

2014-03-21

# Análisis de condiciones facilitadoras e inhibitoras que avizoran los expertos de Mar del Plata a la hora de reorganizar los servicios de salud mental, a partir de promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental

Dellacasa, María de las Mercedes

---

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/91>

*Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni*

## Descripción Resumida

### *1. Título del proyecto:*

Análisis de condiciones facilitadoras e inhibidoras que avizoran los expertos de Mar del Plata a la hora de reorganizar los servicios de salud mental, a partir de promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental.

### *2. Resumen:*

En noviembre del año 2010 fue promulgada por el Congreso Nacional de la República Argentina la Ley Nacional de Salud Mental. Una de las primeras consecuencias que deja la promulgación de esta ley es un cambio de paradigma que deja de entender a las personas con discapacidad mental como objeto de asistencia para pasar a considerarlas sujetos de derecho. La norma parte de la presunción de capacidad de todas las personas y de que el abordaje en salud mental debe ser multidisciplinario, incluyendo aspectos históricos, sociales, culturales y económicos.

Se propone una investigación de campo de tipo interpretativa y con profundidad exploratoria-descriptiva mediante la cual se pretende realizar un análisis sistemático de las condiciones facilitadoras e inhibidoras que observan quienes gestionan y/o trabajan en servicios locales de salud mental, a la hora de implementar la nueva normativa.

***Palabras claves:***

Salud Mental – Dispositivos de trabajo – Prácticas - Interdisciplina.

**Descripción Detallada**

***Título del Proyecto:*** Análisis de condiciones facilitadoras e inhibidoras que avizoran los expertos a la hora de reorganizar los servicios marplatenses de salud mental, a partir de su promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental.

***1. Motivos y antecedentes:***

En la actualidad la cultura está atravesada por una racionalidad tecnológica que tiene como objetivo suprimir el malestar maximizando el funcionamiento psíquico por medio de intervenciones que poco tienen que ver con la reflexión y con la interrogación subjetiva, dando por resultado individuos capaces, eficientes y “normales”.

La consideración del trastorno como “enfermedad” por parte de la psiquiatría positivista prescinde del sujeto e ignora el conflicto que expresa el síntoma, ya que este sería solamente el signo de un trastorno en sus equilibrios cerebrales, preponiéndose por consiguiente suprimirlo a través del medio artificial del medicamento (Galende, 2008).

El DSM V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión quinta), aún en vías de elaboración, parece querer dar respuesta a las incoherencias del modelo categórico y politético, a través de los avances genéticos que abren paso a una comprensión etiológica que dejan muy lejos no sólo la categorización, sino también las agrupaciones “sindrómicas” que configuran el modelo de clasificación actual. El DSM V considera que los trastornos mentales no se pueden conceptualizar como categorías, sino que éstos se entienden mucho mejor como dimensiones. Sin embargo, continúa dando lugar a una comprensión de los trastornos únicamente acorde con las aportaciones genéticas, neurofuncionales y cognitivas (Artigas & Pallarés, 2011).

Consideramos, por el contrario, que el desarrollo de salud mental implica hablar de un sujeto del sufrimiento mental, teniendo en cuenta su historia, su sensibilidad, su experiencia, es decir toda la dimensión conflictiva de su existencia; esto implicaría la comprensión conjunta del malestar psíquico.

Galende (op. cit.) habla de dos propósitos a la hora de establecer los fundamentos de la salud mental. En primer lugar, avanzar hacia una coherencia del campo de la salud mental, el cual se caracteriza en la actualidad por una sumatoria no integrativa de diferentes disciplinas, diversos modos de comprender los trastornos mentales, heterogeneidad en los modos de tratarlos y, esencialmente, por la negación de las contradicciones que atraviesan el conjunto de sus prácticas. Esta parte del desafío consiste en plantearse si es posible una coherencia epistemológica y metodológica que integre los saberes y las prácticas que se ponen en juego en materia de salud mental. Luego, fundamentar el lugar y la función social de este campo, su situación respecto a

los valores vigentes en la cultura y la vida social, es incorporarla al terreno de la lucha simbólica por establecer el dominio y la hegemonía de las definiciones, de las interpretaciones y de los valores que están en juego en el reconocimiento social y en la legitimación de sus prácticas.

