



Salud Mental

El Informe sobre la Salud en el Mundo 2001, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que en las distintas culturas los estudiosos han definido de formas diversas la Salud Mental, concepto que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales.

Cada persona, en cada grupo humano, tendrá una percepción de los procesos de salud y enfermedad derivada de una construcción subjetiva resultante de interacciones con el entorno en el cual transcurre su vida. Por ello, es necesario comprender que los mecanismos que conducen a la salud y a la enfermedad mentales están determinados básicamente por la capacidad de las personas y de los grupos sociales para desarrollar conductas que se adaptan a las formas de cultura dominantes en su sociedad. La cultura de pertenencia brinda el soporte, la trama que posibilita la organización de personalidad del sujeto. Cada momento de la experiencia personal tiene una relación definida con alguna forma de cultura, por lo cual la salud y la enfermedad mentales son expresiones de carácter que deben ser referidas a la estructura del proceso social como parte de su dinámica.

Según lo expresa Claudio Fabregat, cada cultura, de acuerdo a sus valores, es capaz de producir diversos grados de satisfacción y frustración en la persona. Toda cultura formula metas de finalidad como objetivos necesarios para todos los miembros que forman parte del grupo, que se constituyen en anhelos por los que se orientan las personas en cada comunidad. La imposibilidad de satisfacer o de alcanzar las metas de finalidad conduce a la persona a la ansiedad y al conflicto. Una insatisfacción sostenida de estas metas de finalidad, asimilada a necesidades, lleva usualmente a estados de frustración y a ideas derivadas. El sentimiento de inseguridad y la devaluación del yo son desarrollos concomitantes de esta frustración. Los

estados de sufrimiento, complejos de inferioridad, resentimiento social y tendencias agresivas, son también derivados dinámicos de la frustración de las metas de finalidad. La satisfacción de las metas de finalidad conduce, en cambio, a estados de seguridad, a sentimientos estables del yo y a relaciones interpersonales creadoras. Si la persona fracasa reiteradamente en sus intentos de satisfacer los objetivos impuestos por su cultura, cabe la posibilidad de que desarrolle una conducta vinculada a la pérdida de su armonía cultural, caracterizada por un sentimiento de frustración generado por la dificultad de satisfacer sus necesidades.

Para Vicente Galli y Ricardo Malfé, “el vivir cotidiano implica negociar permanentemente con conflictos entre anhelos contrapuestos, con los límites de la realidad exterior y con los de las realidades internas, con los deseos de los demás, con las contingencias de la naturaleza y de las organizaciones humanas. Cuando los conflictos son más globales y más sostenidos en el tiempo o más comprometedores por la calidad de aquello que se percibe amenazado, aparecen las crisis. Algunas de ellas predecibles por evolución vital (adolescencia, maternidad, jubilación). O por avatares previsibles pero no siempre datables con anticipación (pérdida de seres queridos, conmociones sociales) o por avatares no previsibles pero posibles (accidentes, migraciones forzadas). Tener conflictos y crisis es lo esperable. No tienen significado patológico, mientras no alteren tres elementos básicos de la calidad de vida mental: a) la posibilidad de participar activamente en los propios cambios y en los cambios del contexto; b) la percepción del sufrimiento como integrando cierto sentido de la vida, lo que permite incluso hacer de él cierta experiencia de desarrollo, de construcción de nuevos vínculos, opciones o conocimientos; y c) el mantenimiento de la capacidad de imaginar. Para que todo esto pueda tener lugar, es imprescindible contar en la dotación interior con algunos anclajes identificatorios simbólicos”. Gracias a ellos, “el sujeto de la cultura se

asegura su posibilidad de reconocerse identificado e identificante con los conceptos de una serie de posiciones y actitudes subjetivas de valor cuasi universal". Son las instituciones, "comenzando por la familia, las que brindan el soporte más o menos estable para dichos anclajes identificatorios".

Según afirma Donald Davidson, los estados de la mente tales como dudas, anhelos, creencias y deseos se identifican, en parte, por el contexto social e histórico en que se adquieren; cada persona ocupa su propia posición en el mundo y tiene, por tanto, su propia perspectiva del mismo. Todas las sociedades experimentan algún grado de tensión en sus relaciones internas y externas. El modo de afrontar esas tensiones variará en cada cultura. La capacidad de los individuos para sortear esas tensiones se verán facilitadas por sus posibilidades sociales, por sus vínculos interpersonales, por su grado de integración, por las oportunidades que se le ofrecen y por sus capacidades y habilidades para desarrollar conductas adaptativas. Con la resolución de las tensiones y conflictos, la persona irá alcanzando el bienestar subjetivo.

El modo de alcanzar el bienestar subjetivo muestra grados de complejidad y heterogeneidad, a punto tal que en muchos casos a pesar del avance modernizador existen situaciones de malestar generalizado independientes de los avances mostrados por indicadores basados exclusivamente en cálculos económicos. Estas cuestiones se reflejan claramente en el Informe sobre Desarrollo Humano en Chile 1998, donde se muestra la paradoja de que el buen desempeño de los indicadores macroeconómicos y sociales no conlleva necesariamente a un aumento en el sentimiento de seguridad en la población. Si bien los chilenos tienen mayor seguridad de no pasar hambre y de ser respetados en sus derechos humanos, simultáneamente, expresan sentimientos de inseguridad e incertidumbre. Los mismos se manifiestan especialmente en tres ámbitos: el miedo a la exclusión, porque, a pesar del buen desempeño de los indicadores, las personas no están seguras de que los sistemas de salud y de previsión les brinden una protección adecuada; el miedo al otro, es decir, un temor a la delincuencia muy superior a las tasas de criminalidad; y, por último, el miedo al sin sentido, en tanto la experiencia cotidiana muestra la vida social como un proceso caótico, donde se producen problemas como el estrés, la contaminación, la drogadicción

o la agresividad. Este Informe pone en evidencia que la primacía acordada a la modernización vulnera la subjetividad de las personas y por lo tanto limita las oportunidades de Desarrollo Humano. A modo de síntesis, plantea que una subjetividad vulnerada pone en peligro la sustentabilidad social del proceso de modernización. Uno de los desafíos del Desarrollo Humano reside pues en lograr un despliegue de la subjetividad que sea complementario al avance modernizador. Asumiendo el avance actual de la individualización, el problema parece radicar en la recomposición de un "colectivo" capaz de incidir sobre la marcha de los diversos sistemas funcionales.

Retomando a Fabregat, puede agregarse que una concepción amplia de Salud Mental debe ocuparse del problema de la integración del individuo con su comunidad y de la integración de cada uno de sus grupos y clases constituyentes con las metas de finalidad de la cultura y con los medios proporcionados por la sociedad para cumplimentarlos. Una integración social eficiente será la que posibilite y garantice una interacción armoniosa de todos los grupos sociales. Uno de los atributos de la verdadera integración social lo constituye su continuidad, pues es en la cultura donde se manifiestan fluidamente los enlaces del pasado y del presente. En la integración se refleja el grado de estabilidad existente entre la persona y los grupos primarios y secundarios de su comunidad, como por ejemplo la familia, el grupo de trabajo y la comunidad social. Asimismo, muestra el grado de capacidad que desarrolla cada individuo para vivir productiva y armoniosamente con sus compañeros de situación. La integración social y la misma Salud Mental dependen de la estabilidad y congruencia que mantengan las relaciones entre el grupo y el individuo.

En la medida en que cada uno de los integrantes de la comunidad encuentre las oportunidades para el ejercicio de una ciudadanía plena, se podrán alcanzar las metas del Desarrollo Humano. Ciudadanía plena es un concepto integral que comprende la ciudadanía política basada en una cultura de la participación, en el ámbito de un Estado activo; una ciudadanía social fundamentada en una cultura de la solidaridad y en el ámbito de una sociedad participativa; y por último una ciudadanía económica, que encuentra sus bases en la cultura del trabajo y se desarrolla en el ámbito de un mercado legítimo y una economía saludable.

Informe sobre la Salud en el Mundo 2001

El *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), destaca la importancia de la Salud Mental, al igual que la salud física, para el bienestar general de las personas, las comunidades y los países. Señala que los avances en neurociencia y medicina conductual han demostrado que, al igual que muchas enfermedades orgánicas, los trastornos mentales y conductuales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

La clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) define los trastornos mentales y del comportamiento como un conjunto. Los síntomas varían sustancialmente, pero estos trastornos se caracterizan en términos generales por alguna combinación de anomalías de los procesos de pensamiento, de las emociones, del comportamiento y de las relaciones con los demás. A modo de ejemplos cabe citar la esquizofrenia, la depresión, el retraso mental y los trastornos relacionados con el abuso de sustancias.

Durante años, los científicos han discutido acerca de la importancia relativa de la genética frente al ambiente en la aparición de los trastornos mentales y del comportamiento. En la actualidad, las pruebas científicas indican que dichos trastornos son consecuencia de la suma de influencias genéticas y ambientales, esto es, de la interacción de las características biológicas con factores psicológicos y sociales. Ni el cerebro se limita a reflejar el desarrollo determinista de complejos programas genéticos, ni el comportamiento humano es sólo el resultado de un determinismo ambiental. Antes del nacimiento y a lo largo de la vida, los genes y el entorno intervienen en un conjunto de interacciones inextricables que son esenciales para la aparición y el curso de los trastornos mentales y del comportamiento.

La salud pública al servicio de la Salud Mental. Se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo; sin embargo, el presupuesto para Salud Mental de la mayoría de los

países es inferior al 1% del gasto total en salud. Más del 40% de los países no disponen de una política de Salud Mental, y en más del 30% no existe un programa dedicado a niños y adolescentes. Es frecuente además que los planes de salud no cubran los trastornos mentales y conductuales en la misma medida que otras enfermedades, lo que genera importantes problemas económicos para los pacientes y sus familias.

Carga de los trastornos mentales y conductuales. Los trastornos mentales y conductuales son frecuentes: más del 25% de la población los padece en algún momento de su vida. Son también universales, puesto que afectan a personas de todos los países y sociedades, a individuos de todas las edades, a mujeres y a varones, a ricos y a pobres, a residentes en entornos urbanos y rurales. Tienen un fuerte impacto económico sobre las sociedades y sobre la calidad de vida de las familias. Los trastornos mentales y conductuales afectan en un momento dado al 10% de la población adulta, aproximadamente. Alrededor del 20% de los pacientes de atención primaria padecen uno o más trastornos mentales. En una de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental o del comportamiento. Estas familias no sólo proporcionan apoyo físico y emocional, sino que soportan las consecuencias negativas de la estigmatización y la discriminación. Se ha estimado que, en 1990, los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10% de los AVAD (Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad) totales perdidos por todas las enfermedades y lesiones. En 2000, ese porcentaje había aumentado al 12%, y se prevé que llegará hasta el 15% en 2020. Los más frecuentes, responsables por lo general de discapacidades importantes, son los trastornos depresivos, los debidos al uso de sustancias psicoactivas, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental y los trastornos de la infancia y la adolescencia. Los factores asociados a la prevalencia, la aparición y la evolución de los trastornos mentales y conductuales son la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y el entorno sociofamiliar.

Resolver los problemas de la Salud Mental. A lo largo del último medio siglo, el modelo de la atención en Salud Mental ha pasado de la institu-

cionalización de las personas aquejadas de trastornos mentales a un enfoque de atención comunitaria, respaldada por la disponibilidad de camas en hospitales generales para casos agudos. Este cambio se basa tanto en el respeto a los derechos humanos de los enfermos mentales, como en el empleo de intervenciones y técnicas modernizadas. Un diagnóstico objetivo correcto es fundamental para planificar la asistencia en cada caso individual y escoger el tratamiento adecuado. Cuanto antes se instaure un tratamiento oportuno, mejor será el pronóstico. Tratar adecuadamente los trastornos mentales y conductuales significa hacer un uso racional de las intervenciones farmacológicas, psicológicas y psicosociales, de manera integrada y clínicamente válida. El manejo de trastornos específicos comprende medidas de intervención en las áreas de la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

Políticas y prestación de servicios de Salud Mental. En su calidad de responsables últimos de la Salud Mental, y en el marco de los sistemas de salud y las formas de financiamiento generales, los gobiernos deben definir políticas que protejan y mejoren la Salud Mental de la población. En lo que atañe al financiamiento, debe protegerse a la población frente a los riesgos financieros catastróficos. Estas políticas deben reforzarse a través de medidas coherentes en materia de alcohol y drogas y mediante otros servicios sociales básicos. Las políticas deben elaborarse con la participación de todos los interesados directos y basarse en información fidedigna, deben garantizar el respeto de los derechos humanos y tener en cuenta las necesidades de los grupos vulnerables. Es necesario desplazar gradualmente la asistencia desde los grandes hospitales psiquiátricos hacia servicios que estén integrados en los servicios de salud generales. Es preciso disponer de fármacos psicotrópicos y adiestrar al personal de salud. Los medios de información y las campañas de sensibilización pueden ser eficaces para reducir la estigmatización y la discriminación. Las organizaciones comunitarias también deben recibir apoyo, pues pueden ser fundamentales para mejorar la calidad de los servicios y la actitud del público. Se necesitan más investigaciones para mejorar las políticas y los servicios, en particular para tener en cuenta las diferencias culturales.

Los efectos de las transformaciones culturales

La profunda crisis en la que se encuentra la Argentina durante los últimos años ha afectado el estado de la Salud Mental de su población. Pero existen otros aspectos estructurales que no están causados por la crisis, sino que se deben en parte a transformaciones culturales que se han venido produciendo con leves diferencias en buena parte del mundo occidental.

La prevalencia de nuevas formas de alteración de la Salud Mental se produce a partir del surgimiento de un contexto de fuerte inestabilidad en las relaciones sociales y económicas, acompañado de un nuevo individualismo por el que ninguna ley moral ni tradición pueden hoy indicar desde el exterior a las personas lo que deben ser y cómo deben conducirse. La disciplina propia de la modernidad había sido extensamente analizada como fuente de trastornos mentales y conductuales. En forma creciente, el modelo cultural actual reposa mucho menos en las conductas prohibidas o exigidas que en las decisiones y las iniciativas personales. La sociabilidad ya no obliga a seguir patrones fijos, sino que más bien valoriza la elección personal: en una cultura fuertemente secularizada, la iniciativa personal pasa a ser una obligación que se impone a través del descrédito dirigido a los conformistas y a quienes se guían por normas rutinarias o por imitación de otras personas. Según explica Alain Ehrenberg, estos rasgos culturales provocan nuevas patologías en las que “la norma ya no se funda en la culpabilidad y la disciplina, sino en la responsabilidad y la iniciativa”. Las normas de hoy son las nociones “de proyecto, de motivación, de comunicación”. El clásico conflicto entre lo permitido y lo prohibido es reemplazado por la compulsa entre lo posible y lo imposible. La conducta obligada es ser uno mismo, pero esto, si bien libera a muchas personas de cargas sociales hoy percibidas como intolerables, no suaviza la presión para la persona. En consecuencia, se incrementan las patologías donde lo que predomina es el sentimiento de pérdida del propio valor.

El lamento sobre la presunta pérdida de referentes para la persona moderna lleva a olvidar que mucho se ha ganado con el cambio: la libertad no podría existir si no hubiera una creciente oferta

desreglamentada de referentes sociales. Esta emancipación parece acompañarse en todo el mundo por un nuevo tipo de sufrimiento que parece brotar por todas partes. Las normas que generaban la integración social mediante la amenaza de sanciones morales eran “semáforos” que permitían a las personas orientarse, pero su misma rigidez constituía una fuente de desdichas para quienes querían hacer uso de su iniciativa o para aquellos que eran estigmatizados por esas normas. Los nuevos mandatos culturales ponen mucho mayor énfasis en la capacidad personal, y por eso buena parte de las nuevas formas de padecer provienen de la percepción de una insuficiencia para responder con éxito a esos mandatos. En una sociedad que glorifica el éxito inédito, la vida del hombre común es vista como resultado de su ineptitud.

Algunos interrogantes acerca del presente

Los profundos cambios socioeconómicos ocurridos en el país en los últimos años –pudiendo tomarse a los hechos de diciembre de 2001 como punto de quiebre– impactaron con gradientes de intensidad variable en todos los bonaerenses. Este impacto tuvo consecuencias drásticas para los grupos más desprotegidos y vulnerables. La crisis generó en algunos ciudadanos desórdenes psíquicos provocados por la incertidumbre, el aumento de la inseguridad, la menor confianza en las instituciones, el desempleo, o la generalización de pérdida de ingresos y de oportunidades de acceso a servicios básicos. Ante la magnitud de la crisis sociopolítica que enfrentan todos los argentinos, cuyas consecuencias futuras aún son impredecibles, cabe formularse una serie de preguntas que permitan una lectura crítica de lo presente y una mirada comprometida del presente, a fin de avizorar y construir un proyecto de futuro.

¿Qué efectos se producen sobre la calidad de vida de las personas cuando el tejido social se resiente y se pierde su cohesión, a tal punto que gran cantidad de individuos quedan atrapados sin posibilidad de integración y obligados a generar nuevas estrategias en un marco de profunda incertidumbre?

