

ASPECTOS DE UN SERVICIO DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DEL MODELO COMUNITARIO EN SALUD MENTAL.

REYERO, GLORIA DEL CARMEN
FRANCIA, TOMÁS OCTAVIO
JOVANOVICH, DRAGO
AUGUSTO, MATÍAS JAVIER

Catedra de Salud Pública-Salud Mental, Carrera de Psicología, Facultad de Psicología, Educación y Relaciones Humanas, Sede Resistencia.

1. TEMÁTICA DESARROLLADA

La presente producción de cátedra correspondiente a la asignatura Salud Pública-Salud Mental de la carrera de Licenciatura en Psicología pretende visibilizar la articulación teórica-práctica en relación al Modelo Comunitario en Salud Mental en el contexto de una institución pública.

2. INTRODUCCIÓN, FUNDAMENTACIÓN Y MARCO TEÓRICO

La participación del psicólogo en el campo de la Salud Mental es importante en tanto deslumbra la complejidad que se intenta abarcar cuando se habla de trabajar con personas con sufrimiento mental. Desde la perspectiva de la formación, también resulta relevante poder sociabilizar el conocimiento y lo experimentado, a modo de poder entender los padecimientos del otro, y en un futuro,

cómo poder ayudarlo, aspirando a acciones desde una mirada comunitaria y de inclusión social.

Tanto ésta, como otras disciplinas que forman parte de ese trabajo conjunto al cual se denomina interdisciplina, deben, para poder integrar un Modelo Comunitario como cambio paradigmático en oposición a un Modelo Asilar, involucrarse en este terreno ya que actualmente la Salud Mental atraviesa un proceso de transformación que implica el pasaje de lo patológico a lo salutogénico. En referencia a ello, como resultado de una lucha que se viene desarrollando hace décadas, en el año 2010 se sancionó en la República Argentina la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 que plantea, en el ARTÍCULO 1°: *“La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.”* Nos parece importante partir de aquí, ya que se establece de manera explícita que la Salud Mental tiene estatuto de derecho universal, haciendo visible el reconocimiento de una necesidad adeudada a estas personas.

Así mismo, en el ARTÍCULO 3° donde *“se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.”*

Y es justamente por el hecho de ser persona, distinto a categorizar con el término de enfermo y los aspectos negativos que eso implica, lo que la habilita el reconocimiento de todos aquellos derechos que le conciernen. Por lo anterior, se puede plantear que desde la óptica del Modelo Comunitario, se destaca la presunción de capacidad.

Admisión

737

En cuanto a la admisión, en el Centro, a partir de lo recolectado en las entrevistas a los distintos profesionales, pudimos conocer que en el proceso de ingreso de una persona, están presentes diversos profesionales de manera rotativa con el fin de que los usuarios los conozcan. También se solicita la presencia de un familiar o referente para conocer su historia, ya que el trabajo debería ser en conjunto, esto refiere a la realización de una admisión donde se pueda conocer las problemáticas del usuario tanto como su historia. Tratamos aquí este punto ya que la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en el ARTÍCULO 3° plantea la participación de componentes históricos en la determinación de la Salud Mental en el colectivo social.

Respecto a las adicciones, el Centro cuenta con un dispositivo de Adicciones, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en el ARTÍCULO 4° afirma que *“Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental.”* Aspecto que en el centro de Salud Mental al cual se asistió se pudo contemplar, ya que el mismo cuenta con un Programa de Adicciones donde se trabaja esta problemática.

Cuando se indagó acerca de cómo se realizan los diagnósticos, los profesionales explicitaron que éstos tendrían una función meramente administrativa, en tanto no se condiciona a los usuarios a realizar determinado taller de actividades, por ejemplo. De acuerdo con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en el ARTÍCULO 5°, *“La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.”* Así mismo, el ARTÍCULO 7°, afirma el Derecho de las personas con padecimiento mental a *“poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.”*

Según lo explicitado por los profesionales del Centro, cuando se consultó acerca de problemáticas recurrentes, fue comunicado que éstas no son repetitivas, se basan en la particularidad de cada caso, pero si hay algo que podrían tener en común serían las realidades sociales; esto se refleja en la Ley Nacional de Salud Mental

Nº 26.657 en cuanto al tratamiento: *“El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado”.*

Participación de la familia, vínculos.

La Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 en el ARTICULO 7º sostiene que *“el usuario tiene derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia”*; para que esto se realice, es fundamental la presencia constante de la familia del usuario, que es uno de los puntos importantes en los cuales se trabaja dentro del centro al cual se visitó. Además, en la Ley, se afirma como parte de los derechos de la persona con padecimiento mental el *“derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.”*

Las actividades y el trabajo realizado en el Centro estaba destinado en el establecimiento de los lazos sociales del usuario, gestionando con ellos, quehaceres, labores, una vez dado el alta; así mismo, el ARTICULO 7º promueve la integración familiar, laboral y comunitaria del usuario.

Interdisciplina

“Comprende los procesos de integración de las teorías, métodos, instrumentos, saberes y/o procedimientos fundamentados en distintos saberes profesionales, técnicos, de otros agentes formales de salud y/o recursos no convencionales, debidamente capacitados, cuyo objetivo sea garantizar la calidad e integralidad de las prácticas en el ámbito de las instituciones de salud.” (Plan Nacional de Salud Mental).

Se debe destacar el trabajo interdisciplinar llevado a cabo en el Centro dado que los distintos profesionales de áreas de áreas, psicología, trabajo social, enfermería y otras, también trabajan en talleres donde se establece que nadie posee un saber absoluto y que todos aprenden de todos, en tanto se traza una línea horizontal en relevancia de cada disciplina a partir del respeto y de la participación conjunta. A partir de esto, se puede afirmar que lo plasmado en el ARTICULO 8º de la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657, se

aplica correctamente, ya que en el centro, como promueve la ley, se trabaja de forma interdisciplinaria en la atención de la Salud Mental.

Alicia Stolkiner (2005) sostiene que: *“la interdisciplina requiere de un trabajo sostenido y constante”* (p.3). Además, afirma que la interdisciplinaria es una posición que nos hace dar cuenta de que cada disciplina y sus herramientas en una óptica de aislamiento o individualidad termina siendo insuficiente (p.5).

La forma en la que se proponía trabajar en el Centro estaba encaminada, en oposición a realizar un recorrido unicausal, lineal y reduccionista, tomando cada factor del sujeto como partes aisladas, desde un punto de vista complejo, una intervención comprensiva de la historia del sujeto que aborde todas sus circunstancias en total interacción unas con otras, lo cual supone una conexión de saberes de los distintos campos, tomándolos como referencia al momento de mediar en los problemas de los usuarios.

Alicia Stolkiner (2005) agrega: *“En los equipos de salud lo interdisciplinario se manifiesta cuando la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión. Uno de los beneficios del accionar interdisciplinario o interprofesional, cuando se logra, es que la acción cooperativa reemplaza el derroche de energía puesto en juego en los procesos de rivalidad y competencia entre pares, indirectamente podría favorecer el configurarnos como actores del sector.”* (p.8)

De esta manera, los profesionales de cada disciplina del centro, tenían y llevaban a cabo la responsabilidad de edificar, enlazando sus distintos saberes, una descripción del problema y sus actores, para luego desarrollar, en conjunto, los pasos a seguir y lograr el objetivo deseado: la integración de los usuarios a actividades sociales, establecer lazos sociales, o lo que es lo mismo, el alta.

De acuerdo a lo propuesto por autores como Edgar Morin (1997) que nos encamina a un paradigma de lo complejo, lo que buscaríamos es abarcar a la persona con padecimiento mental desde todas las disciplinas posibles, ponerle fin a un reduccionismo, aquel perteneciente al Modelo Asilar, que ha permitido el pensamiento de una



disciplina única, hegemónica, como ser la psiquiatría, para dar respuestas.

