

Hacia una construcción crítica en el campo de la salud mental

PRISCILA FERREYRA, LUCIANA AYELÉN GARCÍA, JULIA LLAMAS, IVANA PICCIUTO, ESTEFANÍA PRIETO, ANA REUMANN, GLORIA VON DER BECKE Y MALENA WAIS

En este espacio que nos abre la Facultad nos proponemos tomar la palabra para realizar un análisis acerca del proceso que llevó a promulgar la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, haciendo un recorrido por diferentes conceptos teóricos a partir de tres elementos que consideramos nodales para pensar la salud mental: **los derechos humanos, la interdisciplina y las instituciones manicomiales.**

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 sanciona el cierre y sustitución de las instituciones manicomiales. Propugna un modelo de atención basado en la comunidad a partir del trabajo de un equipo interdisciplinario y un abordaje intersectorial de las problemáticas de las personas con padecimiento psíquico. Sostiene que la internación es el último recurso terapéutico, que debe estar enmarcado en un plan de tratamiento, ser breve y llevarse a cabo en hospitales generales. Los cambios sancionados están sustentados en una perspectiva de derechos, que considera a la persona con padecimiento mental como un sujeto de derecho, los cuales no pueden verse conculcados por el sufrir una enfermedad.

Poder llegar hoy a la Ley Nacional de Salud Mental implicó evidentemente un largo proceso. Un proceso que involucró distintos momentos no solo en la historia de nuestro país, sino en la historia internacional.

Por intermedio de la cátedra, tuvimos la oportunidad de realizar una entrevista a uno de los tantos actores sociales que participaron en este proceso.

La implementación de una ley implica, como bien nos dice la Dra. Carolina Brandana (profesional de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, asesora en la Cámara de Diputados Bonaerense para el Proyecto de la Ley de Salud Mental de la Provincia

de Buenos Aires, actor social que participó y sigue participando en este proceso), a quien tuvimos la oportunidad de entrevistar: "...un largo proceso, ya que no son normas simples, son normas complejas, porque se trata de modificar, de implementar y de desarrollar una nueva política pública de salud mental. No es una mera cuestión normativa, sino que es una Ley que marca los lineamientos de un nuevo modelo de abordaje de la salud mental". Y la implementación de nuevas políticas basadas en la perspectiva de los derechos humanos implica un gran cambio de mirada.

Esta se viene gestando tanto a nivel internacional como a nivel nacional. A nivel internacional, distintas experiencias en el ámbito de la salud pública dieron pauta de una nueva mirada orientada hacia los derechos humanos. En Inglaterra podemos mencionar las comunidades terapéuticas que tuvieron el apoyo de la OMS, y si bien tuvieron sus limitaciones y enfrentaron obstáculos y dificultades, y el dispositivo en sí terminó fracasando, podemos rescatar que la mirada ya no fue la misma y que el panorama asilar cambió a raíz de las comunidades terapéuticas. En nuestro país también podemos mencionar como antecedente este dispositivo, ya que se llevaron a cabo entre los años 1967 y 1976 dos experiencias pilotos: Colonia Federal y el Hospital Esteves.

En Francia, la política del sector se llamó geopsiquiatría. Su gran aporte tuvo que ver con el hecho de que las intervenciones se realizaban en el lugar en que vivía el enfermo, en vez de trasladarlo al asilo. Esa imagen de la ambulancia del hospital psiquiátrico con enfermeros forzudos que iban al lugar donde estaba "el loco" para reducirlo y trasladarlo al mismo, se suplantó por un coche que transportaba a un equipo médico. Si bien este movimiento también fracasó, lo que podemos rescatar es que actualmente existen asilos en Francia, aunque ya no se cree tanto en la efectividad de los mismos; hay cierto desplazamiento hacia la comunidad.