En relación al concepto de Salud Mental Comunitaria, Galende (ibid.) plantea la necesidad de una participación efectiva de la comunidad en la evaluación de las necesidades de la salud mental. Una política de salud mental así, le asigna un papel central a la participación de la comunidad; y no solo una participación, sino que implica una responsabilidad de la comunidad, incluyente del Estado y superador de metas sanitarias. Este debería ser uno de los ejes fundamentales para una política racional en materia de salud mental: cómo desarrollar estrategias de prevención y de atención de los trastornos psíquicos con participación de usuarios, familias y comunidad.

Entonces, cabe señalar que la Salud Mental Comunitaria es un campo que debería centrar el interés en el ciudadano; prestar igual atención a los factores sociales, psicológicos y físicos como causantes de la enfermedad mental; considerar igual de importante tanto corregir la patología como evitar la enfermedad o mantener la salud, utilizar recursos intra y extra hospitalarios y recursos sociales y comunitarios; emplear a personas de distintas profesiones provenientes de las ramas sanitarias, de las ciencias sociales y de la administración.

Para el desarrollo de esta investigación se delimitará como campo del estudio la ciudad de Mar del Plata. En lo que respecta a los servicios de salud mental, configurados de la siguiente manera: en lo que hace a la atención primaria, la ciudad cuenta con 30 centros de salud, de los cuales 17 poseen servicio de

salud mental; la atención secundaria se distribuye en los servicios del HIGA (Hospital Interzonal de Agudos) y el HIEMI (Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil); además la región cuenta con servicios de atención de las adicciones, C.P.A (Centro Provincial de Atención de las Adicciones) y S.E.M.D.A (Servicio Municipal de Atención de las Adicciones). En lo que respecta a su dinámica de funcionamiento, los hospitales provinciales atienden la demanda espontánea al mismo tiempo que reciben derivaciones de los hospitales municipales. Las salas de atención periférica constituyen las unidades efectoras de atención primaria de la salud y derivan patologías que por sí mismas no pueden resolver (Más y Andriotti Romanin, 2004).

En lo que respecta a la Ley Nacional de Salud Mental, la misma fue promulgada en noviembre del año 2010. Una de las primeras consecuencias que este hecho trae aparejado es un cambio de paradigma que deja de entender a las personas con discapacidad mental como objeto de asistencia para pasar a considerarlas sujetos de derecho. La norma parte de la presunción de capacidad de todas las personas y de que el abordaje en salud mental debe ser multidisciplinario, incluyendo aspectos históricos, sociales, culturales y económicos.

Desde ese punto de vista, la Ley reconoce el derecho de las personas con problemas mentales a recibir atención médica integral y humanitaria, a conocer y preservar su identidad, a ser informado de los procedimientos médicos a los que se es sometido y al concepto de que su estado no es inmodificable, entre otras garantías.

En relación a esta Ley, Carpintero (2011) rescata la preponderancia de cuatro aspectos:

1. **Derechos humanos:** establece la defensa de los derechos de los pacientes modificando el código civil. Este es un elemento central para impedir las internaciones de personas por su peligrosidad. Conceptualmente se reemplaza el criterio de internación que obedecía a la noción de peligrosidad para sí o para terceros por la “constatación de riesgo cierto o inminente”. Las internaciones involuntarias “quedan restringidas y sujetas a control por un Órgano de Revisión en el que participarán organismos de derechos humanos”. “Se propician las internaciones por lapso breve”, etc. (Carpintero, *Ibíd.*). El artículo 1º de la ley explicita esto, dándole el valor de ser un objetivo de una ley que asegura el derecho a la protección de la salud mental y el pleno goce de los derechos humanos de aquellos con padecimiento mental.

El mejoramiento de la calidad de vida de la población requiere que exista previamente un reconocimiento de los problemas de salud mental del país y también la convicción racional de que estos problemas afectan a los procesos de integración de la sociedad, al resguardo de condiciones de dignidad y derechos humanos básicos (Galende, *op. cit.*).

2. **Equipo interdisciplinario:** es un elemento central de la Ley cuando plantea 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”.

En relación a esto "...el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales". "La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica..." (Carpintero, Ibíd.). Esto es mencionado en los artículos 8º, 9º y 15º de la ley.