¿Qué ocurre cuando el progreso económico está vedado para la mayoría de los ciudadanos? ¿Cómo inciden estas insatisfacciones sobre los procesos de subjetivación? Éstos, al decir de Emiliano Galende, no son otros que las formas en que se organizan el deseo, la fantasía, los sentidos en que se decide la cotidianidad de la vida, la percepción de las necesidades y su búsqueda de satisfacción.

¿Qué sufrimientos y angustias generan en las personas el no poder desarrollar sus capacidades para satisfacer las metas de finalidad determinadas por su cultura? ¿Cómo afecta la vida cotidiana de las personas y qué angustias existenciales genera el no poder ser parte de la comunidad por falta de oportunidades para la satisfacción de sus necesidades materiales y para el desarrollo de sus plenas capacidades culturales, simbólicas y sociales, cuando sólo les aguarda la exclusión sin posibilidades para garantizar el ejercicio de una ciudadanía plena?

¿Qué ocurre cuando el trabajo ya no ejerce el rol integrador en la sociedad en la cual se gestó una tradición de derechos sociales vinculadas fuertemente a la condición de ocupado? ¿Qué sucede cuando una persona pierde su trabajo, cuando su condición de desocupado perdura y pasa a la categoría de “supernumerario” –sobra en el mundo– y a una situación de desafiliación entendida como disociación, descalificación o invalidación social? ¿Cómo afectan en la vida cotidiana de los trabajadores las situaciones de vulnerabilidad laboral, cuando tienen trabajo pero temen perderlo en cualquier momento, los beneficios de protección social se debilitan o desaparecen y las situaciones de precariedad continúan en aumento? ¿Qué estigmas y prejuicios se mantienen en el imaginario colectivo hacia los desocupados? ¿Qué ocurre con el ejército de jóvenes sumidos en la pobreza y la exclusión que no trabajan ni encuentran en la educación formal un proyecto de futuro?

¿Qué sufrimientos soportan los niños sometidos a riesgos morales, físicos o psicológicos al no encontrar en sus familias el soporte en el cual se satisfagan sus necesidades primarias de protección, abrigo, alimentación, afecto y transmisión de valores? Las necesidades primeras de la persona humana se desarrollan, satisfacen o frustran básicamente en los niveles de la vida familiar. ¿Qué efectos psíquicos provoca la desarticulación, cada vez mayor, de las oportunidades de las familias como

efecto directo de la crisis económica y social en la cual se encuentran sumergidas?

¿Qué patologías mentales desencadenan las propuestas exitistas que promueven conductas narcisistas, sólo alcanzables para unos pocos?

¿Cuán doloroso es el sentimiento de desarraigo, las dificultades de adaptación, las expectativas frustradas que sufren aquellas personas que emigran, en muchas ocasiones dejando a su familia, en busca de un futuro más promisorio?

Los interrogantes son muchos, y resulta imposible responder a todos. Por ello resulta estimulante presentar estrategias favorecedoras del Desarrollo Humano instrumentadas en forma silenciosa y sostenida por amplios sectores de la comunidad bonaerense: trabajadores de la salud, organizaciones no gubernamentales, universidades, organizaciones religiosas, movimientos de defensa de los derechos humanos, asambleas populares, cooperativas de obreros.

La atención de la Salud Mental en la Provincia de Buenos Aires

La Provincia cuenta con una Dirección de Salud Mental dentro del Ministerio de Salud. Además de cuatro establecimientos neuropsiquiátricos, existen 67 hospitales provinciales de diversa complejidad; todos ellos disponen de servicios de Salud Mental de distinta envergadura, con o sin internación. A su vez, cada municipio dispone de una red de centros de atención primaria de la salud, y en algunos de ellos trabajan profesionales del área de la Salud Mental.

De la consulta a especialistas, investigadores y trabajadores de la salud en general y de la Salud Mental en particular, surgen elementos diagnósticos acerca de la situación resultante de la interacción de las personas con el contexto social, político y económico. A continuación se presentará una aproximación cualitativa y acotada al análisis del material obtenido en las entrevistas mencionadas. Cabe agregar que no existen datos estadísticos disponibles que indiquen la carga de morbilidad de los Trastornos mentales y del comportamiento, según los define la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Décima Revisión CIE-10.

En los grandes núcleos urbanos, durante décadas los servicios de salud de los hospitales públicos y de las unidades de atención primaria han atendido a los sectores más pobres de la población, mayoritariamente sin otro tipo de cobertura social. En los últimos años, comienza a observarse un cambio respecto al perfil de la demanda, tendencia que se sostiene e incrementa a la fecha. A los sectores bajos se suman las clases medias empobrecidas que, al perder el trabajo estable, se quedan sin cobertura médica y no cuentan con recursos suficientes para contratar sistemas prepagos de salud. Actualmente, muchas de esas personas de clase baja que demandaban atención en el sector público ya no asisten a estos servicios por falta de recursos.

Los trabajadores del área de la Salud Mental relatan, a partir de sus observaciones en la práctica cotidiana, algunos emergentes significativos resultantes del incremento de la *violencia psicosocial*, que implica tres niveles de expresión: la violencia en el marco hogareño; el incremento de tentativas de suicidio –se ha establecido una tendencia que va en ascenso–; y las situaciones de violencia callejera, no necesariamente vinculadas a situaciones de robo, sino también a respuestas violentas a conflictos interpersonales. Se señala, además, un incremento de los heridos de arma de fuego vinculados al aumento de los robos.

La *violencia familiar* ha mostrado un notable incremento en el último año. Si bien se observan casos en todos los tipos de hogar, se producen con mayor frecuencia en contextos de familias muy desmembradas. En estos contextos, también se producen casos de abuso sexual en adolescentes y púberes, por lo común por parte de algún conviviente. Cuando el abuso desencadena la fuga del hogar del menor, en muchas ocasiones lo obliga a permanecer la mayor parte del día en la calle, con nefastas consecuencias. Estas situaciones son difíciles de resolver, a pesar de la intervención de los juzgados, ya que no siempre se encuentran casas alternativas que puedan contenerlas de la manera esperable. En ocasiones, se trata de casas de familiares que no pueden hacerse cargo por razones económicas o porque en su seno también se desarrollan situaciones de extrema violencia.

Otro problema derivado del *contexto familiar* que afecta la Salud Mental de las personas se genera en algunas familias que, luego de vivir en

forma autónoma, deben volver a acoplar generaciones. Siendo varios los hijos que retornan con sus familias a la casa paterna, se constituye una familia extensa que puede generar conflictos de convivencia. Como ya se hiciera referencia en el Capítulo 3, la convivencia forzada puede potenciar los conflictos generacionales; ello no sólo afecta la situación de los adultos mayores, sino que también puede ocurrir que la dependencia de los padres jóvenes genere confusión en los niños.

El *Programa de Atención Comunitaria* de la Universidad de Buenos Aires (ver la descripción del mismo en el correspondiente recuadro de este Capítulo) cuenta con un servicio que brinda atención a niños derivados por escuelas y hospitales. Observan, en general, que estos chicos con trastornos de conducta pertenecen a familias cuyos adultos, desbordados por difíciles situaciones personales, tienen escasa disponibilidad para atenderlos. Señalan que en el año 1994 empezaron a aparecer patologías más graves dentro de las psicosis, y en 1997 comenzó a ser frecuente la aparición de niños con HIV derivados por hospitales y juzgados. Las derivaciones desde los juzgados suelen corresponder a niños alejados de padres que se encuentran cumpliendo penas en instituciones carcelarias. En el año 2001, el perfil con mayor crecimiento de las consultas corresponde a niños de clase media empobrecida, que llegan por derivación escolar o por demanda espontánea. La demanda de niños de clase baja se ha reducido considerablemente, y se encuentra una relación muy estrecha entre esta disminución y la deserción escolar como efecto directo. Se menciona también la aparición de niños con graves patologías ligadas a trastornos depresivos; su gravedad reside en que el niño con severos problemas de conducta es activo, lo que no ocurre en estos casos, y es muy difícil “despertar” a un niño cuando entró en depresión tan tempranamente. Desde este servicio encuentran que la edad de derivación ha bajado con los años, hecho que puede deberse a un mayor estado de saturación en ciertas escuelas que ante el menor problema lo mandan afuera, sin intentar canales de solución al interior de la institución, aunque los profesionales reconocen que la mayoría de las derivaciones son correctas. Llegan también niños de familias compuestas por inmigrantes limítrofes, generalmente indocumentados, con serias dificultades. Una explicación posible hace

pensar en adultos con complejas situaciones de origen y cuya única salida posible fue la migración, lo cual va generando un individuo con poca capacidad o disposición para criar a sus hijos en condiciones de salubridad. También es común el problema en niños afectados por el trabajo infantil, que en ocasiones adquiere características de extrema peligrosidad vinculadas a la venta de drogas o armas.

Profesionales que atienden en los *servicios de Salud Mental en centros de salud* indican que mayoritariamente reciben niños en edad escolar derivados por los gabinetes escolares. Los motivos de la consulta en psicopatología infantil se centran alrededor de la sintomatología del lazo social, niños inquietos, con dificultades de adaptación al grupo, opositoristas y querellantes con las figuras de autoridad. Últimamente aparece un incremento de consultas espontáneas. Respecto a los pedidos de atención psicológica para niños, adolescentes y adultos que provienen del Poder Judicial, por causas penales o por intervención de Tribunales de Familia o de Menores, en general son difíciles de sostener y no prosperan. Muchos de los niños que presentan trastornos para el aprendizaje cuyas causas responden a problemas psicosociales son derivados por el sistema educativo a escuelas especiales –establecimientos que fueron creados para brindar educación a niños con debilidad mental u otros impedimentos para el aprendizaje. En muchas de ellas se realiza un trabajo efectivo con profesionales de la Salud Mental y se logra reintegrarlos nuevamente a la escuela común. Aquí cabe reflexionar si la derivación a escuelas especiales de estos chicos con serios problemas de integración psicosocial es la respuesta más adecuada desde el sistema educativo, o bien si la escuela común al sentirse desbordada por los problemas cotidianos no encuentra otras alternativas posibles. Acompañando a estos problemas se da un aumento de la *deserción escolar*; para un sector muy importante de niños y adolescentes se perdió la escuela como lugar de referencia por excelencia, que por eso deja de funcionar como institución que brinda contención, atención e integración. Todo indica que estos chicos no encuentran en la escuela las herramientas que les permita desarrollar un proyecto integrador de futuro; priva en ellos la desesperanza, perciben que terminar los años de educación formal no les garantiza la posibilidad de encontrar

trabajo, ni les da posibilidades concretas de mejorar su bienestar.

El Programa de Psicología comunitaria de la Universidad de Buenos Aires cuenta, entre otros, con el Subprograma de *Psicología Clínica para adolescentes*, que comenzó en el año 1997 y ya atendió alrededor de 700 pacientes. Una de las profesionales consultadas relata que desde este servicio atienden adolescentes de 13 a 25 años de edad; es decir, que cubren los períodos de adolescencia temprana, media y tardía. Respecto a su perfil socioeconómico, corresponden a las clases bajas, medias bajas, medias empobrecidas y desocupados. El servicio está organizado a fin de dar respuestas a los problemas más difíciles, entre los que predominan la violencia y los trastornos de alimentación. La violencia se manifiesta especialmente en varones, que son derivados desde las escuelas por sus trastornos de conducta. Se trata de niños que en el 95% de los casos se encuentran en la adolescencia temprana y manifiestan conductas violentas en todas sus gamas: verbal, emocional y también abandonica. Esta última se vincula a una conducta negligente de los padres que se transforma en un “no registro”. Para dar respuesta a esto se recurrió a terapias grupales que atienden a los adolescentes tempranos que concurren a la EGB, medios que asisten a la Polimodal, y tardíos que cursan estudios terciarios o universitarios.

En general, en la adolescencia temprana –comprende el tramo de edad entre 13 y 16 años– se observa una incapacidad para verbalizar los conflictos, que se acrecienta en niños con un entorno social precario. Se manifiestan por medio de un continuo actuar, rápidamente pasan al acto: están “a las trompadas”, se maltratan, se fugan, o en su defecto son maltratados por sus padres o se mueven en contextos de violencia familiar, hechos que reproducen hacia el afuera. Es común la aparición de intentos de suicidio, mutilaciones o juego con armas. Aparecen así situaciones trágicas: sufren graves accidentes en la vía pública, juegan a la ruleta rusa, son víctimas de daños ocasionados por peleas, se drogan. Son varones rebeldes, altamente transgresores, y la desorganización se desnuda a través de la conducta escolar. Actualmente, se están agregando gran número de chicos con rasgos psicóticos, absolutamente desorganizados. Muchas de estas conductas se corresponden con padres que debido a sus propias situaciones per-

sonales y sociales se encuentran desvalidos para realizar un eficaz acompañamiento y contención en la crianza de sus hijos. Así es posible observar en algunos casos padres con patología narcisista y también madres con depresión “muda” o “blanca”, cuyas manifestaciones son la abulia, el desinterés, el desgano y el aislamiento. En la otra punta, aparecen madres completamente intrusivas y agresivas sin empatía con los hijos. Para estos chicos que sufren o ejercen violencia, se brinda contención y tratamiento desde el programa especial para familias violentas. Se implementan grupos terapéuticos para los chicos y paralelamente se trabaja con los padres o algún referente familiar adulto. Entre los problemas femeninos adolescentes, se atienden especialmente los de embarazo y trastornos de alimentación. Estos últimos son muy frecuentes, y su descripción se encuentra, en este mismo capítulo, en el apartado correspondiente.

En los servicios de obstetricia de los hospitales se observa un incremento de *embarazos adolescentes*, una proporción importante de ellos asociados a conductas adictivas en las jóvenes o en sus parejas. Generalmente las adolescentes llegan al servicio de Salud Mental por derivación de Obstetricia, pero no es frecuente que se realice un seguimiento, ya que luego de nacido el bebé cortan el vínculo con la institución. La captación de la embarazada adolescente es muy difícil si no se sale a trabajar a la comunidad, pues la demanda espontánea no es habitual. Asociado al embarazo y a la drogadicción se suma el SIDA, y muchas de las portadoras están, además, en riesgo de morir por imposibilidad de mantener un tratamiento en forma sostenida.

Otro de los motivos de consulta en los servicios del área corresponde a los intentos de *suicidio*. Para la OMS, el suicidio constituye en la actualidad un problema muy importante para la salud pública. En casi todo el mundo, la tasa de suicidio es mayor entre los varones, según una proporción acumulada de 3,5 a 1 con relación a las mujeres. Los intentos de suicidio que llegan a los hospitales muy frecuentemente no se vinculan a psicopatologías definidas, sino que sus motivaciones suelen responder a situaciones de crisis psicosocial asociadas a condiciones de violencia y de desempleo. Los especialistas consultados señalan que se ha comprobado, en concordancia con la OMS, que sólo el 25% de los intentos de suicidio

quedan registrados. Las hipótesis explicativas respecto a este fenómeno serían, por un lado, que un sector importante de las personas que han cometido intento de suicidio no cuenta con los recursos económicos como para recurrir al hospital; y por otro, que muchos de los intentos de suicidio no son de suficiente letalidad como para requerir asistencia. Si bien el intento de suicidio atraviesa todas las capas sociales, se percibe un aumento en los sectores medios cuyas condiciones cambiaron abruptamente, tanto con relación a los ingresos como en el intercambio social, y donde el desgranamiento juega un papel preponderante.

La OMS indica que el suicidio es una de las principales causas de muerte entre los adultos jóvenes. Señala entre los factores frecuentes que contribuyen a elevar las tasas de suicidio a los cambios socioeconómicos –en cualquier dirección. Sin embargo, agrega que, aunque este efecto se ha documentado en varias ocasiones, también se han observado aumentos de las tasas de suicidio en períodos de estabilidad socioeconómica, y se han registrado tasas de suicidio estables durante períodos de cambios socioeconómicos muy importantes. Según datos suministrados por la Dirección de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación, en el año 2000 se reportaron para la Provincia de Buenos Aires 984 muertes por suicidio, de las cuales el 81% corresponde a varones, con predominio de ocurrencia en los tramos de edad comprendidos entre los 20 y 29 años.