Finalmente, y como tercer antecedente, nos encontramos con la psiquiatría democrática italiana, cuyo actor fue Basaglia, quien supo impulsar un movimiento social y político que logró en pocos años el cierre definitivo de estos establecimientos. La reforma italiana ataca en todos los aspectos el edificio psiquiátrico: se plantea

las formas sociales de producción de la enfermedad; cuestiona la existencia de una disciplina para la atención de esta problemática humana, proponiendo traspasar la disciplina y devolver a la sociedad sus problemas mentales; disuelve los saberes existentes y niega el valor de las teorías al denunciar su carácter de encubridoras de la situación real del enfermo; niega las terapéuticas al cuestionar las soluciones técnicas a un problema social; al cerrar los establecimientos psiquiátricos disuelve el lugar de realización concreta de la institución psiquiátrica y libera la articulación del poder al saber médico que las legitimaba.

A estos diferentes movimientos internacionales se sumaron numerosos tratados, también a nivel internacional, que fueron comprometiéndolo a los diferentes Estados a la aplicación de políticas públicas focalizadas en la defensa, en el respeto de los derechos humanos. En nuestro país, tuvimos el antecedente de las comunidades terapéuticas, pero también se produjeron diferentes movimientos en las provincias. A partir del año 86, en el gobierno de Raúl Alfonsín, se desempeñaba el Dr. Galli como director de la Dirección Nacional de Salud Mental, y plantea algunas estrategias de integración de la salud mental a las políticas generales de salud: una integración intersectorial. Si bien le fue muy difícil operativizar algo de estas estrategias en los neuropsiquiátricos de la Ciudad de Buenos Aires, sí logró que muchas provincias tuvieran una organización de conducción de salud mental diferenciada, en el interior del área de salud. Es decir que fuera reconocida como una problemática importante y que se reconociera que las soluciones tradicionales eran injustas y poco efectivas. Muchas provincias crearon programas de resocialización de pacientes en sus propios hospitales, Hubo provincias que encararon importantes cambios legislativos como Río Negro, Santa Fe y Entre Ríos.

Para una mejor comprensión de este pasaje de lo psiquiátrico a las políticas de salud mental, tomaremos a Emiliando Galende¹, quien define al sector de salud mental como "... el sector específico de

¹ Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica* (Capítulos 3, 4, 5 y 6). Buenos Aires: Paidós.

prácticas sociales regulado por políticas tendientes a una gestión colectiva del bienestar social...”. Por otra parte, hace un análisis del pasaje del psiquiátrico a las políticas de salud mental, diciendo que para producir ese pasaje hay una serie de proceso que se dieron y que tienen que ver con el surgimiento de nuevos problemas humanos, y que no tienen que ver específicamente con lo psiquiátrico, pero que requieren políticas de cobertura de riesgos. El proceso de modernización en salud mental se debe a nuevas demandas, como la drogadicción, el alcoholismo, violencia, menores en conflicto con la ley, conductas asociales, la desocupación, patologías de migración, etc. Con esto, caducan los saberes psiquiátricos y las instituciones manicomiales.

Hay un pasaje a la medicina social, es decir, un pasaje de la medicina individual a la comprensión del bienestar social y una política abarcativa. Con respecto a la salud mental, hay un pasaje de la ideología de la enfermedad mental en el individuo a una intervención preventiva sobre las condiciones sociales del bienestar psíquico. La intervención en el plano de las condiciones de vida hace de la salud mental una política específica de lo social.

Galende afirma que en salud mental hay tres conjuntos prioritarios de demandas: los que se desmarcan (psicóticos, drogadictos, etc.), los que fracasan (neuróticos, deficientes mentales, menores, etc.) y las personas con mayor riesgo de enfermar (ancianos, niños, adolescentes, etc.); y que la respuesta posible a estos padecimientos puede ser una respuesta psiquiatrizante o una respuesta social, es decir comunitaria de salud mental. La política de salud mental es un modo de intentar coherentizar y homogeneizar un sector de problemas humanos que exceden a las categorías médicas y psicológicas.

El modelo psiquiátrico tradicional ya no tiene una respuesta eficiente a toda esta problemática; ya que hay riesgos de psiquiatrización de la relación humana, por un lado, y de la politización de la enfermedad mental, por otro. Es necesario un reordenamiento a través de la **multidisciplina** y **la interdisciplina**, que el Estado centralice las funciones a través de la planificación y programación de las políticas del sector.

