermedad tiene carácter social tanto por ser socialmente determinado cuando por ser en sí mismo un proceso social. Para demostrar que la enfermedad tiene carácter “histórico y social” distingue dos problemas; el primero referido al concepto de salud, que expresa cómo se conceptualiza y define socialmente a determinado fenómeno, el segundo en torno a lo que se esconde detrás del concepto de “enfermedad”, es decir, un proceso biológico que se da en la población independientemente de lo que se piensa respecto a él; es decir, el proceso salud enfermedad tiene carácter social por dos razones: por una parte el proceso salud enfermedad del grupo adquiere historicidad por que está socialmente determinado, esto es, para explicarlo no bastan los hechos biológicos, sino que es necesario aclarar como está articulado en el proceso social; por otra, el proceso biológico humano mismo es social, en la medida en que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico. Es decir, como

resalta Iriart (2002), el proceso de salud-enfermedad-atención es un proceso construido colectivamente, tanto en la forma que adquiere en cada sociedad y momento histórico, como en las posibilidades de transformarlo. Este proceso desde la medicina social es caracterizado por el autor como un proceso dialéctico y no como una categoría dicotómica.

Desde su surgimiento, la intervención del trabajo social en el campo de salud mental, se tornó en una especialización particular de la profesión: el trabajo social psiquiátrico. Este posicionamiento posibilitó y demandó para el desarrollo profesional, la utilización de saberes y métodos asociados a la psicología y psiquiatría, de este modo se comienza a psicologizar la lectura de las problemáticas sociales y/o a patologizar las relaciones socio-familiares de los sujetos que padecen una enfermedad mental. Mendoza (2003).

Nuestra profesión se incluye en el campo de la salud mental para acompañar a los usuarios en su proceso, durante el tratamiento psiquiátrico-psicológico. El Trabajo Social se encarga de abordar específicamente los problemas considerados “sociales” que obstaculizan el proceso de recuperación de los usuarios o imposibilitan su externación. Bajo esta representación, lo social se presenta como un campo específico de intervención del trabajo social. La figura del trabajador social aparece como el vector que une el adentro-afuera institucional.

Por otro lado, en relación al rol del trabajador social en el ámbito de salud mental, se observa la inclusión en las instituciones, ligada habitualmente a lo que tiene que ver con generar condiciones o modificar situaciones reales concretas, las cuales están directamente vinculadas a las condiciones de vida de los usuarios, como por ejemplo, los intereses del sujeto, las posibilidades individuales del mismo y oportunidades sociales que posibiliten la reproducción social del mismo.

En este sentido, Lafit (2013) expresa que “El lugar del Trabajador Social en los equipos de salud conlleva una fuerte connotación anclada en una matriz filantrópica que opera en la respuesta asistencial, es lo que se espera que el profesional realice, gestión de pases, pensiones, recursos varios, habitacionales, alimenticios, etc. no estoy diciendo que todo esto no sirva, ya que para acompañar un proceso de externación son necesarios estos y otros tantos recursos objetivos concretos, para que la persona pueda sostenerse en el medio que mejor siente, en su barrio, con sus referentes vinculares, en una pensión, donde sea. El tema es desde dónde, con qué objetivos se realizan estas gestiones, qué lugar ocupa en el marco de una estrategia de intervención. En el desarrollo de las estrategias de intervención, la gestión de estos recursos es un medio no un fin en sí mismo, acordamos que son necesarios y escasos, a la vista está, que existe una insuficiencia de recursos y servicios que sirvan

de apoyo y sostén para las personas con padecimiento mental en procesos de externación”. A partir de esto podemos decir que la falta de políticas sociales que apoyen el proceso de externación de los usuarios con padecimiento mental, influyen en el rol del trabajador social en las instituciones de salud mental, ya que esto, muchas veces, lleva a que el profesional, al no encontrar herramientas vinculadas a dicho proceso, deriva en que se adopten posturas o visiones vinculadas a la concepción tradicional de tratamiento en la salud mental.