Otro de los malestares observados corresponde a las *depresiones*. En el Informe 2001 de la OMS, la depresión es caracterizada por “una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y merma de la energía. Otros síntomas consisten en pérdida de la confianza y la autoestima, un sentimiento injustificado de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, una menor capacidad de concentración, trastornos en el sueño y la alimentación. Pueden aparecer también síntomas somáticos. Si bien los sentimientos depresivos son frecuentes, sobre todo después de sufrir situaciones traumáticas, sólo se formula el diagnóstico de trastorno depresivo cuando los síntomas superan un umbral y duran al menos dos semanas. La depresión puede ser desde un nivel leve hasta llegar a calificarse como muy grave. Puede aparecer en cualquier momento de la vida, aunque la inciden-

cia es mayor en la madurez. Sin embargo, cada vez se identifican más casos de depresión en adolescentes y adultos jóvenes. La tasa de recurrencia es más elevada en los pacientes mayores de 45 años, y uno de los desenlaces trágicos del trastorno depresivo es el suicidio, consumado entre el 15% y el 20% de los pacientes que padecen estos trastornos en el nivel de mayor gravedad. El 12% de la población mundial sufre trastornos depresivos, es decir que es un trastorno mental frecuente, responsable de una altísima carga de morbilidad, y la OMS prevé que mantendrá una tendencia ascendente durante los próximos 20 años. Esto se traduce en un enorme perjuicio individual, social y económico, con las secuelas de incapacidad laboral, conflictos familiares y sociales, suicidios, actos de violencia o dependencia a drogas”. Los especialistas observan un incremento de consultas por trastornos depresivos, particularmente en mujeres jóvenes y un aumento de los trastornos por ansiedad: ataques de pánico y gran cantidad de fobias –plasmadas en miedos de diversa naturaleza–, en general vinculadas a las situaciones de inseguridad que azotan la vida cotidiana. La situación social en que se vive no es un factor determinante, pero sí un elemento que predispone.

Son frecuentes también los *trastornos psicósomáticos* diversos, es decir, los síntomas que se manifiestan por medio del cuerpo. Aparecen con mucha frecuencia los malestares difusos que invaden y generan pánico, al paciente “le duele todo, el corazón se le salta”, tiene una sumatoria de síntomas. Ligado a ello y en una búsqueda para encontrar alivio para esos malestares, se observan repetidas situaciones de automedicación y sobre medicación indicada por facultativos.

Un conjunto de profesionales especializados en problemas psicósomáticos ha señalado, como hecho observable y macroscópico, un incremento notable de las manifestaciones orgánicas frente a la crisis. Indican mayor número de cuadros cardiológicos, cardiopatías, cuadros neumónicos, asma, dificultades respiratorias, alergias, cefaleas y trastornos digestivos. Estos profesionales, con formación vinculada a la psicósomática, consideran que hay un tipo de funcionamiento psíquico que colabora con el proceso de enfermar: no es el motivo de la enfermedad, sino que es un cofactor que la propicia, relacionado con un déficit de desarrollo del aparato psíquico que no puede afron-

tar ciertas dificultades y se transforma en manifestaciones corpóreas. Ellos investigan, desde hace años, un tipo de funcionamiento psíquico determinado y un estado que deviene de ese funcionamiento al que llaman vulnerabilidad psicósomática. Es decir, una persona que cuenta con dichas características es vulnerable a enfermar; a partir de estas observaciones e investigaciones, desarrollaron un programa de asistencia terapéutica que tiene como objetivo mejorar ese estado psíquico y los factores de ese estado que propician la enfermedad. Consideran que los programas de prevención en Salud Mental, implementados en forma sostenida, constituyen un modo eficaz de mitigar no sólo las manifestaciones orgánicas, sino otros efectos negativos como el *medical shopping*, modalidad reconocida como el recorrido efectuado por los pacientes por casi todos los servicios hospitalarios; este fenómeno produce un aumento considerable del gasto en salud, ya que lleva a la realización de consultas y de estudios completamente innecesarios. Sólo un 10% o 15% de los enfermos psíquicos que consultan al médico general llegan a los servicios de Salud Mental, sometiéndolos a innumerables estudios e interconsultas con múltiples especialistas, cuando en realidad la causa de sus males tiene su origen en cuestiones anímicas.

En concordancia con lo expuesto, profesionales vinculados a distintos servicios de cardiología señalan un aumento de *infartos* en personas de mediana edad, entre 40 y 50 años como promedio, en los cuales el estrés emocional (reacción psicofísica provocada por una emoción negativa) resulta uno de los factores desencadenantes. También es oportuno considerar la aparición de nuevos malestares psicológicos y físicos derivados del estrés emocional causado en personas que se vieron afectadas por la retención de sus depósitos bancarios conocida como “corralito” y que dio origen al “síndrome del acorralado argentino”. El mismo está descrito en un trabajo llevado a cabo por Jorge Garzarelli, investigador de la Universidad del Salvador. La caracterización del síndrome mencionado surge de la elaboración de los datos obtenidos por la aplicación de una encuesta semiabierta a 142 personas afectadas por el corralito que pertenecían a un nivel socioeconómico medio y medio alto, con predominio de población masculina y de desocupados. Entre los síntomas físicos señalados por estas personas, aparecen con ma-

yor frecuencia: dolor de cabeza, pérdida del apetito o su efecto contrario, incremento en la ingesta de alimentos, reacciones agresivas sin aparente motivación, vértigos, mareos, alergias, pérdida de regularidad en la actividad sexual, cuadros agudos de hipertensión. Entre los síntomas psicológicos se mencionan sentimientos de frustración y desesperanza, agresividad, auto acusaciones, ausencia de proyecciones futuras, estrés generalizado, sentimientos de desvalorización, ansiedades inespecíficas y depresiones reactivas y existenciales. También aparecen reacciones adversas en el ámbito del hogar y con el núcleo familiar, vivencias de inseguridad y desprotección personal, así también como de estafa moral y social, sospecha y descrédito en las instituciones, caída en los niveles de aspiración personales y profesionales, desprotección frente a necesidades elementales, emociones violentas grupales. Ante estas situaciones, gran parte de los encuestados reconocen haber accedido al uso, e inclusive a cierto abuso, de drogas somníferas, tranquilizantes, contra la angustia y contra el pánico; hay que agregar que dicho consumo, en muchos casos, respondió a mecanismos de automedicación sin la debida indicación de un facultativo.

Nuevas demandas, nuevas respuestas

Ante la actual situación de crisis individual y colectiva no se puede concebir a la Salud Mental desvinculada de los procesos sociales. En respuesta a ello, hay equipos de salud que se están reacomodando a la nueva realidad, a pesar de que muchos de ellos están viviendo su propia crisis, desbordados por el número insuficiente de profesionales para dar respuesta a la cantidad de demandas que reciben. Es cada vez mayor la incidencia de nuevas patologías que conllevan al deterioro de la persona y de sus vínculos sociales. Cada persona se destaca por su singularidad y los motivos del bienestar o padecer mental son complejos y variados, ya que responden a cuestiones existenciales profundas y se hacen presentes en todas las condiciones sociales.

Este es el momento en que el área de la Salud Mental debe redefinir sus prácticas, revisando los modelos médico psiquiátrico o psicoanalítico,

que no siempre dan la importancia necesaria al componente social en su lectura de la enfermedad mental. Los integrantes de los equipos de Salud Mental deben repensar las patologías sociales; es un campo con escaso desarrollo y muchos de los profesionales consultados lo enfrentan como un gran desafío en su práctica profesional cotidiana. La pobreza urbana lleva a situaciones extremas; por lo tanto, sugieren los profesionales, deberán desarrollarse al máximo estrategias que permitan pensar y adecuar los modelos de atención en Salud Mental a las distintas realidades, tomando los dispositivos sociales propios de cada lugar. Los mecanismos que la psique humana desarrolla para enfrentar la realidad, para vivir su cotidianidad, son complejos y heterogéneos, por ello deben ser contemplados por los equipos de Salud Mental a la hora de acompañar a los pacientes en la búsqueda de alivio a sus padecimientos y sufrimientos.

Profesionales entrevistados con formación psicoanalítica manifiestan la necesidad de replantearse las características que deben adoptar los tratamientos ofrecidos desde los servicios hospitalarios y centros de salud en función de la realidad socioeconómica que viven los pacientes. Generalmente, éstos llegan a tener impedimentos económicos al punto que no pueden costearse el viático para asistir a la atención. Así se llega a casos en los que la población demandante no puede sostener la continuidad que requiere este tipo de tratamiento; lo habitual es que pidan ayuda cuando se encuentran desbordados y excesivamente angustiados, que asistan dos o tres veces, trabajen temas puntuales y luego no vuelvan por largo tiempo. En este caso, los profesionales se preguntan si esas ausencias deben considerarse deserciones o si están condicionadas por imposibilidades económicas que determinan esta modalidad de demanda. Surge así un tratamiento con interrupciones, con intermitencias, en el que en un momento de desborde el paciente se acerca, pero luego no lo puede sostener por diversas razones. Además de la razón económica, ya mencionada y en muchos casos decisiva, están, entre otras, las razones anímicas, como el “dolor” que representa tratar en profundidad temas con un pesado costo afectivo vinculados a historias de vida en las que aparecen abandono, violencia, violaciones, abuso. Actualmente, se revaloriza en la práctica profesional cotidiana la importancia de ofrecer a los pacientes un espacio

para la “palabra” y la “escucha”, es decir, reforzar el uso terapéutico de la palabra. Por ejemplo, al llegar a una consulta una señora jubilada sin dinero y con una historia dolorosa, al verla tan angustiada, la profesional del servicio le sugirió consultar al psiquiatra, y se sorprendió con la respuesta recibida *“yo no quiero psiquiatra, ni quiero pastillas; quiero hablar con alguien. Usted me cae bien y yo quiero hablar. Usted me da como una simpatía. Con venir acá, hablar y tener este espacio, ya me siento mucho mejor”*. A la realidad de la falta de trabajo, al dolor, a la demanda de los hijos, es imprescindible brindar un espacio de contención profesional para ayudar a las personas a encontrar la forma de mitigar sus padecimientos.

Gestión de servicios

En un reciente encuentro llevado a cabo entre expertos internacionales, nacionales y representantes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se planteó la necesidad de discutir las características particulares del área de la Salud Mental a tener en cuenta para diferenciarla del resto del sector salud, y así comprender la especificidad de la gestión de esos servicios. Realizado en la Fundación ISALUD, el encuentro contó con la presencia del Dr. José Caldas de Almeida, representante de la OPS, del Dr. Giovanni De Plato, experto italiano sobre la Reforma Psiquiátrica llevada a cabo en ese país, y del Dr. Hugo Barrionuevo, por ISALUD, Director de la Maestría de Servicios de Salud Mental.

Una de las particularidades del servicio de Salud Mental consiste en que muchas de las afecciones tienen tendencia a la cronicidad; hay enfermedades como la esquizofrenia que, si bien es de baja incidencia, por la duración de la patología y de los tratamientos produce una prevalencia —que los españoles llaman “administrativa”— muy alta. Es decir, hay una gran cantidad de población en tratamiento a pesar de ser patologías de baja incidencia.

Otro aspecto de la Salud Mental que tiene consecuencias importantes refiere a la duración de los tratamientos, ya que por durar años, cualquier costo que se traslade a las familias va a generar un problema de costos insustentables en el largo

plazo; en esto se diferencia de cualquiera de las patologías agudas en las que el paciente compra un medicamento y en pocos días resuelve el problema.

Hay que considerar además la variabilidad de los criterios diagnósticos, pues es difícil comparar intervenciones entre distintas poblaciones, y es complejo intentar homogeneizar las poblaciones; además, resulta muy difícil comparar dos organizaciones o dos servicios cuando se quiere evaluar calidad: la variabilidad de los criterios diagnósticos es una característica clave a tener en cuenta para la gestión en los servicios de Salud Mental.

También tendrá consecuencias en la gestión de los servicios la dificultad que se presenta en la medición de resultados en lo que hace a las características regionales, cómo evalúa cada zona, cada grupo humano, los criterios de salud y enfermedad. Los criterios nosográficos, la decisión de consultar, la aceptabilidad de la locura, la elección de los métodos de tratamiento, tienen una importante influencia cultural que se observa con mayor énfasis en Salud Mental que en otras especialidades.

Otra cuestión a considerar es la incidencia de los aspectos sociales en los resultados de la atención. Los recursos que se destinan a resolver los problemas sociales dentro del ámbito de la Salud Mental son escasos en proporción al efecto que estos problemas tienen en la evolución de los tratamientos. En general, los profesionales están preparados para resolver problemas de salud, de orden médico o psicológico, pero no para resolver problemas sociales. Sin embargo, la patología social retrasa los tratamientos, produce consecuencias en la efectividad de los mismos y los profesionales no están preparados para resolver ese punto, por lo menos desde el sistema de salud.

También debe tenerse en cuenta la diferencia notable que hay entre la prevalencia, que se señala hasta del 25%, y la demanda efectivamente asistida, es decir, la que concurre a buscar tratamiento. Se trata de una brecha importante que abre unos cuantos interrogantes.

La demanda en Salud Mental es especialmente sensible a la accesibilidad a los servicios; en zonas donde no hay servicios de atención, la demanda pareciera no manifestarse, lo que constituye un dato muy relevante, porque en la medida en que el profesional comprenda esta sensibilidad de la demanda se podrán establecer criterios para pla-

nificar la cobertura en Salud Mental a niveles regionales.

Por último, el sector de Salud Mental tiene una importante cantidad de establecimientos monovalentes y profesionales especializados; es una característica que lo diferencia del resto del sector salud. Argentina cuenta con más de 300 establecimientos psiquiátricos, sin contar comunidades terapéuticas e institutos para discapacidad; entre psicólogos y psiquiatras dedicados a la clínica, superan los 35.000 profesionales, a lo que hay que agregar trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas; existen aproximadamente 25.000 camas psiquiátricas. Esto lo diferencia completamente del resto del sistema de salud y requiere herramientas específicas para poder concebir las políticas públicas y las gestiones de los servicios.

A partir del señalamiento de estas características particulares, los expertos señalan la necesidad de pensar acerca de cuál será el futuro en la gestión de los servicios de Salud Mental, por donde deben pasar las preguntas centrales, las líneas de investigación, las cuestiones a resolver en el futuro inmediato. A continuación, se enuncian algunos interrogantes y necesidades que hacen al sector:

- *La regulación por parte del Estado.* En un mercado como el de la Salud Mental con una multiplicidad de actores, donde intervienen familias, pacientes, jueces, proveedores privados y públicos, ONGs, organizaciones religiosas y multiplicidad de profesiones, la regulación por parte del Estado es clave. Determinar en el futuro inmediato cuál va a ser el papel del Estado en la regulación es un aspecto fundamental que incidirá directamente en el futuro de las organizaciones, y por lo tanto en el de la Salud Mental.
- *Los recursos profesionales y sanatoriales.* En este aspecto, hay que considerar tres variables: volumen, tipo y distribución. Habrá que responder en lo inmediato cuántos, qué tipo de servicios y dónde. Eso no está planificado; en la Argentina, la distribución de los servicios no ha sido producto de la planificación sanitaria. Habrá que pensar rápidamente cuántos recursos se necesitan, de qué calidad y tipo, y cómo se van a distribuir geográficamente.

- La *brecha entre prevalencia y demanda* abre dos interrogantes: el primero es el porqué de esta brecha, que seguramente va a estar ligado a la accesibilidad a los servicios; y el segundo plantea qué pasaría si se mueve esa brecha, si se achica esa distancia de dos dígitos porcentuales de la cantidad de pacientes atendidos a los pacientes en tratamiento, cómo se financiaría, quién pagaría por ello y cuántos recursos serían necesarios. Cualquier cambio en la accesibilidad en los servicios puede achicar esta brecha, lo que implica que aumente notablemente la cantidad de pacientes. Este es un interrogante a resolver.
- Otra cuestión clave en el futuro inmediato es la *selección de proveedores*; del lado de la oferta, se requiere lograr proveedores equilibrados en cuanto a la calidad y a la racionalidad con que se utilizan los servicios, así como a las indicaciones terapéuticas; la participación del recurso humano es clave, ya que no es posible gestionar sin el recurso humano.
- Los *sistemas de incentivos*. Se sabe que la economía de la salud ha demostrado que las distintas modalidades de pago y de contratación promueven distintos incentivos, alientan o desalientan conductas y modifican los comportamientos. Por ello es un aspecto principal definir cuál será el sistema de incentivos en cada organización, en cada red, en cada servicio público de salud, en cada área geográfica. Según cuál sea la modalidad de pago, de financiamiento y de contratación, se van a determinar las conductas y se va a cambiar el destino de los servicios.
- La *introducción de copagos* es una herramienta fuerte; la regulación y el control de costos han utilizado el tema de los copagos como uno de los principales instrumentos de control. Sin embargo, en el área de la Salud Mental resulta un interrogante por el hecho de que las patologías son de larga duración y que la mayoría de la población tiene problemas de accesibilidad. Es probable que el sistema de copagos deje afuera a la población de mayor riesgo y más pobre. Habría que pensar cómo utilizar el sistema de copagos y cómo resolver la situación de los que quedan afuera de la atención. Los prestadores comentan que las poblaciones van dejando de atenderse por falta de recursos económicos, a tal punto que no les es posible costearse el viático para llegar a los servicios. También empieza a aparecer una importante proporción de la población que ha perdido su obra social o prepaga.
- La *medicación ambulatoria*. Los tratamientos a largo plazo producen una especie de hipoteca en los pacientes que tienen que comprar los medicamentos durante varios años. Un importante porcentaje de abandonos de tratamientos se produce por la imposibilidad de acceder a la compra de medicamentos; a ello deben agregarse los fármacos de nueva generación, que son más eficaces y tienen mejor tolerancia, pero son mucho más costosos. Por lo tanto, el problema de la medicación ambulatoria y su financiamiento es un tema a resolver en el futuro inmediato, porque hay pacientes que por eso están dejando de atenderse.
- También deben mejorarse los *sistemas de información*; las organizaciones tienen que conocer el comportamiento de la demanda, tienen que tener sistemas ágiles para comprender el entorno, hacia dónde marchan la demanda, el financiamiento y la oferta. Perfeccionar los sistemas de información es fundamental para las organizaciones de Salud Mental.
- *Métodos de diagnóstico más integrales*. En general, no se utilizan los ejes más ligados a los problemas sociales de los pacientes. Lo importante será cómo lograr implementar los métodos de diagnóstico y cómo resolver los problemas de la implementación. El interrogante es cómo incluir dentro de los diagnósticos aquellas cuestiones que puedan hacer predecir el comportamiento de los pacientes y la utilización de los servicios, y cómo plantearse la necesidad de recurrir a algún tipo de ayuda extra al sistema de salud.
- La *medición de los resultados* se señala como una de las dificultades intrínsecas a la Salud Mental, y por ello resulta indispensable perfeccionar los mecanismos para medir resultados y evaluarlos.
- Los *criterios de inclusión para las distintas modalidades terapéuticas* también constituyen un tema a discutir. Las distintas organizaciones tienen diferentes criterios sobre las modalidades de inclusión de los pacientes. Los del hospital de día, de centros de día y de co-

munidades terapéuticas varían de prestador en prestador, y aún no están discutidos, no ha habido un debate y por tanto no existe consenso. Esto debe tratarse, de lo contrario no es posible comprender cómo funcionan los sistemas ni evaluar sus resultados.