Los “establecimientos especiales” no son terapéuticos. Ninguna política modernizadora puede apoyar una función preventiva en el internamiento. Estos establecimientos son la expresión de su fracaso.

Fernández Bruno y Gabay, en su texto *Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social*², afirman que en todas las épocas lo que más dificultó la rehabilitación de las personas con trastorno mental es el estigma social que esa problemática provoca. Por otra parte, para ser considerado normal, es decir sano, un sujeto debe cumplir con un mínimo de integración y de aptitud funcional dentro de su comunidad. La realidad es que la enfermedad mental es una de las situaciones más altamente rechazadas, agrupándosela con la adicción de drogas, la prostitución y el estado de ex convicto. No solo es así para el público en general sino para los mismos pacientes. Los pacientes convierten sus propias creencias personales de devaluación y discriminación hacia los enfermos mentales en una expectativa personal de rechazo y, las estrategias que adoptan para evitar esto suelen tener un efecto negativo sobre sus habilidades para desenvolverse socialmente, ya que los llevan a la desmoralización, a la pérdida de ingresos y al desempleo.

La **desmanicomialización** implica rehabilitar y resocializar a los pacientes que padecen de enfermedades mentales encerrados en los viejos hospitales psiquiátricos custodiales, de manera que puedan reintegrarse a su comunidad y que la misma pueda tolerar y acompañar las eventuales limitaciones que ellos presentan, evitando así que permanezcan aislados en instituciones asilares de por vida o por largos períodos. Esto implica tanto el trabajo con los pacientes como uno mucho más difícil con la comunidad.

Por otra parte, hay una imagen social respaldada por los medios de comunicación que relaciona constantemente la peligrosidad y el enfermo mental. Otra concepción es pensar que quien ha sufrido un desorden mental no sirve para trabajar y producir, resulta por ello una carga para la comunidad. Es por eso que muchos aceptan

² Fernández Bruno, M. y Gabay, P. (2003). *Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves* (1ª ed.). (Capítulos 1 y 9). Buenos Aires: Polemos.

que la permanencia de estos enfermos en grandes hospitales, para su guarda y custodia, constituye el mal menor y una necesidad para garantizar la tranquilidad y la seguridad de la comunidad y de los mismos pacientes. Sin tomar en cuenta que condenar a alguien a esa marginación es decretarle el fin de su destino mucho antes de su muerte biológica.

Desmanicomializar no consiste en cerrar intempestivamente los hospitales psiquiátricos y obligar impunemente a los pacientes a sobrevivir en la comunidad sin los medios. El mayor problema que plantea la externación es que el deterioro provocado por la enfermedad no les permite a los pacientes la vida en la comunidad, lo que se agrava porque, con frecuencia, no tienen dónde alojarse ni familiares a los que puedan recurrir. Sus lazos sociales se han roto, han perdido su lugar en la comunidad y no pueden procurarse uno nuevo solos. Para estos casos, tienen una enorme importancia las instituciones intermedias, que les permiten ir adquiriendo las destrezas necesarias para recuperar su condición de autoválidos.

En la Argentina este es un problema pendiente, ya que la carencia de una red de instituciones intermedias estatales empuja hacia el hospital psiquiátrico a los pacientes que no tienen las capacidades mínimas necesarias para valerse por sus propios medios en la comunidad.

La discapacidad es una situación relativa en relación con el medio ambiente, y no depende únicamente del déficit de la persona en particular. Los programas de rehabilitación facilitan a los pacientes la transición hacia la externación, evitan su aislamiento, les ayudan a preservar su inserción familiar, social y comunitaria, y aseguran la continuidad de los tratamientos, contribuyendo a evitar las reinternaciones, recaídas y empeoramientos a que conduce la tan frecuente suspensión de aquellos. Todo ello disminuye los costos de salud, tanto para el Estado como para las familias, y permite lograr la reinserción social de los pacientes con autogestión.

Saraceno aborda el tema de la rehabilitación como ciudadanía³, afirmando que la rehabilitación no es la sustitución de discapacidades con capacidades, sino un conjunto de estrategias orientadas

³ Saraceno, B. (2003). Capítulo La rehabilitación como ciudadanía (pp. 83-111). En *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México: Editorial Px. México.

a aumentar las oportunidades de intercambio de recursos y emociones. Solo dentro de tales dinámicas de intercambio es crear un efecto de capacitación.