“Por otro lado la ley promueve entre otras cuestiones que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario contemplando un abordaje intersectorial basado en los principios de la Atención primaria de la salud”⁵, por lo cual una de las estrategias de abordaje posibles en el campo de la salud mental es la APS (atención primaria de la salud), la cual tiene un enfoque sobre los derechos; y consiste en, según Werner y Sanders en la cobertura de las necesidades básicas de la población con un planteamiento integral y progresista teniendo como principal característica la prioridad de las medidas preventivas, la educación sanitaria y la implicación y el liderazgo de los miembros de la comunidad; al mismo tiempo coincidimos con Mahler (1981) cuando expresa que la APS, debe cumplir 3 requisitos fundamentales que son la el criterio multisectorial, la participación comunitaria y la tecnología apropiada, convirtiendo al individuo, a la familia y a la comunidad en el fundamento del sistema de salud. Dicho enfoque nos brinda la posibilidad de construir colectivamente, entre usuarios, su entorno y los profesionales, las “situaciones problemáticas” y así, poder diseñar estrategias de abordaje que tengan en cuenta la particularidad de los sujetos, y lo que hace a su contexto histórico.

Autoras que hablan sobre APS son Noelia Rodríguez y Jimena Lafit y otros (2013); al respecto dicen que la Atención Primaria de la Salud es definida como una estrategia integral que opera transversalmente en todos los niveles de atención. Se basa en un enfoque de derechos con premisas tales como, trabajo intersectorial, equidad en salud, participación comunitaria, entre otras conceptualizaciones. Así, la estrategia de APS se propone dar una respuesta integral a los problemas de salud. Lo cual abarca las actividades de promoción y prevención desde un enfoque que hace hincapié en la participación social, como así también, busca una permanente mejora de la calidad de atención en el sistema de salud.

En base a esto, las autoras también dicen que, un sistema de salud basado en APS implicaría, “Valores cómo derecho al mayor nivel de salud posible, Equidad y Solidaridad; Dar respuestas a las necesidades de la población; orientación hacia la

⁵ Lafit Jimena. Trabajadora social residente de tercer año del Hospital Dr. Alejandro Korn. Melchor Romero. 2013.

calidad, respuesta y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social; sostenibilidad, participación e intersectorialidad”. Con elementos tales como “recursos humanos adecuados; recursos adecuados y sostenibles; acciones intersectoriales; cobertura y acceso universal; primer contacto; atención integral, integrada y continua; orientación familiar y comunitaria; énfasis en la promoción y prevención, cuidados apropiados; mecanismos de participación activa; marco político legal e institucional sólido; políticas y programas pro-equidad; organización y gestión óptima.”

Podríamos así concluir que el principal objetivo de APS es entonces, poder alcanzar el mayor nivel posible de salud, al mismo tiempo que pueda maximizarse y garantizarse la equidad del sistema de salud. Basada en un enfoque de derechos.

La sanción de la ley de salud mental 26.657 exige la creación de dispositivos de atención de salud mental a nivel comunitario, ya que la creación de estos dispositivos apunta a que existan equipos de salud interdisciplinarios. “En este sentido, cabe destacar que la creación de estos dispositivos apunta a que existan equipos de salud interdisciplinarios, también podríamos pensar la constitución de equipos inter-saberes que puedan generar estrategias posibles dirigidas a sostener a los sujetos portadores de padecimiento mental en el marco de la comunidad. Esta modalidad de trabajo tiene por finalidad, entre otros aspectos, recurrir a la internación como última medida terapéutica, dando cuenta de que se han agotado todas las instancias previas”.⁶

A raíz de esto, podríamos pensar en la creación de equipos que puedan lograr realizar un trabajo conjunto entre diversos actores de la comunidad; organizaciones sociales; barriales; instituciones educativas, religiosas, de salud, justicia, entre otras, que favorezcan el desarrollo de estrategias de intervención que se puedan ajustar más a la situación de los sujetos, es decir, lo que constituye a la subjetividad del usuario, y no que favorezca la restricción de sus derechos, es decir, la creación de equipos que tengan sus bases en las premisas que plantea la APS.

La intervención desde la perspectiva de la APS, apela a la elaboración de estrategias que convocan a sectores de la población que no solo se reducen a instituciones formales. Es decir, intenta poder incorporar a las estrategias de abordaje todos los recursos de salud que circulan en la vida cotidiana de los sujetos. Ya que dentro de ese cotidiano, se encuentra la dimensión inmediata de la vida de los sujetos. Los modos de relacionarse, de adecuarse a las condiciones sociales que les permiten reproducirse.