- Otra cuestión es la *influencia de la problemática social de los pacientes* en los resultados de la atención. Aquí se plantean varios interrogantes: ¿es posible abordar los problemas sociales desde los sistemas de salud? ¿Salud tiene que financiar la vivienda de un paciente? En este momento se está haciendo: el Hospital Borda, las redes privadas, las obras sociales, las clínicas, financian la cobertura de pacientes sin techo. La pregunta es si esta es la financiación correcta, quién debe hacerlo y con qué herramientas. ¿Se deberá capacitar a los profesionales para que aprendan a abordar problemas de tipo social? ¿O deberá pedirse financiación por fuera del sistema de salud?

Por último, a modo de conclusión, se plantea la necesidad de mejorar las herramientas de planificación y de gestión sanitaria, optimizar los instrumentos de regulación y control del Estado y profundizar la capacitación en la conducción de las organizaciones. Estos son, para los especialistas que asistieron al encuentro reseñado, los tres pilares por los que va a pasar en el futuro inmediato la solución de los problemas en materia de gestión de los servicios de salud.

Trastornos alimentarios

Las patologías relacionadas a desórdenes alimentarios, ocasionadas por una búsqueda obsesiva de la perfección física, trascienden los límites de la estética individual para convertirse en un problema de salud pública. Pero también es preciso reconocer que estas enfermedades están ligadas a factores que exceden los aspectos sanitarios del problema; tienen una íntima relación con valoraciones culturales muy extendidas en el imaginario colectivo, por el cual la extrema delgadez es condición imprescindible para alcanzar un ideal de perfección en la belleza física. La obsesión por bajar de peso, sin razones objetivas que la justifiquen, lleva a situaciones de enfermedad como la buli-

mia y la anorexia. Ambas tienen un origen psicológico que se traduce en conductas alimentarias fóbicas, como el desmedido rechazo a engordar. Tienen su mayor incidencia especialmente en mujeres jóvenes, aunque está comenzando a observarse un incremento también en varones.

Datos proporcionados por la OMS indican que la anorexia (definida como la negación a comer) está alcanzando cifras preocupantes en algunos países occidentales. Según esta organización, la tasa de mortalidad de personas que padecen trastornos alimentarios a escala mundial alcanza un 15% aproximadamente. La Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA), organización civil sin fines de lucro, avala con sus investigaciones esa cifra para la Argentina. Aunque no se dispone de datos estadísticos que indiquen la magnitud de este problema en la Provincia de Buenos Aires, para todo el país, ALUBA indica que 2 de cada diez jóvenes en edad escolar sufren de desórdenes alimentarios, de los cuales el 90% son mujeres.

Los especialistas sostienen que el deseo de estar delgada no es en sí mismo la causa de la enfermedad, sino que constituye un síntoma que trasunta conflictos personales o familiares más profundos. Por otro lado, los mensajes de los medios de comunicación en los que se exalta la extrema delgadez como símbolo de belleza y pasaporte para el éxito, y se atribuyen connotaciones negativas a la gordura, ejercen una presión social que contribuye al incremento de este tipo de patologías.

El Programa de Psicología Comunitaria de la Universidad de Buenos Aires, a través del Subprograma de *Psicología Clínica para adolescentes*, atiende estos problemas en su Unidad de Trastornos de Alimentación, en la que participa una nutricionista y un psiquiatra (algunos casos requieren medicación), desde la que se brinda contención a jóvenes y a sus padres. Los profesionales de este servicio consideran, según consta en el párrafo precedente, que para que haya trastornos de alimentación no suele ser suficiente el discurso de los medios que exagera el culto al cuerpo delgado, sino que generalmente ocurre algún hecho adicional vinculado al entorno social y familiar que los precipita. Dentro de los trastornos de alimentación, se observan fundamentalmente la bulimia y la anorexia, es decir, conductas vinculadas a las pautas alimentarias: “atracones” con producción de vómito o negación a comer.

Los trastornos de alimentación suelen empezar como una anorexia alrededor de los 12 ó 13 años de edad, lo cual está suficientemente documentado en la bibliografía especializada y corroborado en la clínica. Empiezan con una restricción de comida con una connotación punitiva o de vergüenza, ya que no quieren que el cuerpo crezca. En la adolescencia media se presenta la mayor cantidad de los trastornos de alimentación, en gran parte por bulimia. Las terapias de tratamiento son acompañadas por tareas de prevención y sensibilización desarrolladas en las escuelas, que a su vez constituye un ámbito de acercamiento para la orientación y captación de nuevos pacientes.

Para prevenir de modo eficaz y responsable este tipo de enfermedades se requiere, además de la intervención del área de la salud pública, la participación y el compromiso de otros sectores. Entre las organizaciones que actualmente realizan tareas que favorecen la integración social desde la Salud Mental, pueden mencionarse las acciones que ALUBA realiza a través de tratamientos caracterizados por el trabajo comunitario, mediante grupos de ayuda mutua, tanto para personas con diferentes trastornos alimentarios como para sus familiares. Organizan talleres de micro-emprendimientos para que los jóvenes y sus familiares puedan insertarse laboralmente en la comunidad. Estas actividades se implementan en todas sus sedes, incluyendo las que se encuentran en Uruguay y España. Completan su actividad con trabajos preventivos comunitarios, realizados en forma gratuita, en las sedes de la institución. Se destacan las charlas informativas abiertas a la comunidad, en establecimientos municipales y en sociedades de fomento, y los talleres y programas de capacitación destinados a docentes y al público en general para la formación de agentes de salud y voluntarios.

Trastornos adictivos

Otro aspecto a tener en cuenta por sus efectos negativos sobre la Salud Mental y la calidad de vida de las personas refiere al alcoholismo y al uso indebido de drogas. Una proporción importante de los niños que residen en hogares donde los jefes llevan extensos períodos de desocupación o de

fuerte desestabilización laboral va a la escuela en condiciones muy precarias y frecuentemente para satisfacer sus necesidades alimentarias. Paralelamente al incremento de estos problemas, tiende a aumentar el consumo de drogas y, paradójicamente, existe una menor demanda de tratamiento y acercamiento de los chicos o sus familiares a los centros de atención. Según los especialistas, esto se debe principalmente a dos posibles causas: a la naturalización del consumo, ya que la sociedad acepta cada vez más el uso de drogas – estudios realizados demuestran que hace tres años el consumo ocupaba el segundo lugar en la preocupación de las personas y hoy ocupa el octavo o noveno lugar–, y a la carencia de recursos, fundamentalmente económicos, para acercarse a un centro de atención.

Los motivos de consulta más frecuentes son el consumo de alcohol, el de cocaína como droga principal y el de marihuana como droga secundaria. También es muy frecuente el consumo de pasta base, un residuo de la cocaína más económico. Las personas especializadas en prevención y tratamiento de las adicciones y de la violencia familiar señalan que este fenómeno fue creciendo en los últimos años, pero que dio un significativo salto cuantitativo a partir de fines de 2001, con la agudización de la precarización social. Se acercan chicos muy jóvenes en los que el motivo principal de la consulta no es el consumo o la adicción, sino problemas de índole social, de carencia afectiva, de soledad, de desamparo. Por otro lado, el consumo de drogas genera vínculos violentos, y aparece un alto porcentaje de mujeres golpeadas y de madres que golpean a sus hijos.

Desde los centros dedicados a la atención de estos problemas se indica que el acercamiento a los mismos está determinado en un 30% de los casos por derivación judicial, un 45% por el trabajo preventivo comunitario, un 20% por referencia de otros jóvenes que reciben atención y un 5% por la línea gratuita que tiene la Subsecretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Caber agregar que en los servicios hospitalarios también se presentan pacientes con problemas vinculados al consumo de drogas: adictos portadores de HIV, niños y jóvenes con notable deterioro provocado por la calidad de las sustancias que consumen o por mala alimentación, adolescentes que prome-

dian los 20 años de edad con cirrosis hepática, pacientes jóvenes con daños neurológicos, y hasta un aumento de pacientes sicóticos adictos cuya patología psiquiátrica está encubierta por el consumo de droga, lo que los lleva a un sistemático rebote por todos los servicios.

Con relación al *alcoholismo*, se observa en el marco hospitalario el ingreso de personas cada vez más jóvenes, en general adolescentes, con intoxicaciones agudas, lo que sugiere un aumento y un cambio de hábitos en la frecuencia de consumo. Respecto de la incidencia de estas adicciones, sólo se dispone de datos sobre mortalidad por consumo de alcohol, que arroja 295 casos para el año 2000, de los cuales el 92% corresponde al sexo masculino. El mayor número de defunciones ocasionado por esta causa se observa en el tramo de edad comprendido entre 50 y 59 años.

Programas de integración social vinculados a las adicciones

Los profesionales dedicados al tratamiento y prevención de las adicciones manifiestan que el abordaje de este problema debe fundarse en trabajos que intenten nuevas formas de llegar a la comunidad. Son los propios miembros de la comunidad, a través de sus referentes, quienes deben participar en el diagnóstico y reconocimiento de sus dificultades y necesidades. El acompañamiento profesional y el trabajo en red que involucre a todas las organizaciones de la comunidad permitirán desarrollar las estrategias adecuadas para la resolución de los conflictos.

En las organizaciones no gubernamentales se promueven nuevas formas de integración a través de espacios de contención ligados a actividades productivas, a la capacitación y al trabajo en los barrios con formación de agentes comunitarios. La prevención debe hacerse ajustándose a la realidad; por ello, se debe trabajar en los barrios y con los chicos que crecen y se socializan junto a la droga, tratando de lograr que puedan vivir tomando la mayor distancia posible en el contexto de la droga. También es fundamental el trabajo de concientización en la comunidad que intente debilitar las estigmatizaciones, las discriminaciones y los prejuicios hacia los drogadictos. Existe una idea muy

difundida que vincula al adicto con el delito. Este prejuicio incide negativamente sobre los distintos actores sociales, llevándolos a desvincularse de todo compromiso y a transferir todas las responsabilidades al área de la Justicia.

Los tratamientos deben adaptarse a las distintas realidades socioeconómicas de los pacientes, lo cual contribuye con la continuidad de los mismos. Es preciso adaptar horarios y espacios, y adoptar técnicas terapéuticas flexibles e integrales que evalúen los recursos simbólicos y los niveles de deterioro de los pacientes. El tratamiento y la rehabilitación de los adictos deben asimismo brindar herramientas para que puedan reinsertarse laboral y socialmente. Otra contribución importante para la eficacia de estos tratamientos consistiría en una mayor asistencia de psicólogos especializados en los centros de salud, que deben tener un entrenamiento apropiado que les permita superar las frustraciones que genera la atención a adictos por su poca permeabilidad a los tratamientos.

El Secretario de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico de la Presidencia de la Nación, Wilbur Ricardo Grimson, considera que el adicto busca interrumpir el pensamiento a través de la acción psicoactiva de lo que ingiere. Algún hecho lo desespera tanto que no puede tolerarlo y, para no convertirlo en pensamiento, lo transforma en sensación, en euforia, en excitación o en alucinación, y establece con esto una especie de recreo de la imaginación, para que el pensamiento no pueda funcionar. Agrega que a un adicto que quiere dejar de serlo hay que crearle la posibilidad de convertir su desesperación en pensamiento. La eficacia del sistema terapéutico estará dada en poder convertir el deseo de quedarse preñado de imágenes, de sensaciones, de excitación o de descontrol, en un proceso que le permita pensar, reflexionar. Los jóvenes entran en la adolescencia en un estado de indefensión con un exceso de estimulación y con dificultades para socializar el pensamiento. Grimson atribuye la responsabilidad a la cultura actual por crear como patogenia una sobre-estimulación sensorial. Cuando no se puede procesar lo que se quiere tener, ¿cómo es eso que se quiere? O bien, ¿qué es lo que se quiere tener? Hay además una pérdida en la relación entre cabeza, mano y objeto. Por ejemplo, los dedos asumen mayor importancia para el cuerpo porque sirven para manejar

el control remoto y con ello dirigir estímulos inmediatos. En los hogares de clase media alta puede llegar a ocurrir que un adolescente esté al mismo tiempo usando la computadora, la televisión y el equipo de música, produciéndose así una especie de esquizofrenia experimental en la que aprende que la disociación es excelente.

La propuesta de una cultura que promueva la reflexión puede constituir un estímulo para el desarrollo de la Salud Mental. La situación actual ha pasado del desconcierto a la preocupación y de allí al desborde. Existen casos de familias completamente excedidas donde consumen drogas varios hijos en forma simultánea. Grimson considera que la participación de la familia a lo largo de todo el tratamiento es un requisito indispensable, incluso durante la internación.

En los recuadros correspondientes a la Subsecretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones del Gobierno de la Provincia y a la Organización no Gubernamental Tiempo de Crecer, se relatan detalladamente las acciones desarrolladas dirigidas a la prevención y tratamiento de las adicciones desde la perspectiva de la integración social. Pueden conocerse así modos de abordaje desde las instancias pública y privada, respectivamente.

Programas institucionales de integración social

Los servicios de Salud Mental de hospitales y centros de salud desarrollan distintas modalidades de abordaje para este problema: algunos de ellos se ven desbordados por la demanda espontánea y las derivaciones, lo que les impide trasponer las prestaciones meramente asistenciales y los límites de la institución; otros complementan la atención con acciones vinculadas a la prevención dentro y fuera de los establecimientos. A ellos se suman los que despliegan tareas de promoción junto a organizaciones de la comunidad. Existen programas institucionales específicos en el área de Salud Mental dirigidos a grupos vulnerables que funcionan como interesantes experiencias de integración social. Entre ellos, se pueden destacar el Programa de Salud del Veterano de Guerra Bonaerense y el Programa de

Rehabilitación y Externación Asistida. Ambos se implementan en todo el territorio provincial con desarrollos particulares y con resultados desiguales en las distintas regiones sanitarias.

El *Programa de Salud del Veterano de Guerra Bonaerense* se inició en 1997, instrumentado y coordinado por la Dirección de Salud Mental del Gobierno Provincial. Surgió como respuesta a la inquietud de un grupo de excombatientes, quienes buscaban alternativas terapéuticas, impulsados por la angustia de tantos compañeros suicidados y porque la internación en manicomios había sido la única forma de respuesta intentada. En el recuadro correspondiente incluido en este Capítulo se hace una descripción de dicho programa.

El *Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA)*, creado en 1999, abre la posibilidad de externación de pacientes en el marco de una modalidad asistida. Sus destinatarios son pacientes que permanecen internados en los hospitales psiquiátricos de la Provincia por carecer de medios económicos y por haber perdido apoyaturas familiares y comunitarias. Esto implica una revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios, y la creación y sostén de servicios comunitarios imprescindibles para la atención de los pacientes que sufren patologías mentales graves y crónicas, salvaguardando su dignidad personal y sus derechos. Se inscribe entre las experiencias que en distintos lugares del mundo trabajan en la promoción de modelos alternativos a la internación crónica, centrados en la comunidad y basados en sus redes sociales. El Programa, que permite acceder a la vida comunitaria de manera asistida, necesariamente debe ser complementado y potenciado con servicios de atención en crisis dentro de una política en salud que evite internaciones innecesarias o indebidamente prolongadas. El hospital psiquiátrico, por sus características estructurales de masividad y aislamiento, produce rupturas del lazo social con sus consecuentes efectos de cronificación. Esto incrementa el padecer de quienes se ven obligados, por falta de opciones, a vivir en un sistema que los inhabilita al alejarlos del ejercicio de los derechos y responsabilidades propios de la vida adulta.