El mito de la autonomía del sujeto como objetivo primordial de la rehabilitación es el mayor responsable de la hiperselección de pacientes para los programas de rehabilitación y del abandono de los pacientes no seleccionados. Es decir, los más dotados tienen éxito, son seleccionados los que así parecen para que lo tengan, y los menos dotados no tienen éxito y resulta poco económico seleccionarlos. El problema de fondo tiene que ver con el modelo que se persigue, el modelo de mercado que busca la capacidad del individuo para participar exitosamente en la batalla de la supervivencia. La jefa del servicio de externación del Melchor Romero (en la nota publicada por “El Plata”), afirma que una externación jamás es un paso abrupto, sino un camino gradual que necesita transitar varias etapas. Si el paciente no tiene familia que lo reciba, luego de una rehabilitación participa de los distintos talleres que tienen los centros de pre-alta y de ahí, tras entrevistas y un trabajo encarado por un equipo interdisciplinario integrado por psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros, talleristas y psicólogos, pasa a las llamadas casas de convivencia, donde comparten su experiencia del afuera con otros internos que también buscan la readaptación.

Más allá de los obstáculos psicológicos individuales, existen dificultades objetivas en los programas de rehabilitación vocacional: la generalidad de las oportunidades (muchas veces el simple tratamiento se hace pasar por rehabilitación laboral). El estigma que acompaña a las enfermedades mentales: el ambiente no está preparado para recibir personas con discapacidades y rehabilitadas, falta apoyo a largo plazo y con mucha frecuencia falta una salida real para la rehabilitación laboral.

Las cooperativas integradas son la expresión privilegiada de las empresas sociales, ya que quienes trabajan son socios activos y emprendedores, insertos en un proceso de trabajo que prevé la contemporaneidad del momento formativo y productivo. En ellas son incentivados los procesos de adquisición de responsabilidades y de incremento de las capacidades de elección y de tomas

de decisiones riesgosas que interesan a todos los participantes. El trabajo no es, entonces, concebido como una simple respuesta a la necesidad, sino como un espacio de producción de sentido y valores de intercambio subjetivos.

Fue inevitable, como estudiantes de la Cátedra de Salud Pública y Salud Mental, que se nos presentaran, a medida que íbamos analizando las posiciones de los actores sociales que no estaban de acuerdo con la promulgación de la Ley, las distintas teorías que recorrimos en el desarrollo de la cursada.

Al verse la transformación progresiva de este paradigma en el campo de la salud mental, algunos psiquiatras y médicos se sienten desplazados en sus funciones y violentados en sus “jurisdicciones de trabajo”.

Consideramos que con la Ley Nacional se ven particularmente alteradas las funciones normatizadora y de control, que Menéndez plantea como dos de las cuatro funciones del modelo médico hegemónico, ya que apuntan al establecimiento de diagnósticos y a la aplicación de medidas generalizadas para los mismos “tipos de pacientes”, que buscan el control y la normativización de sus comportamientos.

La Ley, apunta al trabajo multidisciplinario, donde las realidades de los diferentes “padecientes” en salud mental puedan ser abordadas desde diferentes aspectos, y de ese modo, intenta brindar la mejor respuesta posible que genere el tratamiento adecuado, y que la persona logre llevar adelante una mejor calidad de vida, no acotándolo simplemente a una enfermedad, a un número en las estadísticas, que por la suma de ciertos síntomas genera, linealmente, el mismo tratamiento.

En relación con lo mencionado, otra crítica de la Asociación de Médicos Municipales (AMM) y la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) es que la Ley Nacional apuntaría al “borramiento” de las incumbencias profesionales. En relación con lo que veníamos desarrollando, podemos visualizar cómo los médicos se ven atentados en sus áreas de trabajo. Este tipo de crítica puede entenderse como una defensa ante la multidisciplinariedad que plantea la Ley, cuestión paradójica, ya que las instituciones de las cuales

veníamos hablando dicen que no es necesario especificar la necesidad del trabajo multidisciplinario en la ley, ya que de este modo es cómo se venía trabajando en el terreno de la salud mental.

