

Desafíos actuales en el Campo de la Salud Mental: perspectivas y estrategias profesionales

Lic. Clara Weber Suardiaz

Lic. en Trabajo Social. Docente Investigadora de la Facultad de Trabajo Social/ UNLP y la UNLu. Jefa de Casa de Pre-Alta del HIEA y C. Dr. Alejandro Korn
E-mail: clarawebers@yahoo.com.ar

Resumen

El siguiente artículo plantea los desafíos actuales en el campo de la salud mental para los profesionales de la salud. Las reflexiones se estructurarán en tres ejes: uno en relación a la política pública de salud mental actual y los desafíos en la implementación de la ley, las estrategias profesionales y sobre todo nos detendremos en el concepto de lo NUEVO.

Palabras clave: Salud mental- estrategias – políticas públicas

Abstract

The following article presents the current challenges in the field of mental health for the health's professional. The followings consideration will be structured in three main ideas: one in relation to public policy and current mental health challenges in the implementation of the law, strategies and above all we will stop on the concept of the NEW

Key Word: mental Health - Strategy - Policy

CONSIDERACIONES ACERCA DE LO NUEVO
Podríamos decir que lo nuevo es un adjetivo de moda que se -incluye a mi gusto- de manera apresurada a distintos procesos. Nueva ley de salud mental, Nuevas subjetividades, nuevos problemas sociales, entre otros. En este sentido, creo que es importante subrayar, que la pasión por lo nuevo es una de las significaciones imaginarias (1) que sostienen al capitalismo, dentro de la organización de la lógica del mercado y que justamente es productor de subjetividades fragmentadas.

Desde este punto suele banalizarse/ naturalizarse aquello que sería lo nuevo, sin negar el imperativo societal que esto implica. Nuestra época es la de lo nuevo por excelencia, deseamos lo nuevo, es lo que nos falta, es la exigencia de nuestra cultura. Y como dice Alain Miller: "lo nuevo es la forma sintomática de nuestro malestar en la cultura." Y agrega ¿por cuánto tiem-

po lo nuevo sigue siendo para nosotros nuevo hoy? (Miller, J. A. 2006: 329)

Resulta interesante citar el pensamiento de Gramsci: "lo nuevo que no termina de nacer, lo viejo que no termina de morir," esta afirmación nos permite situarnos en planteos no dicotómicos entre lo nuevo y lo viejo, y así analizar los momentos de transición. Creo que esta es una clave importante para leer el proceso actual Retomando a Miller, si quedamos instalados en el automatismo de lo nuevo (todo tiene que ser nuevo), este carece de sorpresa (sería un falso nuevo), opacando las lecturas complejas que permiten reconocer la procesualidad, la participación de distintos actores en pugna, las tensiones y contradicciones en las que estamos inmersos.

Si trabajamos esta idea en el campo de la salud mental, podríamos hacernos las siguientes preguntas. ¿Qué es lo nuevo entonces en relación a la política de salud mental? ¿Qué tiene de nuevo



la nueva Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657?

La ley tiene más de dos años, ya podríamos entonces de dejar de decirle nueva, para también subrayar su total instalación en la sociedad.

Ahora si le seguimos incorporando nueva porque vemos que sus principios no se han concretizado, vamos por el mal camino, ya que el trabajo en salud mental no se orienta por el ideal de la ley de forma absoluta sino que su texto marca una regulación que nos permite tomar como marco, referencia, en una tensión imborrable entre el universal y la particularidad de las situaciones.

Podemos decir que esta ley expresa viejas luchas del campo de la salud mental, ha sido producto de innumerables disputas entre distintos actores que a lo largo de los años fueron construyendo consenso y alianzas para generar legitimidad y lograr que la misma se apruebe. Constituye una herramienta en la construcción de estrategias e instituciones centradas en la garantía de los derechos humanos, la democratización de los servicios de salud mental y en la organización de las prácticas y saberes centrados en la interdisciplina y la intersectorialidad. Es decir consolida una base para que las experiencias y prácticas alternativas puedan consolidarse a nivel nacional.

Otra instalación de lo nuevo que suele enunciarse: “el nuevo enfoque/ perspectiva de Derechos Humanos (Falso nuevo). Podemos decir que esta reestructuración retoma los ideales de los años '70 respecto del campo de la salud mental. Desde la antipsiquiatría hasta los procesos de lucha regionales (hasta uno podría decir que el enfoque se remota hasta los ideales de la modernidad.) Los peligros de enunciarlo como nuevo son la anulación de la historicidad de los procesos y la invisibilización de los distintos actores que participaron en ellos.

Bien, que esto no sea nuevo no quiere decir que no sea importante. Y lo nuevo aquí, es que la ley existe como texto legal formal y permite otros marcos desde donde trabajar.

Lo que interesa marcar es las tensiones y desafíos actuales que plantea esta ley. A la vez, estar atentos a lo verdaderamente nuevo es esencial, en términos de que la clínica cambia en cada

situación singular y de allí su complejidad de abordaje que no contiene solamente una ley.