Intersectorialidad

“Designa la coordinación de objetivos, acciones y/o recursos entre los distintos sectores del Estado y de la sociedad civil que actúen, entre otras, en las áreas de desarrollo social, trabajo, niñez, educación, planificación federal, cultura, arte y deporte con el objetivo de promover y desarrollar acciones tendientes al logro de la inclusión social.” (Plan Nacional de Salud Mental).

Autores como A. Stolkiner, sostienen que tanto la intersectorialidad como la interdisciplina hablan de la complejidad del campo, siendo fundamentales para su resolución; esto concuerda con lo que plantea el ARTICULO 9º de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que sostiene: *“el proceso de atención debe realizarse en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial.”* En el centro CISMA a través de las entrevistas y observaciones realizadas, se puede afirmar que se trabaja de manera interdisciplinaria entre los profesionales y que existe una participación activa de los sectores como ser, por ejemplo, cuando la psiquiatra del Centro sostiene que suelen trabajar con el juzgado de resistencia, barranqueras, defensoría, abogados, jueces involucrados y que esto es frecuente ya que muchos usuarios del dispositivo de adicciones se presentan con antecedentes penales, por lo que requieren la presencia de un custodio o de un policía.

También debemos contemplar que Plan Nacional de Salud Mental establece *“transformar el sistema manicomial; propiciar, en su reemplazo, abordajes intersectoriales, interdisciplinarios, abiertos comunitarios y promotores de los derechos humanos. Es evidente que las responsabilidades interdisciplinarias no ponen en juego las incumbencias, pero sí las hegemonías, de algunas profesiones. No borran especificidades ni diluyen responsabilidades, sino que suman aportes con perspectivas integradoras que permiten atender servicios y sostener dispositivos, en la multiplicidad de formas de atención que se necesitan para lograr recuperaciones sostenibles.”*

Medicación

Los psiquiatras del Centro notificaron que a los usuarios se les

otorga la medicación justa y necesaria, en contra de lo que sería una sobremedicación, accionar habitual del Modelo Asilar. El ARTICULO 12º de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sostiene que la medicación solo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental.

Internaciones

El hospital de día en el Centro, tiene un funcionamiento de atención ambulatoria, en líneas generales se busca la menor internación posible, esto se encuentra directamente articulado con el ARTICULO 15º de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 donde se plantea que la internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios.

La internación es la restricción misma del sujeto y se deja exclusivamente para cuando se agotaron las demás instancias. Esto además, lo contempla Martín de Lellis (2015), quien explicita que la Ley Nacional 26.657 introduce el concepto de riesgo inminente para sí y para terceros como elemento sustitutivo al de peligrosidad al momento de justificar la práctica de las internaciones involuntarias, lo cual obliga a los jueces a establecer cambios en el tipo de fundamentación que sustenta a los mismos y en la indicación de que los profesionales evalúen y adopten la medida terapéutica más indicada para la atención del paciente.

Si el usuario deja de asistir al Centro, se lo llama o se le hacen visitas domiciliarias, y si no quiere continuar con el tratamiento no se insiste demasiado, ya que es de un acceso voluntario. Esto se refleja en el ARTICULO 18º de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que sostiene que *“la persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación.”*

El Alta

Como producto de la indagación a uno de los profesionales del Centro acerca del tiempo estimativo para otorgar el alta, fué comentado que a partir del ingreso del usuario al Centro ya se tiene en mente su alta; el ARTICULO 7º de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sostiene que el usuario tiene *“derecho a que el pade-*

cimiento mental no sea considerado un estado inmodificable”.

No sólo queremos hacer hincapié en lo técnico de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, ésta también nos invita a comprender un cambio social, como lo indica Pablo Amarante en “Salud Mental, experiencias y prácticas”, citado por Gregorio Kazi y Maragarita Ajerez. Amarante habla de una lucha de inclusión que se construye con participación, con derechos, siendo un proceso social no sólo de ramificaciones normativas, sino también de construcciones conceptuales desde distintos sectores de la sociedad que también fueron el mismo caldero de concepciones de ideas como “el loco”, “el enfermo mental”. Estos cambios a lo largo de la historia en tanto concepciones, es lo que pertenece al orden del Dinamismo Social que veíamos previamente en el concepto de Salud Mental de la ley nacional 26.657 en tanto componente social.