En conclusión, consideramos que la renuencia a la aplicación de la Ley Nacional, por parte de la AMM y APSA, está determinada por cuestiones de poder, ya que luego de toda una vida de considerarse las especialidades médicas como las fuentes de todo saber necesario, se fue gestando un nuevo paradigma que comprende la necesidad de abordar toda la realidad, no solo en el campo de la salud mental, desde la interdisciplinariedad, en donde los acontecimientos puedan ser analizados y abordados desde todas las aristas posibles y en que los profesionales participantes, respetando cada uno su incumbencia profesional, pueda aportar su recorrido para intentar dar respuesta a los sucesos que se presentan. Destacamos el respeto por las incumbencias, ya que creemos que es el modo en que cada profesional podrá dar su mejor respuesta posible, y, además, trabajando interdisciplinariamente con otros profesionales podrá nutrirse de los aportes de estos, y se podrá brindar una respuesta holística al padecer de los sujetos.

Por último, el Lic. Gorbacz (autor de la Ley Nacional de Salud Mental), a quien también tuvimos oportunidad de entrevistar, afirma que “Hay una aceptación mayoritaria, todos comparten el mismo espíritu de la ley, algunos se resisten a algunos aspectos de la ley que de alguna manera democratizan la toma de decisiones en los servicios, pero yo diría que, si tengo que hacer un balance, hay una gran mayoría que acepta la ley y está interesada en discutir la mejor manera para aplicarla, aunque sigue habiendo una minoría que está en contra o busca obstaculizar. Era un buen momento para la aparición de la ley. Lo que pasa es, sobre todo, en algunos sectores de salud mental, en realidad, en todas las áreas pasa, que se encierran mucho en sus propios acuarios, en su propia perspectiva. Entonces, yo insisto con esto, no estamos en un proceso de transformación de la política de salud mental, en forma aislada estamos en un proceso de transformación social en el marco de un proyecto de inclusión de las personas de las

minorías. En ese marco a nosotros nos toca, por nuestra vocación, nuestra experiencia y nuestra militancia, trabajar eso mismo en el ámbito de la salud mental, pero sabiendo que hay gente trabajando en cada una de las áreas con la misma dirección. Entonces hay que sentir que uno es parte de un proceso que no es que todo paso por la salud mental, nos toca trabajar en este ámbito pero, como parte de algo más amplio”.

Bibliografía

Asociación de Médicos Municipales (2009, agosto). El Senado no aprobó el anteproyecto de salud mental. *Revista Mundo Hospitalario* (Sección Gremiales), *XVIII*, (155). Recuperado de http://www.medmun.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=402:gremiales-prueba&catid=76:mundo-hospitalario-ano-xviii-no155-agosto-2009 y <http://www.aap.org.ar/ley-salud-mental/articulo-municipales.htm>

Biblioteca Virtual de LibroSinTinta.com: Leer Libro DOC APSA ante el proyecto de Ley de Salud Mental. Recuperado de <http://www.librosintinta.in/biblioteca/ver-doc/xa.yimg.com/kq/groups/18213827/1173798722/name/APSA+ante+el+proyecto+de+Ley+de+Salud+Mental.doc.htx>

Chiarvetti, S. (2008, agosto). La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *XII*, 173 -182. Buenos Aires: Fundación Aigle.

Diario “El Plata”; La Plata, lunes 6 de junio de 2011, pp. 8 y 9.

Fernández Bruno, M. y Gabay, P. (2003). *Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves* (Capítulos 1 y 9). (1ª ed.). Buenos Aires: Polemos.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica* (Capítulos 3, 4, 5 y 6). Buenos Aires: Paidós.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26657/2010.

Menéndez, E.L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Revista Salud Colectiva*, *1*(1), 9-32. La Plata. Publicación editada por Salud Colectiva Centro de Estudios para la Salud con el auspicio de la Universidad Nacional de Lanús.

Saraceno, B. (2003). Capítulo La rehabilitación como ciudadanía

(pp. 83-111). En *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México: Editorial Px. México.