El ámbito de la Salud Mental es un campo de intervención interdisciplinar, por tanto es un lugar donde concurren diferentes profesionales, diferentes modelos teóricos de intervención, diversas formas de mirar una realidad, diferentes instituciones y mandatos institucionales e incluso diferentes ideologías políticas y sociales acerca de cómo ha de ser la atención.

Hablar de interdisciplina significa situarse necesariamente en un paradigma pos positivista que agrupa a quienes adhieren a una epistemología que no homologa el objeto del conocimiento al objeto real, que reconoce la historicidad y por lo tanto la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios, que no supone relaciones lineales de causalidad y que antepone la comprensión de la complejidad a la búsqueda de las partículas aisladas (Stolkiner, 2005)

3. **Estructuras manicomiales:** Es otro artículo central que dice "Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios,

neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos”. Esta idea no solo refleja una realidad superadora sino que además define el tema de la salud mental como un trabajo interdisciplinario e intersectorial (Carpintero, 2011), idea expresada en el artículo 27º.

Desde el punto de vista psíquico, se trata de lograr bajo estos modos la atención que la persona recupere una subjetividad desprovista de los significados que supone la larga permanencia en esas instituciones. Desinstitucionalizar es la vez rehabilitar la subjetividad, recuperar una sociabilidad en los niveles que sea posible. No se trata de una simple relocalización de pacientes de un establecimiento a otro, o de una derivación a la familia de una función que pertenece a la responsabilidad del Estado y/o el sistema de salud y de la acción social (Galende, op. cit.).

4. **Reivindicación democrática:** Cuando dice que “los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental” (Carpintero, ibid.). Mencionado en el artículo número 13º.

Por esto mismo es esencial la igualdad de funciones, es decir, que cada uno pueda asumir la tarea para la cual se sienta más capacitado y motivado, y también es esencial la igualdad en las incumbencias: la

única jerarquización del equipo debe surgir de las capacidades los logros transdisciplinarios.

Carpintero (op. cit) habla de una “ruptura con el orden legal basado en la psiquiatría” al destacar estos cuatro elementos mencionados. Textualmente dice: “produce una ruptura con el orden legal basado en la psiquiatría, en especial en el campo de los derechos humanos” (...) “su sanción permite avanzar en la lucha por una organización ética, racional y científica en el campo de la Salud Mental”. Creemos que aunque sea incipiente su aprobación, y que estamos aun en pleno proceso de reglamentación más que de implementación, las políticas universalistas de seguridad social, como es la sanción de una ley nacional, intentan reducir espacios al movimiento hegemónico de la psiquiatría biológica en el campo de la salud mental.

Por ello, consideramos que nuestro motivo de investigación tiene que ver con estos cuatro elementos mencionados por Carpintero y con la innovación política, cultural y sanitaria que implican en la salud mental. Es entonces que emerge una serie de interrogantes: ¿Qué consecuencias tendría la implementación de esta nueva normativa en la dinámica de trabajo en equipos? ¿Qué tipo de modificaciones y como se implementarían las mismas en los dispositivos de atención? Finalmente, ¿Cuál sería la repercusión cultural, tras la implementación de esta nueva Ley? y ¿Cuál sería el compromiso que la comunidad debería asumir?

El propósito de nuestra investigación es reconstruir una visión prospectiva de las condiciones facilitadoras e inhibidoras, desde el punto de vista de los

expertos que trabajan en los servicios locales de salud mental, a la hora de implementar la nueva normativa.

## ***2. Objetivo General:***

- Identificar condiciones facilitadores e inhibidoras que avizoran los expertos a la hora de reorganizar los servicios locales de salud mental, a la hora de implementar la normativa que se desprende de la Ley Nacional de Salud Mental.

## ***3. Objetivos Específicos:***

- Relevar la valoración que hacen los expertos respecto a la factibilidad de implementar los cambios en los dispositivos de atención que promueve la ley.
- Explorar correspondencias entre lo prescriptivo y lo real acerca de la dinámica de trabajo interdisciplinario en equipos promotores de salud mental.
- Relevar la valoración que hacen los expertos respecto a las condiciones culturales para asimilar los valores y dispositivos que promueve la ley.

## ***4. Hipótesis:***

H1- La promulgación de la ley nacional de salud mental supone un cambio paradigmático que implica, además de un cambio en la visión de los actores, un cambio en los valores, los dispositivos y las condiciones de

realización de prácticas e imaginarios productores de salud mental comunitaria.