El PREA aparece como una herramienta de intervención transversal para la externación de pacientes de los grandes hospitales monovalentes, al brindarle a los equipos de sala tratantes la posibi-

alidad de producir la externación de pacientes que no podrían sostenerla con sus propios recursos. El Programa incluye como posibles beneficiarios a la población de pacientes de mediana y larga internación que han sufrido una ruptura de sus lazos familiares y comunitarios, carentes económicamente y sin las apoyaturas emocionales que permitan sostener el profundo cambio vital que produce el fin de la internación prolongada. Para los trabajadores de los hospitales, la implantación del Programa brindó sostén a muchas iniciativas y esfuerzos realizados en favor de los derechos de los pacientes internados. En las largas internaciones psiquiátricas, se instala tanto en los pacientes como en los trabajadores la idea del “paciente objeto de cuidados”, modelo productor de dependencia e inhabilitación para desempeñarse como adulto y miembro integrado a la comunidad. Esto puede revertirse para los mismos actores institucionales en un Programa que considera al paciente como sujeto de su propia externación.

Aún si en la actualidad los grandes hospitales monovalentes siguen admitiendo pacientes en crisis y dando asilo a grandes poblaciones de crónicos, cada vez está más presente entre los trabajadores del área la necesidad de generar nuevas estrategias de atención: fijar cupos en los hospitales generales que permitan las internaciones de urgencia en Salud Mental, crear hospitales de día y una gama extensa de servicios comunitarios capacitados para dar respuesta a las necesidades. Programas como el que se describe producen al ejecutarse testimonios insoslayables que demuestran a médicos y agentes de la justicia, y a la comunidad en general, la posibilidad cierta de que pacientes con largas internaciones se integren socialmente, ocupando una casa, llevando a cabo una vida dignamente sostenida y recibiendo atención ambulatoria según sus necesidades.

El PREA presenta actualmente modalidades y desarrollos de diferente magnitud en los distintos hospitales neuropsiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires. Es en el Hospital Interzonal de Agudos José A. Esteves de Temperley, en el Partido de Lomas de Zamora, donde el Programa alcanza su máximo desarrollo. Su formulación respeta las ideas básicas consignadas en la Declaración de Caracas realizada en noviembre de 1990 por especialistas reunidos en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en

América Latina, convocada por la Organización Panamericana de la Salud. En esa Declaración se plantea una reestructuración en Salud Mental desde la perspectiva de la atención primaria de la salud.

En el caso del Hospital Esteves, con una población hospitalaria de alrededor de 1.200 mujeres, el PREA pudo rescatar e integrar muchas prácticas existentes que, desde dentro del Hospital, favorecían la rehabilitación y la externación. La propuesta de capacitarse para participar en su ejecución fue tomada por un número importante de trabajadores, muchos de los cuales integran hoy los distintos equipos del Programa. Esto les abrió una opción que posibilita otro modo de trabajo, con horizontes diferentes de los que implica cuidar a personas internadas de por vida. Ellos cubren responsabilidades, tanto en los dispositivos del Programa como en las salas y otros espacios de trabajo pertenecientes al Hospital. Eso contribuye a que el PREA amplíe sus apoyos en el interior de la institución y en espacios comunitarios de promoción de salud, originados y sostenidos desde el Hospital. Las posibilidades de integración social para las personas externadas se multiplican al ampliar el Programa su presencia comunitaria.

Es en los dispositivos del PREA donde tiene lugar la producción de una responsabilidad compartida en lo que se ha dado en llamar “el trabajo de externación”. Este consiste fundamentalmente en la construcción de un proyecto de vida distinto y posible a partir de la nueva perspectiva de externación. Para ello, en los dispositivos de Admisión y Escuela del Programa, cada persona realiza una tramitación personal de esa decisión de cambio en la vida y una preparación para sostenerla en espacios grupales de rehabilitación, dedicados al logro y recuperación de conocimientos y estrategias personales para afrontar la vida en la comunidad. Este es un largo proceso que, si bien tiene una forma programática, tendrá una manera singular de llevarse a cabo en cada persona. Es un trabajo realizado en corresponsabilidad entre los trabajadores y las usuarias del PREA, que se inicia al tomar contacto con el equipo de admisión del mismo y continúa con la asistencia de los equipos del Centro de Día del Programa una vez producida la externación. En un proceso que transcurre a lo largo de un año aproximadamente, los equipos de Admisión y Escuela acompañan este trabajo, y las

pacientes dejan la internación para pasar a convivir en casas de externación. La experiencia acumulada hasta hoy indica que es necesaria la inclusión laboral previa a la externación, como modo de producir cambios graduales de vida.

El PREA favorece la integración social, entre otros aspectos, por la participación de las usuarias en espacios comunitarios y laborales con personas que no provienen de la experiencia de internación. La autonomía se apoya así en la inserción y sostenimiento de puestos de trabajo en emprendimientos productivos, lo que les aporta la dignificación de sentirse productoras, al menos parcialmente, de sus propios medios de vida. En un momento avanzado de este proceso, las pacientes participan de un taller denominado “de mudanza”, como preparación concreta del pasaje a habitar las casas de convivencia. El Hospital Esteves cuenta con ocho casas de externación en las que sostiene los gastos de alquiler y servicios, mientras que el resto de gastos propios de la vida diaria son resueltos a partir de ingresos obtenidos en proyectos productivos desarrollados por las pacientes.

La apuesta del PREA fue fuerte en lo referido al trabajo: después de largas internaciones, las usuarias estaban lógicamente desempleadas. Desde su comienzo, los microemprendimientos laborales se instituyeron como espacios de integración entre usuarias del Programa y personas de la comunidad en situación de desempleo. Si una de las apoyaturas fundamentales para los sujetos es el trabajo, esta forma de organizar emprendimientos operó como oportunidad de recuperación en ambos casos. No es fácil esa integración de diferentes historias, expectativas, referencias culturales e inserciones comunitarias. Hasta ahora ha sido a la vez difícil pero posible, en la medida en que se ha tomado como punto de partida la aceptación de esa dificultad. Existieron y existen problemas laborales, situaciones que, pensadas con criterios de rentabilidad económica, podrían considerarse de cierto fracaso laboral o de baja productividad. Pero eso no es así si es visto desde la perspectiva del PREA, si se prioriza la recuperación de la cultura del trabajo, la sociabilidad en los espacios laborales y la capacitación para ser sostén de la propia vida en el trabajo realizado junto a otros.

Para comprenderlas mejor, es necesario contextualizar estas situaciones en la complejidad que implican los cambios profundos en la vida de las

usuarias del PREA, que deben ser asumidos en un tiempo relativamente corto con relación a los largos procesos de enfermedad y cronificación que les antecedieron. Deben tenerse en cuenta la habituación a una vida custodiada y dependiente, la pérdida de hábitos propios de la vida adulta –entre ellos el trabajo– y la abulia y falta de motivación, de gran incidencia entre pacientes crónicas. Ubicar al trabajo dentro de un proyecto de vida es difícil para quienes lo han perdido en un proceso de padecimiento mental e institucionalización, y más aún cuando el contexto social aparece lleno de incertidumbre. Una de las maneras de abordar esta complejidad es desarrollar proyectos con la historia vital de cada persona desde la perspectiva laboral, abordaje clínico psicosocial que consiste en una historización de la marca subjetiva producida por la experiencia de trabajo, tarea que se desarrolla dentro de un dispositivo grupal. Esto constituye también un punto de arranque para la búsqueda de un perfil vocacional: en un programa de externación, esto cobra un valor especial al permitir el reconocimiento de cada persona, por sí misma y por los demás, en un tiempo y lugar diferente al de la internación.

El Centro de Día, como dispositivo extra hospitalario del PREA, comenzó a desarrollar sus actividades en el año 2000, al tiempo de producirse las primeras externaciones en tres casas de convivencia. Las pacientes hallan cabida en él por dos vías que se complementan: como usuarias del Programa y como parte de la comunidad. Un rasgo fundamental de esta experiencia es que, desde su inicio, contó con la presencia de miembros de la comunidad no relacionados con el hospital en actividades cotidianas del Centro, lo que constituye un importante logro, considerando las diversas barreras que pueden impedir esa integración. El mismo ofrece diversos espacios para la realización de actividades artísticas, culturales y comunitarias, en los que la integración de las usuarias del PREA es una posibilidad abierta y constante. Allí tienen su sede también los equipos que asisten a las pacientes una vez producida la externación, tanto en sentido terapéutico como en lo que hace a su inserción comunitaria. Alrededor de 300 personas participan mensualmente de las propuestas del Centro.

Además del PREA, existen variadas y numerosas experiencias que promueven la integra-

ción social con relación a la Salud Mental. En ellas participan comprometidamente amplios sectores de la comunidad bonaerense. Dado que este Informe no tiene como objetivo realizar una exposición exhaustiva de todas las buenas prácticas que se desarrollan día a día y sorteando un sinnúmero de dificultades, sólo se mencionarán algunos ejemplos a modo de ilustrar los conceptos que se vienen desarrollando.

Programa de Asistencia Psicológica Comunitaria

Este Programa, si bien fue creado en 1995, encuentra sus antecedentes en 1990, cuando se creó un área de Asistencia dentro del Programa de Epidemiología Social y Psicología Comunitaria en el Partido de Avellaneda. Actualmente es un Programa de Extensión, Docencia e Investigación dependiente de la Secretaría de Extensión Universitaria de la Universidad de Buenos Aires. Está integrado por cátedras de la Facultad de Psicología, que articulan sus tareas, y por equipos de profesionales docentes e investigadores. Su objetivo es dar asistencia gratuita a la población infantil o adolescente y a sus familias. Se intenta generar un modelo de asistencia que, junto a la dimensión subjetiva, incluya los aspectos sociales o institucionales posibles de abordar, y que alcance actividades dirigidas a la prevención, promoción y protección de la salud comunitaria. El objetivo a largo plazo es lograr la instrumentación de un Programa de Prevención Primaria.

El Programa se desarrolla en instituciones de la comunidad y en dos centros: el Hospital Provincial Materno-Infantil "Ana Goitia", donde funciona el Subprograma de Atención Psicológica al Niño Pequeño (0 a 3 años); y la Sede de la UBA Regional Sur-Avellaneda, donde funcionan: Psicología Clínica de Niños, Atención familiar e individual de niños y adolescentes con perturbaciones severas, Clínica de adolescentes, Seguimiento y evaluación de la eficacia terapéutica. Durante diez años funcionó también allí Psicopedagogía Clínica. Se realizan además actividades de capacitación con los gabinetes escolares de todas las escuelas públicas del distrito. El Programa cuenta también con dos trabajadoras socia-

les, que trabajan junto a los equipos. En las escuelas, además de terapeutas y trabajadoras sociales, intervienen las Cátedras de Psicología Educacional y de Psicología Institucional y Prevención de las adicciones. En distintos ámbitos se realizan talleres de prevención y creatividad.

El Programa atiende a la población de Avellaneda, especialmente a niños, adolescentes y familias, pero al mismo tiempo trabaja en las instituciones involucradas con esos niños: escuelas, hogares, colonias de vacaciones, juzgados, centros asistenciales educacionales, comedores, etc. En ellos se realizan talleres y jornadas, y se asesora y orienta a personas e instituciones sobre drogas, violencia y SIDA.

En el Hospital Materno-infantil Ana Goitia se trabaja con la díada madre-bebé, en la detección de factores de riesgo temprano para llevar a cabo trabajos de prevención. Se realiza también capacitación en servicio a médicos y enfermeras.

En el Programa se realizan tres prácticas profesionales de grado y cursos de postgrado. El trabajo de investigación está avalado y en su mayoría subsidiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad.

A continuación se reseñan las actividades más relevantes en cada área:

- *Psicopedagogía Clínica*: si bien ya no atiende en el Programa, realiza actividades de capacitación con frecuencia quincenal. Sus actividades más destacadas comprenden: diagnóstico y tratamiento de niños con problemas de aprendizaje, grupos de orientación a padres y asesoramiento a gabinetes escolares. A partir del año 2000, este equipo elaboró un proyecto de capacitación a los Equipos de Orientación Escolar.
- *Psicología Clínica de Niños*: servicio abierto a la población en edad escolar; atención grupal a niños, grupos de orientación a padres; intercambio, prevención y reflexión en el ámbito educativo, judicial y otros sectores de la comunidad.
- *Atención Familiar e Individual*: atención a niños y adolescentes con perturbaciones graves y dificultades en su inserción escolar; grupos de padres, terapias familiares, trabajo con las instituciones involucradas.
- *Psicología Clínica de Adolescentes*: atención grupal a adolescentes y adultos jóvenes,

grupos de padres, orientación y asesoramiento. En el año 2001 se trataron problemas específicos de alimentación (anorexia y bulimia) y embarazo adolescente.

- *Psicología educacional*: trabaja con escuelas públicas del distrito, por derivación de niños o por demanda de la escuela; con directivos, maestros y gabinetes escolares; y con autoridades educativas. Su propósito es crear espacios de reflexión sobre las estrategias que implementa la escuela en el abordaje de los problemas. Desde 2001 se está trabajando sobre “Adaptación curricular”, con el objetivo de adaptar el programa escolar y las formas de enseñanza a una población con dificultades socioeconómicas, familiares y específicas de aprendizaje.
- *Subprograma de Psicología Institucional*: asesora sobre problemas institucionales a integrantes de organizaciones educativas, de salud, de acción social, judiciales y demás instituciones comunitarias. Trabaja junto a las inspectoras el Proyecto Redes de Escuela, experiencia piloto en la Provincia de Buenos Aires.

Salud y desarrollo comunitario en descendientes de aborígenes mapuches

En la Comunidad de Campo La Cruz, distante a 5 kilómetros de la Ciudad de Junín, se inició en el año 1997 una experiencia en trabajo comunitario y salud, con un grupo integrado por 30 familias descendientes de aborígenes mapuches cuya economía está sustentada por la fabricación de ladrillos como principal actividad. Esta experiencia contó, desde sus inicios, con el apoyo del Consejo Provincial de la Mujer a través de su programa Mujer de Campo, que colaboró en el desarrollo de un micro emprendimiento con máquinas de coser eléctricas y de un consultorio médico.

El proyecto tuvo carácter asistencial en un primer momento, luego docente, y comunitario finalmente. Fueron múltiples y variadas las dificultades que debieron superarse para lograr que los miembros de la comunidad se acercaran al centro de salud. A ello se agregaban condiciones críticas

en los servicios urbanos y sociales: el 50% de las viviendas no contaba con luz eléctrica, no había teléfono público, no existía ningún modo para procesar residuos, se había interrumpido el servicio diario de colectivos hacia el centro urbano y estaban suspendidas las clases para adultos. Por ello, la accesibilidad al Hospital de Junín se veía enormemente dificultada.

En el Proyecto se desarrollaron gradualmente acciones en Atención Primaria de la Salud y se estimuló la participación de la comunidad en el diseño de las estrategias de Salud para generar un emprendimiento autónomo que permitiera a los pobladores terminar con el aislamiento al que estaban sometidos. Los objetivos específicos propuestos fueron: brindar atención médica general; establecer mecanismos de referencia y contra referencia con el HIGA Abraham Piñeyro de Junín; formar un equipo interdisciplinario en el Centro de Salud; lograr el 90% de cobertura en vacunaciones; trabajar en la detección temprana y control de enfermedades transmisibles y de cáncer ginecomamario; promover la educación para la salud; desarrollar acciones especialmente focalizadas en el área materno infantil; mejorar la salud odontológica; y promover acciones tendientes a mejorar el ambiente. Además, se impulsa al Centro como área de capacitación y entrenamiento en atención primaria para los residentes de Medicina General, Psicología, alumnos de enfermería y trabajo social, y para la formación de miembros de la comunidad como agentes de salud.

Centro Preventivo Asistencial “Tiempo de Crecer”

El Centro Preventivo Asistencial “Tiempo de Crecer” funciona desde 1995 a través de un Convenio entre el Obispado de Avellaneda–Lanús y la Subsecretaría de Prevención y Asistencia a las Adicciones del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. El Centro trabaja en las áreas de asistencia y prevención de adicciones y de violencia familiar, a través de un equipo interdisciplinario formado por psicólogos, trabajadores sociales, operadores, psiquiatras, abogados y docentes. En el área de asistencia a las adicciones se trabaja con las siguientes modalidades:

- *Admisión*: primera etapa orientada a establecer una relación de confianza entre el Centro y el consultante, implicación mínima por parte del paciente a un tratamiento, evaluación de la modalidad de tratamiento adecuada. Esto se lleva a cabo a través de grupos para pacientes y para familiares, o de entrevistas individuales.
- *Consultorios Externos*: coordinado por profesionales, trabajan a través de grupos terapéuticos, grupos para familiares, terapias individuales y consultas con psiquiatras.
- *Casa de Día*: coordinado por profesionales, se desarrolla a través de tres ejes: terapéutico, comunitario y espiritual.
- *Grupo de autoayuda*: coordinados por ex-adictos con capacitación.
- *Grupo de orientación*: este grupo está pensado para aquellos familiares y otras personas de la red del paciente que se acercan al Centro cuando quien consume no está aún decidido a realizar una consulta. El objetivo es brindar orientación profesional y un espacio de contención e intercambio para lograr el acercamiento del paciente al tratamiento.