El tratamiento que se les ha dado a las personas con padecimiento mental severo adquirió características diferentes en cada momento histórico, predominando en todas

⁶ idem

ellas el encierro. A partir de la sanción de la Ley 26.657 en el año 2010, se establece un nuevo paradigma en relación al tratamiento de las personas con padecimiento mental severo, prohibiendo al Estado la apertura de nuevos hospitales neuropsiquiátricos y propiciando la externación de los usuarios de estos servicios ya existentes. La externación de personas con padecimiento mental severo no puede entenderse como un acto, sino que se trata de un proceso que debe sostenerse en el tiempo, es decir, que la externación no es igual al alta médica; tal como expresan Justo y Weber Suardiaz (2005:1). En relación a esto Lafit (2013) expresa que “También es necesario tener en cuenta en cuanto a favorecer procesos de externación de personas con padecimiento mental que; existe el hecho de que la persona comienza un camino de toma de decisiones más legítimas, sin los condicionamientos propios del ámbito hospitalario, ese reconocimiento de la persona como sujeto es un trabajo arduo, pensemos que hay particularidades que se desprenden de trabajar con personas que han permanecido internadas por muchos años, aquellas que tiene menos tiempo de institucionalización, aquellas que han tenido varias internaciones o aquellas que cursan su primera internación. Son diferentes abordajes de acuerdo a la situación”. Esto quiere decir que en primer lugar la externación no quiere decir que el paciente este “curado totalmente”, sino que puede mantener una vida fuera de la institución psiquiátrica con el seguimiento de un equipo adecuado y manteniendo la medicalización recomendada para su padecimiento, y en segundo lugar también quiere decir que no existe un patrón de externalización, sino que la misma varia, y se basa en la subjetividad de cada usuario.

“Habría una especie de coexistencia de ambas lógicas, lo viejo y lo nuevo, lo tradicional y el cambio. 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 (...) 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. Barrios (2004).

En relación a lo planteado anteriormente, Lafit (2013) expresa que “En las estrategias de intervención, nos encontramos con la dificultad de contar con políticas públicas que respalden las acciones promovidas para los abordajes de tratamientos ambulatorios. Sin embargo, esta situación no se configura como un impedimento para el sostenimiento del abordaje de problemáticas ligadas a la salud mental. Es posible trabajar con diversos actores de la comunidad, organizaciones sociales y barriales, instituciones educativas, religiosas, de salud, justicia, entre otras, que permitan el desarrollo de estrategias de intervención que más se ajusten a la situación de los

sujetos y que menos restrinja sus derechos”. Un ejemplo de la intervención planteada por Lafit es llevada a cabo en el municipio de Morón, donde los sujetos con padecimiento mental cuentan al momento de su externación con una red interdisciplinaria, elaborada con diferentes instituciones de la comunidad barrial que los acompañan en este proceso, generando de este modo un mayor acompañamiento y sostenimiento del sujeto, respetando siempre sus derechos.

Por esto, consideramos necesario remitir al texto Políticas en salud mental (1994); donde se expresa que con el mismo gasto que insumen estas instituciones degradantes es posible prestar una atención más humana, eficaz, reparadora y racional. Para muchos la sola externación puede no llegar a ser más que un nuevo desamparo, más cruel que el vivido en el hospicio. La atención disciplinaria no puede desentenderse de la respuesta social, y esta debe incidir sobre los modos de relación humana que aquella instaura. Y esta respuesta social no puede quedar librada al voluntarismo. Se trata de plasmar esta respuesta en 3 niveles: construir una trama social solidaria y continente para recibir y aportar a la recuperación de la ciudadanía de las personas externadas, exigir la puesta en marcha de políticas sociales y de salud que garanticen a través del estado la cobertura de las necesidades de todo el proceso de reinserción social, mantener lo específico de una asistencia en salud mental que asegure una recuperación, en el grado de posibilidad que abre la externación y a fin de paliar el sufrimiento mental como para impedir nuevas modalidades de internación.

Por esta razón coincidimos con Barrios (2004) cuando expresa que “el desafío de nuestras prácticas implica interpelar y modificar una mirada cronificada, institucionalizada, que asume el lugar de lo que es así y no puede cambiar, de lo que dependería de un poder central para que se modifique, o aquello que no podría ser modificado por nuestras prácticas porque parecería estar predeterminado”.