POSIBILIDADES ESTRATÉGICAS PARA LOS EQUIPOS DE SALUD

Los equipos de salud que trabajamos en el campo de la salud mental hace tiempo que venimos planteando otra manera de hacer las cosas, lo fundamental es reconocer que estamos ante un momento de transición, donde la ley es utilizada como herramienta con vistas a reforzar nuestras estrategias que como profesionales venimos llevando adelante. Algunos de los principios que orientan la práctica y que el cuerpo normativo de la Ley 26657 reafirma son:

- Que las personas con padecimiento mental pueden ser tratados fuera del manicomio -incluso en sus momentos de crisis-.
- Se trabaja interdisciplinariamente en dirección de desarmar aquellas situaciones que implican una privación del efectivo acceso a los derechos y en consecuencia una profundización de la vulnerabilidad psicosocial de las personas.
- Estructurar las intervenciones desde una concepción de sujeto no deficitaria, es decir, capaz de implicarse y de encargarse de sí mismo, donde pueda tomar decisiones que le conciernen, asumir la dignidad del riesgo y desterrar el lugar de la tutela/ alienación. Cuestionar las formas más tradicionales de trabajo donde se plantea que los profesionales sabemos que es lo mejor para el otro, aquí la apuesta es diferente y es que el equipo pueda brindar referencias para la toma de decisiones. Se parte del reconocimiento de la capacidad jurídica de cada persona, armando los apoyos necesarios para que pueda decidir sobre su salud, así como sobre sus conflictos cotidianos, a partir de los tiempos, posibilidades, los recursos materiales que posee y la posibilidad de construir lazos sociales que se constituyan en posibles referentes.
- La necesidad de un plan personalizado de tratamiento y acompañamiento comunitario, diseñado conjuntamente con el paciente y el equipo de salud. Un plan flexible donde varían las necesidades e intereses del sujeto así como los apoyos del equipo a las situaciones singulares. Es decir, la no homogenización de las respuestas asistenciales.



- La necesidad de reconocer que tenemos un nuevo escenario que nos permite pensar estrategias al renovar las expectativas de todos los trabajadores de la salud, avasalladas durante las dictaduras y la década del 90. (Alberdi, 2012)
- Las estrategias serán entonces interdisciplinarias, complejas e intersectoriales.

¿CÓMO CONOCER LO NUEVO?

En este punto me interesa subrayar que justamente el interés de la ciencia es conocer lo nuevo pero también caracterizar fundamentadamente lo existente.

Nuestro papel como profesionales de la salud asume esa premisa. En la caracterización actual en nuestras prácticas muchas veces no sabemos qué hacer, que estrategias llevar adelante. Resulta difícil “no saber”. Pero, no saber nos abre la posibilidad de una intervención mucho más eficiente, con capacidad de producir respuestas estratégicas que asuman los principios anteriormente mencionados. (Fuentes, P: 2009)

¿Qué significa conocer lo nuevo? Apertura a cuestionamientos, conceptos y lenguajes, cuestionamiento de los marcos interpretativos. En la tensión de lo nuevo que pugna por emerger y lo viejo que se aferra (2), se producen situaciones de perplejidad y como bien decía Lewkowicz (2002), la perplejidad es antesala del pensamiento. Para llegar al pensamiento entonces es necesario abstraernos de la novedad e instalar la historización como análisis, permitirse las preguntas, las aperturas y captar la singularidad de las situaciones. Que no siempre encuadran en la ley, ni son enteramente nuevas ni viejas. Debemos hacernos la pregunta acerca de las continuidades y las rupturas de las perspec-

tivas hegemónicas en salud mental; acerca de que resuelven las lógicas manicomiales, para no simplificar lo complejo, de qué necesidades resolvían y resuelve el manicomio en términos societales. Aquí se alojan algunas pistas para el análisis que dan cuenta que ante la falta de políticas públicas adecuadas en salud, lo viejo amenaza con restaurarse.

Esto no quiere decir sentarse a pensar y esperar que “alguien” baje una política integral de salud mental donde nos podamos incorporar.

Muchos profesionales y colectivos interdisciplinarios han elaborado propuestas diferentes antes y después de la ley pero para que las mismas puedan desplegar sus capacidades transformadoras debemos enlazarlas a los saberes teóricos que nos permitan imaginar instituciones consolidadas y no dispositivos precarizados, que pueden tener los objetivos más progresistas pero que no pueden sostenerse en el tiempo.

Aquí si apelamos a lo nuevo desde otra significación, siempre estamos creando nuevas formas, instituyentes, respetuosas de los derechos de las personas, el desafío es poder enlazarlo de manera interdisciplinaria- intersectorial apostando a que se constituyan en políticas públicas. (3)

En este sentido desde las instancias estatales ejecutivas y judiciales se les pide a los trabajadores y a los equipos que lleven adelante la transformación con las mismas políticas. Resulta fundamental tener estos elementos en cuenta, para poder hacer frente en términos analíticos al desgaste y alienación a los que están expuestos los equipos de salud y sobre todo para resistir desde las propuestas alternativas que supimos construir.

Notas

- (1) Este concepto de significaciones imaginarias sociales lo tomamos de Castoriadis (2010)
 (2) Esto es entre la tensión de las prácticas manicomiales y las enmarcadas en una perspectiva de derechos.
 (3) Sino como dice J. M. Alberdi (2012) estaremos conviviendo largamente con formas de pseudo- innovación sin cambio/ aggiornadas.

Bibliografía

- Alberdi. J.M: Desafíos políticos y asistenciales de la nueva ley nacional de salud mental. El caso de la Provincia de Santa Fe. En Revista Debate

Público. Reflexión en Trabajo Social. Año 2 N°4. UBA. Buenos Aires (2012).

- Castoriadis, C: Institución imaginaria de la sociedad, Bs. As., Tusquets. (2010)
 - Fuentes, María Pilar: “Nuevas problemáticas sociales: complejidades y desafíos a la producción de conocimiento.” En La investigación en Trabajo Social. Vol. VII. UNER, Paraná, Entre Ríos. (2009)
 - Lewkowicz, Ignacio Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez. Editorial espacios del saber. Buenos Aires, 2004. Cap. I
 - Miller J. A.: El Otro que no existe y sus comités de éticas. Paidós. Bs. As. (2006)