El servicio de Violencia Familiar se ofrece desde el año 1998 en el Centro Preventivo y de Orientación “Tiempo de Crecer II”. Es un dispositivo pensado para la recepción, orientación y asistencia psicológica y legal.

La labor de prevención a las adicciones se lleva a cabo a partir de un concepto de trabajo comunitario y en red, a través de la coordinación de actividades con distintos grupos e instituciones. Con los mismos se realizan tareas tales como talleres, cursos de capacitación, reuniones formativas e informativas, puesta en marcha de proyectos preventivos, o encuentros periódicos de seguimiento. Además del equipo mencionado, participan voluntarios en las diversas tareas. El trabajo tiene como objetivo abordar las causas que facilitan el consumo, apuntando a la calidad de vida de la comunidad.

Además, con jóvenes que estaban en la fase final de tratamiento y reinserción, y otros jóvenes voluntarios, se puso en marcha en 1997 el Proyecto Terapéutico Laboral de Huerta Orgánica, en la costa de Villa Domínico, Sarandí, sobre una zona agrícola y con fuerte porcentaje de inmigrantes. Justifica este programa la integración de jóvenes

de esta condición en actividades que implican trabajos manuales, organización grupal, valorización de sí mismo y rescate de los valores sociales. Las tareas se realizan en forma permanente con rotación de grupos de jóvenes, con el objetivo de insertarlos en el mercado laboral. A partir de 2002, se realiza otro proyecto, de fraccionamiento y elaboración de alimentos, con objetivos similares.

Consideraciones finales

Ante la situación de crisis que afecta al país, resulta imprescindible encontrar los caminos que permitan recomponer la subjetividad desintegrada, reestablecer las significaciones sociales, mitigar la desesperanza y disipar las incertidumbres, a fin de construir un proyecto de futuro que permita al Estado y a la comunidad garantizar un proyecto común de integración social. La participación ciudadana activa constituye una estrategia legítima e indiscutible, que permite, entre otros logros, la identificación de la persona con los objetivos del grupo de pertenencia, el intercambio e interdependencia entre los miembros del grupo y la cooperación para la satisfacción de las necesidades psico-biológicas. La participación es una categoría esencial del Desarrollo Humano, ya que constituye el modo más genuino de lograr la potenciación de la capacidad para adquirir formas más democráticas y equitativas de organización social.

Existe una fuerte interdependencia entre las necesidades individuales y los recursos de que dispone el grupo social de pertenencia para su satisfacción, lo que determina el surgimiento de correlaciones dinámicas entre la persona y el grupo, a tal punto que se reconoce que la Salud Mental es influida por las posibilidades de integración social y de la estabilidad y congruencia que mantengan dichas relaciones. Cada persona va armando una constelación de vínculos sociales a lo largo de su proceso de endoculturación y socialización. Las características que adoptan esos vínculos influyen en forma directa en la calidad de las conductas resultantes y ofrecen las herramientas simbólicas y materiales que marcan las posibilidades de participación y de lograr una mayor integración social.

Desde la concepción del Desarrollo Humano, la participación es, además de un mecanismo

de búsqueda de un consenso, un elemento constitutivo de la persona y un derecho inalienable que cada uno tiene para poder decidir sobre su propia vida y así poder construir una estructura social conforme a valores que la comunidad privilegia y que la cultura transmite. Mientras mayores son los canales de participación, más importante es el campo de posibilidades de armonizar decisiones.

Por lo expuesto, para comprender los procesos de salud y enfermedad que llevan a las diferentes situaciones particulares en Salud Mental, se requiere reconstruir una mirada crítica hacia las complejidades del contexto social donde transcurre la vida de las personas. La aplicación de los conocimientos en Salud Mental puede contribuir a prevenir las consecuencias negativas de ciertos cambios económicos y a facilitar un desarrollo armónico.

En el plano institucional, los profesionales consultados para la elaboración de este Informe enumeraron, a partir de su práctica cotidiana, algunas sugerencias que mejorarían la óptica de abordaje de la Salud Mental. Entre las indicaciones señaladas, se destacan la necesidad de formular la Salud Mental como una política pública de Estado, planificando las acciones en el marco de un modelo participativo, por medio de los siguientes elementos:

- Acordar y sancionar una Ley Nacional de Salud Mental que surja de la concertación con todos los sectores involucrados, y que constituya un marco legal para el ejercicio y la regulación de actividades del área. Deberá contribuir además a proteger y promover los derechos humanos del enfermo mental.
- Fortalecer las acciones de prevención siguiendo las estrategias de atención primaria de la salud. Atender a la recomendación de la Conferencia de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud, que especifica que entre los elementos esenciales que componen la atención primaria de la salud debe incluirse el de la Salud Mental. En esta dirección fue sancionada la Ley N° 25.421 de Creación del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM).

- Construir canales fluidos de comunicación entre los distintos niveles de atención y con otros sectores.
- Constituir un sistema de Vigilancia epidemiológica en Salud Mental que permita establecer un diagnóstico actualizado sobre prevalencia e incidencia de las enfermedades, contribuyendo a la priorización de necesidades y a la adecuación de recursos.
- Fortalecer la investigación y la docencia a fin de profundizar el conocimiento de las causas que producen enfermedades mentales, para mejorar la prevención y el tratamiento.

En consonancia con las sugerencias enumeradas precedentemente, el área de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación, en su formulación de propuestas para una Política en Salud Mental, se plantea como propósito alcanzar un modelo de gestión con la participación activa de todos los sectores sociales, con el objetivo de evitar o reducir el daño psíquico de la población a través de acciones de promoción y rehabilitación, construcción de redes preventivo–asistenciales, reformulación de instituciones psiquiátricas y asilares, y reorientación de los recursos humanos al modelo de atención primaria.

En el plano comunitario, están apareciendo nuevos ámbitos para la participación que permiten socializar malestares y necesidades, y brindan un espacio de construcción colectiva para la búsqueda de soluciones conjuntas. Entre ellos, pueden mencionarse el ejército de voluntarios que día a día ofrecen su tiempo y energía en trabajos solidarios; los ciudadanos que encuentran en las asambleas vecinales un lugar para el debate acerca de sus derechos ciudadanos; los grupos de defensa de los derechos humanos; los movimientos de protesta social, que además de sus reclamos, organizan actividades solidarias de servicio y generan múltiples emprendimientos productivos.

A pesar de esa sensación de malestar profundo que afecta a la mayoría de los argentinos, deben reconocerse las capacidades y el compromiso de todos aquellos que responsablemente trabajan a favor de lograr las condiciones para que un mayor Desarrollo Humano sea posible.

INVESTIGACIÓN SOBRE SALUD MENTAL E INTEGRACIÓN SOCIAL

A lo largo del año 2002, un grupo de estudiantes de Taller Nivel II de Práctica Profesional de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires desarrolló un estudio acerca de las vinculaciones entre los trastornos afectivos y emocionales y las oportunidades de integración social. El grupo estuvo compuesto por dos equipos. El primero de ellos, formado por Lorena Maturano, Mariela Peralta, Mariela Vago y Ximena Vanega, estudió la incidencia de las transformaciones en la estructura social en la emergencia de nuevos problemas de Salud Mental. El otro equipo, integrado por Soledad Clementi, Gabriela Díaz, Juliana Seiguerman y Lucía Snitcofski, analizó la precarización de la vida cotidiana asociada a los emergentes del deterioro de la Salud Mental de los adolescentes.

El primero de esos proyectos se centró en los efectos del incremento de la pobreza y la precarización laboral en la salud física y psíquica de las personas, lo que puede observarse actualmente con la aparición de nuevos trastornos que se suman a las enfermedades mentales tradicionalmente tratadas por la clínica: entre otros, depresión, fobias y trastornos de ansiedad. El objetivo fue producir información acerca de los determinantes socioeconómicos y psico-socio-culturales como componentes del proceso de salud-enfermedad. La pérdida de referencias de identidad generada por las transformaciones estructurales de la economía y la incertidumbre laboral afectan el bienestar emocional de las personas. La salud psíquica se basa

en un doble proceso de amparo de la identidad en el terreno del amor y en el espacio social, que se da a través de la integración social. Si el reconocimiento mutuo se obstruye, no sólo no se obtiene placer, sino que a ello se suma un sufrimiento que genera enfermedades: sentimiento de inutilidad, desvalorización de las propias capacidades, sometimiento a condiciones laborales indignas o vejatorias, incertidumbre sobre el futuro económico de la propia familia, pérdida de esperanza ante la radical frustración de expectativas formadas a lo largo de varias décadas.

Chordechai Benyakan afirma que en la actualidad predomina la “falta de parámetros, de proyectos, la sensación de certeza casi absoluta que tiene el ciudadano exento de posibilidad de contribuir al progreso, la sensación de que todos los días puede venir algo malo de afuera”. Pedro Boschán sostiene que la reducción del papel del Estado en la provisión de seguridad socioeconómica produce un fuerte temor al desamparo, “uno de los miedos básicos del hombre”. Jorge Garzarelli manifiesta, en este sentido, que “el miedo aparece ante la ausencia de proyecciones futuras. En algunos casos, esto lleva a depresiones existenciales, a no encontrarle un sentido a la vida”.

La mayor parte de los trastornos emocionales y anímicos que provoca la crisis no configuran estrictamente enfermedades mentales, ni provocan que las personas requieran de ayuda profesional. Sí se observa un aumento generalizado de consultas por trastornos de ansiedad, depresión, adicciones,

miedos e ideas de suicidio, por influencia de las alteraciones en las expectativas de futuro, los valores culturales, la situación ocupacional y las actividades sociales. De hecho, a partir de las entrevistas realizadas se verifica una mayor tendencia a la emergencia de alteraciones emocionales en quienes manifiestan estar decididamente disconformes con su situación laboral. Además, la tendencia a culpar a la situación económica del país y a la inseguridad personal provoca un aumento de la agresividad, de la angustia y de la sensación general de malestar.

Una de las profesionales entrevistadas por el equipo afirmó que las personas tienen cuatro formas típicas de responder a la falta de objeto: “impotencia, prepotencia, omnipotencia o potencia”; este último caso consiste en actuar en función de las verdaderas posibilidades de la condición real existente. Por ello genera alarma “la situación de aplastamiento en el ámbito subjetivo en la mayoría de la gente, sin que llegue a ser un cuadro clínico, sino más bien una descripción en general, en el nivel de potencia de cada uno: no de depresión, no de tristeza y llanto, sino de estar tirado; por ejemplo, aquel que dice «y total, para qué voy a estudiar, para qué voy a buscar trabajo si no encuentro». Hay una insuficiente participación en grupos sociales, la gente se aísla. La angustia es inherente a la personalidad; no hay un estado libre de angustia, y estar inmerso en un grupo, compartir, tener lazos sociales, permite lo más sencillo: pensar juntos. El hecho de compartirlos permite bajar la angus-

tía, encontrar recursos y soluciones en los cuales ni se había pensado; en este sentido, no es casual que se dé precisamente ahora el agravamiento de la condición social y personal, pues la crisis nos encuentra mal parados, con lazos sociales muy deteriorados, en un proceso que se viene gestando hace ya bastante tiempo; si hubiera otra red de contención esto se haría más llevadero, pero en este momento, «sálvese quien pueda» es la consigna predominante”.

La mayor parte de las personas entrevistadas percibe que hubo cambios en los valores predominantes de la sociedad argentina, y también es ampliamente mayoritaria la población que manifiesta que no adhiere a los valores que considera predominantes. Esto se asocia claramente al incremento de la anomia, a la falta de normas de cumplimiento estricto y de instituciones que contengan y otorguen significado a la vida de las personas.

El otro estudio, referido a los jóvenes, analiza la precarización de la vida cotidiana provocada por el empobrecimiento y por los cambios precipitados a los que se ven sometidos la mayor parte de los hogares. El mismo se refleja además en la disminución de expectativas, aspiraciones y esperanzas del pueblo en sus proyectos de vida. Margarita Rozas Pagaza afirma que “el deterioro de las condiciones de vida de los sectores subalternos ha convertido su vida cotidiana en una lucha permanente por sobrevivir, y

allí están comprometidas todas sus energías y su tiempo. Esta vivencia prolongada de exclusión va debilitando la identidad y la autoestima personal y colectiva, dificultando los procesos de organización y reivindicación”. Dentro de este esquema, la precarización de la vida cotidiana es representada como una amenaza de pérdida definitiva de integración a la vida social.

En este sentido, la Salud Mental no debe ser concebida sólo como la falta de enfermedad, sino más bien como la capacidad de lucha individual y social para modificar las condiciones que limitan la vida. El sujeto es sano en tanto aprehende la realidad en una perspectiva integradora y tiene capacidad de cambiar la realidad, transformándose a la vez a sí mismo. El nuevo contexto internacional trae aparejado fuertes cambios en la cultura y en la economía que impactan fuertemente en el conjunto de la sociedad y en cada sujeto. Los cambios en la vida cotidiana cada vez más son vividos como una amenaza constante de pérdida definitiva de la integración de los jóvenes a la vida social, aspecto que a la vez estaría asociado al deterioro de su Salud Mental.

A pesar de que se consideró inicialmente que las expectativas personales virtualmente desaparecerían ante la actual situación de crisis, a partir de las entrevistas a jóvenes de 13 a 22 años de edad pudo observarse que siguen siendo muy pocos los que manifiestan

no tener proyectos de promoción personal a corto o largo plazo. Por lo tanto, esta dimensión subjetiva de la precarización de la vida cotidiana no se verifica entre los jóvenes del Conurbano.

También pudo notarse un claro interés por parte de los adolescentes entrevistados en participar para generar una mejora social relevante, aunque la mayoría además señala que no ve como posibles espacios de actividad a las organizaciones tradicionales, tales como partidos políticos, entidades religiosas, instituciones escolares, barriales o estatales. Se trata de una dimensión de la precarización de la vida cotidiana que se asocia a la anomia social, y por tanto revierte en un proceso de generación de expectativas de mejora futura condicionales o puramente individuales. Ante ello, una proporción de jóvenes –que no por minoritaria deja de ser alarmante– manifiesta tener deseos de emigrar.

Otro aspecto a destacar es que la mayor parte de las expectativas de los jóvenes entrevistados estaban centradas principalmente en aspectos económicos, y más específicamente, en la posesión de bienes. Las dificultades para ser lo que se valora y para tener lo que se desea lleva a los adolescentes a experimentar tristeza, impotencia o furia, y en una proporción importante de los casos, a buscar formas de escapar de una realidad que sienten no poder cambiar a través del consumo de alcohol y drogas.

ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES, UNA POLÍTICA DE ESTADO

Claudio Mate

*Subsecretario de Prevención y Asistencia de las Adicciones
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires*

En nuestro país, la mayor red preventiva y asistencial en materia de adicciones, pública y gratuita, se encuentra en la Provincia de Buenos Aires, con una capacidad instalada de 173 Centros Provinciales de Atención (CPA) distribuidos en todo su territorio, donde se asisten anualmente cerca de 27.000 personas.

La reforma del Estado bonaerense, iniciada en el 2002, ha traspasado las responsabilidades del área a la órbita del Ministerio de Salud, creando las condiciones para el mejoramiento efectivo del sistema, esto es, la inclusión de la temática en la red sociosanitaria, la atención progresiva en complejidad creciente de los servicios, la vinculación de referencia y contrarreferencia de derivaciones, la instrumentación de estrategias de detección precoz e intervención oportuna, el armado de un sistema de información para la vigilancia epidemiológica, etc.

Sin embargo, las adicciones, instaladas como un problema de salud, demandan dispositivos innovadores de atención. En todo el mundo la población objetivo de las políticas públicas en la materia está clandestinizada y la autopercepción de la enfermedad es baja, lo que determina que la mayor parte de la demanda no se manifiesta y queda por afuera de la red asistencial.

En la Provincia de Buenos Aires hay 228.000 de entre 16 y 65 años que usan sustancias ilegales, y más las 480.000 que regularmente abusan de bebidas alcohó-

licas. Esto supone que, sobre 15.000.000 de habitantes, algo más de 700.000 personas padecen alguna adicción compulsiva a sustancias tóxicas, sin contar los cerca de 300.000 menores de entre 12 y 15 años que consumen alcohol con regularidad.

Por encima de las encefalopatías, trastornos cardíacos y otras complicaciones clínicas directamente causadas por la toxicidad de las sustancias, las adicciones se asocian con el 40% de las 2.500 muertes producidas en accidentes de tránsito en nuestra provincia, constituyen la vía de contagio de mayor crecimiento en las enfermedades infecciosas y degradan de manera irreversible facultades intelectuales básicas.

La red pública de atención en la Provincia es sólida en su capacidad instalada y de una notable expansión territorial. Sin embargo, el promedio histórico de pacientes que continúan su tratamiento regular no supera los 7.000. Cada paciente que ingresa a un tratamiento no sólo aumenta sus posibilidades de recuperación, sino que reduce ostensiblemente su exposición a los riesgos asociados.