H2- Las situaciones actuales del campo de la salud mental operan como condiciones facilitadoras y/o inhibidoras a la hora de comenzar a implementar la nueva normativa que de la nueva ley se desprende.

### ***5. Métodos y Técnicas:***

Se trata de una investigación de campo de tipo interpretativa y con profundidad exploratoria-descriptiva. Es una investigación de campo porque se propone un análisis sistemático de las condiciones facilitadoras e inhibidoras que observan quienes gestionan y/o trabajan en los servicios pertinentes, asumiendo que no son los únicos actores implicados en la producción de salud mental comunitaria. El análisis sistemático se hará mediante la extracción de emergentes conceptuales, instrumentales y axiológicos, del material empírico directamente relacionado con la ley nacional de salud mental, a partir de la descripción-exploración de su espíritu, de sus factores y/o de sus condiciones constituyentes.

Al mismo tiempo, esta investigación es de tipo interpretativa porque se busca comprender la visión que tienen los actores directamente relacionados con la producción de salud mental acerca del campo que la nueva ley regula.

Es por ello que la investigación tendrá dos relevamientos: uno documental y otro por entrevistas a informantes calificados. El primero será un relevamiento acerca de documentación, leyes, decretos, resoluciones,

artículos, boletines y gacetillas referentes a la ley nacional de salud mental, mientras que el otro consistirá en preguntar a los trabajadores calificados de la salud mental acerca de condiciones facilitadoras e inhibidoras que ellos avizoran a la hora de implementar la normativa que de la nueva ley se desprende. Los informantes calificados serán seleccionados siguiendo procedimientos de muestreo teórico (Glasser y Strauss, 1967) asumiendo como criterios de inclusión: (1) que hayan participado directa o indirectamente en la elaboración de la ley; (2) que ocupen posiciones de decisión en lo que respecta a formación de recursos humanos y/o planificación de servicios locales de salud mental; (3) que su trabajo esté directamente relacionado con la producción de esos servicios.

El material recolectado será analizado siguiendo estrategias metodológicas basadas en la teoría fundamentada (Glasser y Strauss, *ibid.*). Ello implica, preparación del material para ser procesado, extracción de incidentes, comparación constante, codificación, establecimiento de relaciones entre códigos, conceptos, red de conceptos, análisis hermenéutico. El proceso de análisis se llevará a cabo mediante triangulación de datos y permitirá producir conocimiento novedoso bajo la forma de teoría sustantiva (Glasser y Strauss, *ibid.*).

### **6. Lugar de realización del trabajo:**

Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, República Argentina.

### **7. Cronograma de actividades:**

Actividad	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión y recopilación bibliográfica	X	X										
Relevamiento documental		X	X	X								
Diseño de protocolos de entrevista				X								
Selección de los casos				X								
Trabajo de campo				X	X	X						
Análisis de entrevistas					X	X	X					
Análisis integrador (triangulación)							X	X	X			
Redacción de informe final									X	X	X	
Presentación y defensa de los resultados												X

### **8. Bibliografía básica de referencia:**

Artigas-Pallarés J. (2011) “¿Sabemos qué es un trastorno?. Perspectivas del DSM 5”. Rev Neurol; 52 (Supl 1): S59-69.

Carpintero, H. (2011) “La Ley Nacional de Salud Mental: Analisis y perspectivas”. En Topia, Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura. Obtenido de:<http://www.topia.com.ar/articulos/ley-nacional-salud-mental-an%C3%A1lisis-y-perspectivas>.

Galende, E. (2008) *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. 1ª ed. Editorial: Lugar: Buenos Aires.

Glaser, B. & Strauss, A. (1967) "The discovery of Grounded Theory

Strategic for qualitative research". Aldine Publishing Company: New York.

Más, F. y Andriotti Romanin, E. (2004) "Salud Mental ¿Demasiados mapas para un mismo territorio?" Comunicación presentada en las *VI Jornadas de Sociología de la UBA*. Buenos Aires. 22 de octubre.

Stolkiner, A. (2005) "Interdisciplina y Salud Mental". Comunicación presentada en las *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología*. Salud Mental y Mundialización. Posadas. Misiones. 7 y 8 de octubre.