Conclusión

Entendiendo a la Salud Mental como una totalidad, atravesada por múltiples dimensiones sociales, psíquicas, culturales es imprescindible que se trabaje desde un abordaje interdisciplinario a fin de poder tener la mayor cantidad de elementos para analizar cada situación que se presenta como sumamente compleja. Por lo cual creemos que resulta fundamental apoyar la creación y sostenimiento de prácticas instituyentes como por ejemplo pre-alta, que si bien es parte del Hospital basado en una lógica manicomial, trabajan desde un modelo alternativo a lo que es el tratamiento de la Salud Mental, pudiendo trabajar con los sujetos que padecen sufrimiento mental, estableciendo prácticas instituyentes en lo que hace al ámbito de la salud mental, en donde ciertas problemáticas se abordan en conjunto, no solo desde el profesional como portador de una única verdad del saber, sino construyendo con la sociedad en su conjunto ya sea desde la misma institución y, a la vez, con la participación de la comunidad en ámbitos barriales, fortaleciendo los vínculos interpersonales y colectivos.

Nuestra disciplina puede contribuir en este campo a la construcción de herramientas que le permitan a los sujetos enfrentar las diferentes problemáticas que se presenten en la vida cotidiana, generando de este modo la autonomía y autogestión en el medio social en el cual viven. En este sentido, creemos importante intervenir desde un abordaje donde entran en juego la historia familiar y la vincular más allá de la social, el contexto, los discursos, las representaciones. En definitiva, una totalidad de aspectos que se entrecruzan y le dan identidad al sujeto. Identidad cambiante y abierta, si entendemos la realidad como dinámica en movimiento y con posibilidades de transformación.

Queremos destacar la necesidad de que estos abordajes sean acompañados por una Política pública de Salud mental que establezca realmente como prioridad la prevención, asistencia y rehabilitación del sufrimiento mental, como así también un acompañamiento adecuado en el proceso de externación de los sujetos.

Bibliografía

BARRIOS, MARISA. (2004) Las prácticas en salud mental ante nuevos desafíos. Como pensarlos en la reconstrucción del tejido social. En: Intervención profesional: Legitimidades en debate- Ed: espacio.

ESCUADERO, J. C. (2005). Revista de la universidad de Buenos Aires. N°23 ¿QUÉ DECIMOS CUANDO DECIMOS “SALUD COLECTIVA”? Buenos Aires.

GALENDE, EMILIANO. (1994). “Modernidad, individuación y manicomios” puntos 4 y 9. En Políticas en Salud Mental, Cohen, Stolkiner y otros. Lugar Editorial. Bs. As.

GOFFMAN, Erving (1961), Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates (trad. española, Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales, Amorrortu, Buenos Aires, 1970).

GOFFMAN, Erving. (1994). Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu.

IAMAMOTO, MARILDA. (1992). Servicio Social y división del trabajo. Cap. I y II. Cortéz Editora. San Pablo.

IRIART, C.; WAITZKIN, H.; BREILH, J.; ESTRADA, A. y MERHY, E. (2002). Medicina social Latinoamericana. Aportes y desafíos. En revista panamericana de salud pública.

JUSTO, A. y WEBER, C. (2005). Recursos institucionales y recursos subjetivos en la externación de pacientes con padecimiento mental severo. XIX jornadas de residencia en salud mental. Facultad de Medicina de la UNLP.

LAFIT, JIMENA. Entrevista realizada el 09/10/2013.

LAFIT, J., RODRIGUEZ, N., WEBER, C., TORRES, J., GULINO, F., LÓPEZ, N. (2013). Atención Primaria de la Salud: una estrategia posible en el campo de la Salud Mental Ficha. APS y Salud Mental. Seminario Intensivo. FTS.UNLP.

LAURELL, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. En: Revista Latinoamericana de Salud. Nueva Imagen.

Ley Nacional de Salud Mental nº 26.657

MAHLER, H. (1981). El sentido de “la salud para todos en el 2000”. En: foro mundial de la salud. Ginebra.

MENDOZA. (2003). La modalidad de atención en salud mental: aproximación analítica desde la intervención del trabajo social. Ponencia en las II jornadas de Investigación: La investigación en trabajo social en el contexto Latinoamericano. UNER, Paraná, Entre Ríos.

OLIVA, ANDREA. (2007). Análisis histórico de las modalidades de intervención en Argentina. Trabajo Social y lucha de clases. Imago Mundi. Capítulo II. Bs. As.

SANTOS, MILTON. (1988). Nuevo orden internacional y reorganización espacial. En: Urbanización, subdesarrollo y crisis en América Latina. Seminario de geografía, Albacete.

WEINSTEIN, L. (1988). "El concepto de salud" cap. I. En: salud y autogestión. Ed. Nordan. Montevideo.

WERNER y SANDERS. (2000). Cuestionando la solución: las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil.

<http://www.hakorn.com.ar/>