La aplicación de una política pública como la que instrumentamos desde la Subsecretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones se orienta a multiplicar el número de pacientes contenidos por la red asistencial, mediante mecanismos de acción proactivos extramuros que trasladen los nodos de atención hacia a las necesidades reales y favorezcan

las condiciones de accesibilidad para la gente.

Producción de Servicios

La información estadística del cuadro de producción asistencial no debe considerarse como un perfil epidemiológico de la Provincia. Lejos de ello, el problema principal está hasta ahora por fuera de esta red y deben aplicarse técnicas especiales para poder dimensionarlo. Las conclusiones que aquí se aportan se ciñen estrictamente a esa pequeña franja inferior al 1% que, en el estado actual de la oferta de servicios, han formalizado su ingreso a un tratamiento. Este porcentaje de cobertura es, sin embargo, alto en términos relativos. Todos los sistemas de atención de las adicciones desarrollados en el mundo enfrentan la misma dificultad.

Este porcentaje surge de la depuración estadística que excluye a los pacientes que no continuaron su tratamiento o que fueron asistidos por otras patologías no adictivas dentro de la red de servicios. Hasta el 2002 se continuaron 6.994 tratamientos regulares por adicciones en la red pública. La droga principal consumida por los pacientes tratados varía según las regiones. La cocaína prevalece en las regiones del Conurbano y el alcohol y la marihuana en localidades del Interior de la Provincia. La población asistida es prevalentemente masculina y más del 30% de los casos son derivados por el Poder Judicial.

La edad promedio de inicio del consumo es de 16,6 años en toda la Provincia y los tratamientos, también en promedio, se inician 10 años más tarde. El acortamiento de esta brecha resulta una de las claves de éxito en la prospectiva de recuperación de los pacientes y obviamente en la reducción de los daños. La cuarta parte de los pacientes asistidos tiene un nivel de estudios adecuado a su edad, un indicador alto con relación a la población general, dato relevante que refleja otro factor de alarma. De él se vuelve a deducir la baja accesibilidad de la población de zonas marginadas. La incidencia de consumo por vía endovenosa es baja entre la población asistida.

Avances en el 2002

- *Se ha incrementado un 20% el promedio mensual de pacientes en tratamiento en la Red Asistencial de la Subsecretaría.* La cifra de pacientes en tratamiento pasó de 5.845 en el 2001 a 6.994 en la actualidad. La Red Asistencial se organizó con el propósito de lograr una disminución de la morbimortalidad de los pacientes drogadependientes y posibilitar su posterior reinserción social. Hacia fines de 2001, esta Red Pública extendida por todo el territorio de la Provincia de Buenos Aires contaba con una capacidad instalada de 173 centros de diversa complejidad, oferentes de atención totalmente gratuita, destinados a la resolución del uso o abuso de sustancias psicoactivas.
- Durante este año *se habilitaron 95 consultorios periféricos*, incluso en algunos municipios donde no existía oferta asistencial, que funcionan en Unidades Sanitarias, entidades barriales, parroquias y otros centros de fomento comunal.
- *Se habilitó la Comunidad Terapéutica "Villa Arias"* en el Partido de Coronel Rosales, que permitió incrementar la capacidad de internación del sector público.
- *Se duplicó el número de Grupos de Autoayuda Bonaerense en Adicciones (GABA)*, que

Cuadro 1. Provincia de Buenos Aires: Producción de los servicios asistenciales e indicadores seleccionados sobre el perfil de los pacientes en tratamiento. 2001

Región	Total	6 Lomas de Zamora	7a La Matanza	5 San Isidro	7b General Rodríguez	11 La Plata	8 Mar del Plata	4 Pergamino	1 Bahía Blanca	10 Chivilcoy	2 Pehuajó	3 Junín	9 Azul
Pacientes atendidos	6.994	1.666	1.426	1.307	755	440	433	259	210	175	147	105	71
Porcentaje por región	100,0	23,8	20,4	18,7	10,8	6,3	6,2	3,7	3,0	2,5	2,1	1,5	1,0
Droga principal		Coc	Mar	Mar	Mar	Mar	Mar	Mar	Mar	Mar	Alc	Alc	Alc
Droga de inicio		Mar	Mar	Mar	Mar	Mar	Mar	Alc	Mar	Mar	Alc	Alc	Mar
Porcentaje de varones	88,0	93,2	90,8	91,4	86,8	91,7	88,5	79,4	87,6	83,0	78,5	89,9	86,0
Porcentaje de mujeres	12,0	6,8	9,2	8,6	13,2	8,3	11,5	20,6	12,4	17,0	21,5	10,1	14,0
Derivados por la Justicia	31,2	25,6	32,1	29,9	42,4	45,0	21,1	32,2	26,5	23,0	25,8	70,8	42,1
Edad de inicio del consumo	16,6	16,7	17,0	16,5	16,5	16,0	16,9	16,7	15,8	16,0	17,9	16,3	17,0
Edad de inicio del tratamiento	25,9	26,1	25,7	25,7	24,9	25,2	25,8	25,5	25,8	24,0	30,1	23,6	24,1
Diferencia EIC-EIT	9,3	9,4	8,7	9,2	8,4	9,2	8,9	8,8	10,0	8,0	12,2	7,3	7,1
Buen nivel de estudios	24,9	18,5	17,9	23,1	32,6	19,8	25,4	26,4	23,0	32,0	25,8	18,0	36,8
Mal nivel de estudios y con trabajo	31,8	28,2	39,4	32,3	27,0	28,7	40,0	32,6	33,6	28,0	27,9	50,5	28,1
Mal nivel de estudios y desocupado	30,3	47,7	31,5	36,7	33,2	43,5	21,8	30,3	36,3	24,0	32,3	22,5	28,1
Mal nivel de estudios y nunca trabajó	7,1	2,9	8,0	6,1	5,8	3,5	4,5	3,4	2,7	12,0	5,4	4,5	1,7
Uso vía endovenosa	1,3	1,5	2,8	0,7	3,3	2,0	0,8	0,0	1,8	2,0	0,0	1,1	0,0
Frecuencia consumo	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario	Diario	F Sm	Diario
Policonsumo	63,6	66,5	65,7	65,8	47,6	65,0	54,6	69,4	65,5	46,0	35,8	56,2	71,9

llegan hoy a 66 en toda la Provincia y representan un recurso terapéutico alternativo a los servicios ofrecidos en la Red de la Subsecretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, destinados a brindar atención a personas adictas que no pueden sostener un tratamiento de rehabilitación tradicional, o que, habiéndose recuperado dentro de un encuadre tradicional, busca mantener su recuperación en un grupo de autoayuda. El enfoque GABA está basado en la participación, la interacción y la cooperación de sus integrantes. La característica distintiva de estos grupos es que son llevados a cabo por ex adictos o adictos en recuperación, capacitados y entrenados específicamente para ejercer su coordinación. Este dispositivo se propone conformar estructuras grupales voluntarias para que cada uno de sus integrantes se convierta en sujeto de su propia recuperación.

- *Nueva estructura orgánico funcional.* Fue aprobada por el Ministerio de Salud y, en el marco de la Reforma del Estado, espera su sanción en la Legislatura Provincial. Busca redimensionar y adecuar la estructura orgánico funcional en consonancia con el Nuevo Rol del Estado y las estrategias de modernización previstas por el Ejecutivo Provincial. Para tal efecto se profundiza la descentralización hacia los efectores más próximos a los usuarios que demandan los servicios de la SADA, conformando un nivel central reducido, ágil y desburocratizado. La nueva estructura contempla la unificación de las antiguas Subse-

cretarías de Prevención y de Asistencia en la Dirección Provincial de Atención de las Adicciones, integrando ambas estructuras como un continuo funcional que revierta la fragmentación de estas acciones estratégicas. De esta manera, se pasará de cinco Direcciones Provinciales contempladas en la vieja estructura de la Secretaría, a dos, siendo la segunda la que concentrará las facultades de programación y control de gestión.

- *Anteproyecto de Ley que da creación al Sistema Provincial de Atención de las Adicciones en la Provincia de Buenos Aires.* Fue presentado por la Presidencia de la Honorable Cámara de Senadores y tomó estado parlamentario el 29 de Agosto de 2002. La conformación de un marco jurídico de base es una forma de reaseguro de continuidad en la ejecución de políticas públicas. La legislación en la atención de las adicciones deberá tender a la consagración de un *Sistema Provincial de Atención de Adicciones* (SPAA) que garantice la gratuidad y el acceso universal y avance hacia formas de anonimato y voluntariedad en la provisión de servicios para toda la población bonaerense. Deberá establecer normas de funcionamiento para la red de instituciones privadas que decidan integrarse al sistema, receptoras de financiamiento público bajo cualquiera de sus formas directas o indirectas. Se establecerá para todos los componentes del sistema un ordenamiento mínimo de habilitación, acreditación y categorización, hoy inexistente en el ámbito de la Provincia.

- *La Ley de Recupero de Costos.* Cuenta con media sanción en el Senado y se encuentra actualmente en la Comisión de Legislación General II de la Cámara Baja. Promueve la creación de un marco regulatorio para la recuperación de los costos asistenciales, que permita ingresar al subsector público las transferencias financieras con origen en la Seguridad Social y en las Entidades de Medicina Prepaga cuyos beneficiarios sean asistidos en el Sistema Provincial de Atención de las Adicciones, creado por esta ley.
- *Adecuación de la estructura territorial de la SADA a la regionalización del Ministerio de Salud.* En el marco del proceso de modernización se ha designado un Coordinador para cada una de las regiones sanitarias de la Provincia de Buenos Aires, de manera de profundizar la descentralización hacia los efectores más próximos a los usuarios que demandan estos servicios. En este sentido, las intervenciones deberán orientarse a la adecuación de Programas regionales, sobre la base de la planificación local, al desarrollo de un sistema georeferenciado de programación y al establecimiento de prioridades programáticas.
- *Primer Estudio Epidemiológico sobre el consumo de drogas psicoactivas en la Provincia de Buenos Aires.* En el modelo de gerenciamiento propuesto, los sistemas de información deberán mejorar las condiciones de exploración y el posicionamiento organizacional en el presente y formular anticipaciones más precisas de lo que puede suceder

en el futuro. Estos sistemas, por medio del estudio de las diferentes tendencias, proporcionan privilegiados instrumentos de apoyo para la gestión. A tales fines, se ordenarán e integrarán los diversos flujos de datos producidos por los sistemas de información de la SADA en un *Observatorio Provincial*, cuyo objetivo principal se centrará en la reducción del grado de incertidumbre que forma parte del proceso de toma de decisiones. La obtención de datos pertinentes y la producción de información, vistos desde esta perspectiva, se convertirán en un recurso de gerenciamiento importante y esencial. Bajo esta óptica, el diseño de sistemas de información dejará de ser considerado como un proceso puramente técnico, que sólo trata con el apoyo operativo general de funciones determinadas o con el manejo indiscriminado de estadísticas de producción y de resultados.

- *Conformación de Mesas de Gestión Comunitaria.* Se firmaron convenios de cooperación con siete municipios que se comprometen a la conformación de estas mesas. Integran las mismas autoridades municipales e instituciones sociales de nivel local vinculadas a la problemática adictiva, cuya función será articular los recursos provinciales y locales. El rol del municipio resulta clave en la acción combinada de las instituciones locales y constituye la base operativa de las estrategias de intervención.
- *Prevención y control del alcoholismo.* La descentralización de los operativos de al-

coholemia ha permitido aumentar a más de 10.000 el número de controles efectuados en el presente año. En la actualidad, 31 municipios poseen el alcoholímetro que posibilita realizar los controles, cedido en comodato por la Subsecretaría con la respectiva capacitación del personal municipal. Este programa parte de un relevamiento sobre datos estadísticos, grado de penetración del consumo de bebidas alcohólicas en la comunidad, nivel de articulación entre Centros de Prevención Asistenciales y municipios, utilización de alcoholímetros provistos por la SADA, grado de cumplimiento de los convenios realizados y clasificación de los municipios por nivel de riesgo.

- *Nuevo Modelo de Historia Clínica.* Se encuentra en aplicación en toda la red asistencial la nueva historia clínica que de manera operativa cuantifica el volumen y la calidad de la atención. La aplicación de técnicas de análisis factorial y multivariado permiten ahora operar con una amplia gama de variables combinadas que reducen la complejidad del problema original a sus dimensiones más representativas, resumiendo la masa de datos con la menor pérdida de información posible bajo la idea de que cada sujeto puede ser descrito por una secuencia de valores definidos como *grado-nivel de deterioro* biológico, psicológico, social y toxicológico.
- *56 grupos voluntarios* han desplegado un abanico de modalidades diferentes bajo la coordinación profesional: orientación y acogida a los familiares que llegan al centro

desesperanzados porque no pueden acercar sus hijos a la consulta; gestión de recursos en la comunidad, organización de eventos intra y extra centro, testimonio de vida en la comunidad educativa y en otras entidades de la localidad, edición del boletín informativo, formación de aprendices de oficios, coordinación de la autoayuda, difusión en espacios radiales, organización de la biblioteca del centro, colaboración en el mantenimiento edilicio del CPA, coordinación de la huerta orgánica y otras actividades producto de la interacción e interrelación de voluntarios y profesionales, grupos de comunidad abierta, participación en mesas de gestión, grupos de proximidad, etc.

- Durante los últimos seis meses, *se han formado mas de 300 nuevos Operadores Socioterapéuticos y de Calle.* Son referentes sociales en condiciones de trabajar con una conceptualización dinámica y articulada en el terreno mismo de la práctica social, clínica e institucional. Su función es trabajar en los espacios de frontera entre los diversos subsistemas familiar, social e institucional, y regular los intercambios entre los subsistemas comunitarios y sanitarios. Cumplen la función de soporte y referencia barrial, generando las acciones necesarias para la orientación, contención y derivación a la red asistencial. Le compete conformar el mapa barrial, tomando en cuenta los diversos estratos socioeconómicos y niveles educativos, las culturas locales con sus referentes sociales, para implementar acciones focales.

HACIA LA INTEGRACIÓN SOCIAL

Dra. Silvia G. Bentolila

*Coordinadora de Salud Mental de la Región Sanitaria VIIa
Jefe de Servicio de Salud Mental HIGACM DR. D. Paroissien – La Matanza*

Pensamos la Salud desde ese lugar en donde el límite se desdibuja, en donde el *Ser* se construye fuera del Hospital, en lo íntimo, en lo cotidiano, en la comunidad, en el colectivo, en una plaza, en una cancha, en una escuela o en la Universidad, en el trabajo posible, en el deseo. Desde esa mirada es que pensamos que la verdadera rehabilitación y reinserción de las personas que padecen un trastorno psíquico de evolución crónica se realiza a través de la integración a los ámbitos comunes, aquellos a los que tenemos acceso los supuestos portadores de *salud*, respetando y aceptando las diferencias, las limitaciones, nuestras limitaciones, las que impone la condición humana, porque el enfermar y morir son inherentes al *ser* humanos.

En esta empresa por momentos titánica –como diría uno de los integrantes del equipo paragonando con la actividad deportiva, la “Psiquiatría Extrema”–, gracias a la confianza y colaboración de grandes profesionales estamos realizando nuestros proyectos–anhelos aun en las difíciles circunstancias que atraviesa la Salud Pública.

Quizás al simple modo de compartir, describiré de forma muy abreviada sólo dos experiencias de trabajo que dan cuenta de nuestro pensamiento, quedando nuestra puerta abierta para quienes estén interesados en conocerlas en profundidad.

En mi carácter de Coordinadora de Salud Mental de la Región Sanitaria VIIa (La Matanza, Hur-

lingham, Ituzaingó, Tres de Febrero y Morón) tengo a cargo desde sus inicios, allá por marzo de 1997, la Coordinación en el nivel regional del *Programa de Salud del Veterano de Guerra Bonaerense*.

Este Programa se gesta como respuesta a la inquietud de un grupo de excombatientes, quienes, impulsados por la angustia de tantos compañeros suicidados y de la manicomialización como única forma de respuesta intentada, buscaban alternativas terapéuticas. Lo pensamos como un Programa de Salud Comunitaria, implementado como un dispositivo de prevención terciaria (de rehabilitación, de reducción del daño), no debiéndose perder de vista que se inicia a quince años del evento traumático, con lo que esto significa con relación a las secuelas. Se gesta, nace y crece en un trabajo que incluye a los veteranos como parte activa del sistema de salud, son los llamados “facilitadores” o “captadores”, excombatientes con un doble saber: el que les dio su propia experiencia, la de haber participado en la guerra, y el teórico, que reciben desde antes del lanzamiento del Programa como capacitación permanente; son el nexo entre el sistema de salud y la comunidad de veteranos, a sabiendas de que sin su presencia este Programa no sería posible.