Desde el Centro se intenta que el usuario tenga el dispositivo lo más cerca posible de su hogar para evitar largos traslados; esto, aclarado por la entrevistada, concuerda con lo planteado en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, como uno de los principios, el 7, sobre la Importancia de la comunidad y de la cultura, expresa que todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivos Generales

Conocer y reflexionar sobre el funcionamiento y condicionamientos ideológicos que pesan en esta práctica profesional, a la luz de los aportes teóricos de la asignatura.

3.2. Objetivos Específicos

Lograr una aproximación al campo de la Salud Mental para conocer así uno de los ámbitos donde el psicólogo puede estar inserto.

Efectuar una reflexión respecto a las prácticas orientadas a dar respuestas al padecimiento mental

4. METODOLOGÍA

Se realizaron dos visitas al Centro de Salud Mental CISMA Don Orione, Esta institución cuenta con tres dispositivos:

- ✓ Hospital de día
- ✓ Adicciones GIAD
- ✓ Programa Comunitario

En la suma de los tres dispositivos, se reúne en total una cantidad de 500 asistencias mensuales. Dichos usuarios pertenecen en su mayoría a las localidades de Resistencia, Barranqueras, Vilelas, y en pocos casos, Corrientes.

Previamente a las situaciones de práctica en terreno y entrevistas se acordó con los directivos y profesionales de dicho Centro, día y hora para efectuar las tareas, por lo que se contó con la disponibilidad de los mismos tanto en la primera como en la segunda ocasión a las que se concurrió.

Las entrevistas fueron registradas por los alumnos de manera escrita en el transcurso de las visitas y se realizaron en un ambiente que resultó ameno y productivo para el aprendizaje sobre el tipo de respuestas de dicha institución frente al padecimiento mental.

Mediante la técnica de entrevistas abiertas se exploró fundamentalmente la dimensión de los procesos de la atención en el Servicio, tratando de dar cuenta acerca de la admisión, seguimiento, contención y alta de los usuarios.

5. CONCLUSIÓN

El presente informe permitió ser testigos de lo que hasta ahora sólo se concebía a partir de la teoría: la lucha proveniente hace años a partir de una necesaria reforma de un modelo Asilar por un Modelo Comunitario en donde se conciba a ese sujeto con un padecimiento mental, un sufrimiento psíquico, como lo que realmente es, una persona poseedora de capacidades, derechos y de humanidad; distinto al Modelo Asilar, partiendo éste último de la presunta discapacidad



del "enfermo", internaciones escasamente controladas, extremadamente prolongadas e indeterminadas centradas en la beneficencia de un sector económico a la que le es funcional dicho procedimiento.

Se corrobora el correcto funcionamiento del Centro en lo que respecta al trabajo interdisciplinario, destacando el buen ejercicio de su profesión y el trato hacia los usuarios, tomando en cuenta todos los saberes que contribuyan a realizar estrategias de cuidado que abarquen al sujeto en todos sus aspectos, tratamiento fundamental para mantener una terapia y lograr el alta: la integración de estas personas en actividades sociales.

6. BIBLIOGRAFÍA:

- De Lellis, M. (2015). Capítulo 4 "Un nuevo paradigma en Salud Mental: Ejes de la transformación". "Perspectivas en Salud Pública y Salud Mental".

- Kazi, G. y Ajerez, M. (2008). Capítulos 1 y 5 "Salud Mental, experiencias y prácticas." Editorial Espacio.

- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Argentina 2011.

- Morin, E. (1997). "Introducción al Pensamiento Complejo". Editorial Gedisa.

- Stolkner, A. (2005). "Interdisciplina y Salud Mental" (IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas provinciales de Psicología. Salud Mental y mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy).

- Plan Nacional de Salud Mental.