El Programa se creó teniendo como primer objetivo el de determinar las condiciones de salud en las que se encontraban los veteranos de la Guerra de Malvinas de la Provincia de Buenos Aires, y

muy especialmente para detectar la presencia del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), padecimiento típico de las personas que han tenido que atravesar por una experiencia bélica. ¿Qué es el TEPT? Sólo a modo informativo –porque sabemos que cualquier reduccionismo trae confusión– decimos que se padece un Trastorno de Estrés Postraumático cuando se encuentran presentes varios síntomas de los siguientes grupos:

- *Evitativos*: respecto de situaciones, lugares, personas, pensamientos relacionados con el evento traumático.
- *Intrusivos o de reexperimentación*: pesadillas, recuerdos, *flashbacks*.
- *Hiperactivación*: irritabilidad, hiperalerta, respuesta exagerada, insomnio, paraprosexia (aumento de la atención involuntaria a expensas de la voluntaria).
- *Emocionales*: hipobulia (desinterés, desgano), aislamiento, desafectivización, desesperanza.

Es imprescindible señalar que entre el 25% y el 39% de los veteranos, según su zona de residencia, padece el Trastorno (TEPT), padecimiento que en las actuales condiciones de nuestro país, y me atrevería a decir del contexto mundial, está creciendo en forma alarmante, y para confirmarlo sólo baste decir que en la etiología del TEPT deben considerarse tres variables inseparables:

- *La vulnerabilidad personal*: tanto en lo concerniente a la

estructura de personalidad, al modo en que la persona construye el mundo, como a las condiciones vitales del individuo.

- *El episodio Traumático; características del estresor:* situaciones en las que tanto la integridad física como la psicológica se encuentran en serio peligro, muchas de ellas altamente frecuentes en la actualidad (guerra, incendios, violaciones, homicidios, divorcio, enfermedad crónica, desempleo, secuestros *express*, asaltos, saqueos, atentados etc.).
- *El contexto pre-durante y post episodio traumático:* la evolución del cuadro será distinta según la contención y comprensión del medio, tanto social como familiar, y la significación y valoración social del episodio vivido.

“El apoyo social tiene una relación constante con el riesgo de desarrollar TEPT. Produce un efecto amortiguador y su ausencia es un factor de vulnerabilidad, previo o que emerge cuando la víctima queda separada de sus redes de apoyo social”. (Kaplan–Sadok)

Atravesar por esta experiencia ha ampliado nuestro horizonte, borrando prejuicios y pre-conceptos, hasta inclusive conceptos teóricos. Nuestras intervenciones no han sido tradicionales, y nos convoca a la permanen-

te reflexión sobre el rol del trabajador de la salud.

En otro orden, pero en el mismo marco ideológico, se desarrolla el *Programa de Rehabilitación y Reinserción Social del Paciente Crónico*, con el objetivo de consolidar las políticas de desmanicomización a través de dispositivos terapéuticos que desarrollen estrategias de rehabilitación y reinserción, en concordancia con la Declaración de Caracas. Se creó en noviembre de 1995, destinado a personas con padecimientos psíquicos severos, psicosis de evolución crónica, de las cuales el 80% cuenta con un promedio de tres internaciones psiquiátricas, pertenecientes a un sector que reúne criterios de vulnerabilidad social (desocupación, subocupación, violencia familiar, pobreza). Estos dos factores presentes, el padecimiento psíquico –que constituye enfermedad psiquiátrica constatable– y la vulnerabilidad social, determinan en esta población la exclusión y la marginación. Tiene un impacto poblacional estimado en 4.500 personas.

Se desarrolla a través de un dispositivo terapéutico preventivo–asistencial orientado a lograr la estabilidad de los pacientes en su externación y su reinserción social, optimizando los recursos sanitarios existentes y previniendo las reininternaciones y –como consecuencia lógica– la cronificación perma-

nente. Teniendo en cuenta estas características, se diseñó un dispositivo que, contemplando la complejidad de la situación, abarque alguna de las múltiples dimensiones que intervienen en estos cuadros:

- Asamblea de Red: para la supervisión del tratamiento psico–farmacológico y la psico–educación del núcleo conviviente, tanto familiares como vecinos.
- Dimensión de lo biológico–social y familiar–prevención secundaria: abordajes psicoterapéuticos, individuales, familiares y multifamiliares.
- Dimensión dinámica: talleres recreativos y de capacitación (cerámica, artesanías, deportes, reciclado de papel, literatura, salidas con acompañamiento terapéutico al Congreso de la Nación, a clases de baile, etc.). Cabe destacar que en este marco se han firmado convenios con la Facultad de Veterinaria, a través de su Decano, Dr. Franco, y su Secretario de Extensión Universitaria, Dr. Miguez, con el fin de que las personas asistidas bajo programa realicen cursos de Cunicultura y Lombricultura, acompañados, durante la capacitación que se realiza en las Instalaciones de la Facultad, por profesionales de nuestro Servicio de Salud Mental.

PROGRAMA MALVINAS: PLAN DE SALUD DEL VETERANO DE GUERRA BONAERENSE

Graciela Palermo

Coordinadora Técnica del Programa Malvinas

Las situaciones de guerra, que siempre ponen distancia de los ideales humanistas, también lo hacen con respecto al bienestar de las personas que participan en ella. Mencionamos esta cuestión de la distancia, porque por el contrario han sido los excombatientes quienes se han acercado al sistema de salud para hacer conocer la actualidad de su padecimiento.

Es así como en los orígenes nos encontramos con un pedido de los veteranos preocupados por la situación en que se encontraban sus compañeros y por los suicidios acontecidos, y fue a partir del intercambio de ideas que se puso en marcha un plan de salud del veterano de guerra bonaerense denominado Programa Malvinas, por considerar el Ministerio que era necesario brindar una respuesta clara y orgánica a las demandas que puedan presentar aquellos que han pasado por la difícil experiencia de la guerra.

En los momentos inaugurales, el Programa estuvo dirigido fundamentalmente a realizar un catastro psicofísico, con el objetivo de saber cómo se encontraban con respecto a la salud aquellos que habían combatido en Malvinas y con especial atención a la detección del padecimiento psíquico, que en las modernas clasificaciones psiquiátricas se conoce como Trastorno de Estrés Postraumático.

A partir del desarrollo del Programa se fueron incorporando efectores en las Regiones Sanitarias, las cuales adaptaron el perfil del mismo a las particularidades de

cada una, para alcanzar progresivamente los objetivos de:

- Brindar atención a una población de alrededor de 5.000 veteranos residentes en la Provincia de Buenos Aires.
- Proporcionar asistencia psicológica y psiquiátrica a una población donde se estima que el 25% padece secuelas psíquicas postraumáticas.
- Promover la salud y la reinserción social del veterano.
- Incorporar veteranos facilitadores que promueven el ingreso de sus compañeros, los orientan y los acompañan ante cualquier demanda asistencial que requieran.
- Crear dispositivos clínicos institucionales para la asistencia, formando equipos de trabajos integrados por profesionales y veteranos.
- Instalar una red de emergencia telefónica 0800 para la cobertura de las urgencias durante las 24 horas, la recepción y la orientación; es atendida por veteranos capacitados para tal función.

La planificación de las estrategias para establecer las redes de atención se realiza con cada Región Sanitaria de la Provincia, siendo un plan de salud de participación y de articulación entre dos ejes fundamentales: los veteranos y los profesionales, ya que por las características del padecimiento resultó imperioso plantear la articulación de los recursos. Es ahí donde el armado en red es necesario para articular los recursos y promover la

atención en dispositivos clínicos e institucionales no convencionales, que posibiliten la restitución del lazo social de aquellos combatientes que quedaron a la deriva, librados a su propia suerte al pasar de la guerra a la habitualidad de lo cotidiano. Como frecuentemente ha quedado demostrado, la posición con respecto a las consecuencias de una guerra no es acompañada de iniciativas con respecto al cuidado de los que participan en ella.

Al pensar en dar cuenta de estos objetivos, nos encontramos con un proyecto inédito, en tanto la propuesta novedosa es que los destinatarios son parte activa en su ejecución. Los veteranos son considerados como interlocutores válidos por sus compañeros, porque han compartido una misma experiencia: la guerra. También son privilegiados promotores de salud y nexos con los grupos de veteranos y sus familias, al difundir información que reciben en los espacios de capacitación sobre la problemática del trauma psíquico y, en forma más amplia, reflexiones sobre la guerra y sus efectos.

También nos encontramos con un programa inaugural, porque es necesario resaltar que la búsqueda de atención para las secuelas de la guerra no fue habitual en los veteranos de Malvinas, ya que la mayoría no realizó consultas en todos estos años por su resistencia a concurrir a Hospitales. Esta resistencia debe enmarcarse en las características de este grupo en riesgo: el aislamiento, el desamparo y la desconfianza hacia las instituciones y la sociedad, por sentir que les die-

ron la espalda a su regreso de la contienda.

Éramos conscientes de que esta propuesta significaba un camino no exento de riesgos, porque implica tener en cuenta el sufrimiento, hablar de él, o más aún, que el sufrimiento hable. Las marcas que deja la experiencia de la injusticia y la muerte inscriben cicatrices que modifican nuestra posición en el mundo y de esto hablan los veteranos: “no somos como antes de la guerra”. Algo ha alterado el proyecto de vida imaginado, y es así como se dio un paso que significa no sólo dar respuestas con respecto a la salud, sino también estar dispuestos a interrogarse sobre lo que significó Malvinas, cuestiones pendientes de un pasado que nos acontece.

Pero mencionamos que habría ciertos riesgos, pensando que el sufrimiento puede ser parte de una repetición que encadene, en tanto no se reoriente a situaciones en donde no sólo circule el testimonio, sino que el relato conduzca a elaborar la experiencia. Es ahí donde el Programa se propone como lugar de amparo, de reconocimiento, donde hacer inscripción

de aquello que insiste desde la exclusión. Por ello comenzamos a construir un espacio donde alojar sus testimonios y hacer posible la tramitación de lo acontecido, tanto en lo singular como en lo social, convirtiendo el silencio en palabra.

La participación en un proyecto común fue y es un gran desafío, pero permite una cooperación más fluida entre los miembros y genera vínculos y lealtades muy intensas entre los veteranos, permitiendo a muchos de ellos atravesar situaciones de crisis. Asimismo, se requiere de una permanente e insoslayable reflexión de los profesionales sobre su práctica, para interrogarse sobre las condiciones de posibilidad de tratamientos individuales y grupales en este plan de salud, que por sus características convoca al desafío de intervenciones innovadoras.

Desde el inicio del Programa en el año 1996 hasta la actualidad, en el índice de catastros de salud realizados se estima alrededor del 30% de la población objetivo, siendo las patologías de mayor incidencia de índole traumatológica (pie de trinchera, amputaciones, etc.), si-

guiendo a éstas –en porcentajes similares– las afecciones del sistema circulatorio y metabólico. Del sistema estadístico implementado en el ámbito provincial surge que alrededor del 25% de los excombatientes padecen Trastornos de Estrés Postraumático y ésta es fundamentalmente la población a la que está dirigida la atención en Salud Mental. De los que ingresaron al Programa, permanecen en tratamiento aproximadamente el 15%. Asimismo, se registra un elevadísimo número de consultas como una forma más de encuentro entre el Programa y los Veteranos.

Las particularidades del Programa hacen que cobre importancia como logro del mismo el que continúen acercándose veteranos y sus familias para su atención, así como el renovado compromiso de todos los que participamos en él, para que trabajando desde los obstáculos se logre ampliar la cobertura asistencial, que significa fundamentalmente restituir el lazo social que quiebra todo padecimiento, y para ello es indispensable recuperar el sentimiento de dignidad, en tanto valor subjetivo, que los veteranos de Malvinas anhelan.

LAS DEMANDAS EN SALUD MENTAL Y EL SISTEMA DE ATENCIÓN

Emiliano Galende
Universidad Nacional de Lanús

El sufrimiento mental de los hombres ha variado sus motivos a lo largo de la historia. Este sufrimiento, ya se origine en las dolencias del cuerpo, en la relación con los semejantes, en las realidades que se viven o en la posición que se asuma frente a la existencia, se expresa siempre como dolor psíquico, porque la esencia social y

cultural del hombre está condicionada a expresarse desde siempre en el lenguaje y la comunicación; éstos son el sustento de la vida mental. Y en cuanto al sufrimiento mental, no todos los individuos son ni han sido iguales: la capacidad de cada uno para enfrentar la adversidad, de relacionarse y posicionarse en la relación con sus

semejantes, de asumir su condición de mortal, de contar con la valentía y el coraje para activamente modificar las causas de su sufrimiento, son y han sido diferentes. El dolor psíquico, como el dolor corporal, es siempre el resultado entre aquello que lo causa y estas capacidades propias de cada uno.

La característica esencial de las demandas actuales de atención consiste en que anudan en un mismo plano el sufrimiento mental y el sufrimiento social; la psicopatología no logra discernir cuánto proviene de la historia del individuo y cuánto de su situación social, cuánto de sus síntomas pertenecen a los caracteres del funcionamiento mental del individuo y cuánto responde a formas de adaptación a los nuevos parámetros de la cultura y la vida social. La crisis de la familia tradicional, los divorcios y las nuevas formas de relaciones de pareja desafían las capacidades de los individuos para generar formas de vínculo en los que tramitar la soledad, la angustia y las necesidades de amor. Los niños, que padecen también esta nueva situación de la pareja parental, tienen que adaptarse forzosamente a formas de convivencia y de familia que no les son confiables ni naturales. La soledad y el desamparo sufridos dan lugar a diversos síntomas, psíquicos y también corporales, que se convierten en fuente de demanda, tanto de los niños como de sus padres, a los servicios de salud y Salud Mental. Los especialistas, médicos, psicólogos, psicoanalistas, psicopedagogos, deben contener situaciones afectivas que resultan de la incapacidad o la incontinencia emocional propia de las familias o de las parejas. Naturalmente, impotentes de actuar modificando la situación vital del individuo, echan mano a las herramientas terapéuticas de que disponen para atenuar los sufrimientos del síntoma que expresa estas situaciones. Medicamentos para trastornos funcionales del cuerpo, psicofármacos para calmar la ansiedad y la angustia o para posibilitar el sueño perturbado, estimulantes para mejorar la atención escolar o el rendimiento en el traba-

jo, junto a diversas psicoterapias, se afanan en paliar aquello del desorden emocional y afectivo, o del desamparo, que el individuo no logra hacer con su propio esfuerzo.

Igualmente el cambio en las formas de trabajo, la desocupación prolongada, la caída de ideales profesionales, generan sufrimientos que no son solamente los del duelo por lo perdido, sino que producen crisis narcisistas por pérdida de identidad de difícil resolución. El trabajo, el oficio, la profesión, han sido a lo largo de la modernidad el sostén mayor de la identidad social. No sólo el individuo encontraba en ellos el sostén económico de su vida, sino también el material simbólico de su identidad social, sobre el que se soportaba el lugar social y los intercambios con sus semejantes. Esta transformación produce en los individuos un proceso de desubjetivación, cuyas consecuencias son varias: cierta confusión, perplejidad, desafectivización de sus vínculos, extrañamiento de sus relaciones con el grupo social de pertenencia y la cultura, etc. Esta crisis del trabajo, económica y de la identidad, está en la base de gran parte de las depresiones actuales, que demandan también a los sistemas de salud y Salud Mental por el sufrimiento de sus síntomas.

Una nueva demanda está también llegando a los servicios de Salud Mental, cuyos síntomas nos eran conocidos por su presencia social creciente: la violencia. Es nueva para la atención de la Salud Mental, porque la violencia conocida estaba asociada a la persona del loco, aun cuando no fuera todo lo frecuente que se le asigna. Ya sea bajo la forma de violencia en las familias, hacia los niños, en la escuela, la juvenil en los grupos barriales, en la agresión creciente

sobre las mujeres. Gran parte de esta violencia se genera en individuos fuertemente violentados por la vida social, y bajo las causas que hemos mencionado más arriba. La inestabilidad emocional de las familias y parejas es causa frecuente de la violencia familiar y sobre la mujer. Los cambios producidos en los comportamientos más libres de las mujeres, con la afirmación de sus derechos de igualdad, presencia social, valoración profesional y autonomía personal, las hace víctimas frecuentes del maltrato de los varones. Con frecuencia, el trabajo de la mujer y su ingreso económico como sostén de una familia en la que el varón está desempleado, generan comportamientos violentos y reivindicativos (o vengativos) de los varones, que sienten lesionada su tradicional autoridad machista. Grandes sectores de la sociedad están siendo violentados por la exclusión social, condenados a una vida sin futuro, despojados de todo recurso para procurarse un lugar en el trabajo o la vida social, y reaccionan con comportamientos en los cuales expresan esta violentación como violencia hacia los otros. No se trata de que la pobreza o la marginación social del indigente esté asociada a alguna naturaleza violenta de las personas; sucede que esta exclusión y marginación social ejerce violencia sobre los individuos, que tratan de liberarse de ella a través del acto violento sobre sus semejantes. Con frecuencia esta violencia se dirige justamente hacia las instituciones, los individuos, los valores, a los cuales se identifica con la violentación sufrida. Por cierto, estas diferentes formas de violencia generan síntomas psíquicos particulares y su demanda oscila entre los servicios de Salud Mental y los aparatos represivos del Estado (Policía, Justicia, ré-

gimen de hogares para menores, patronatos, etc.). Nuevamente, en ambos casos, su tratamiento sólo logra atenuar las consecuencias sobre algunos individuos implicados, ya que no es posible actuar sobre sus causas.

Nuevas significaciones y valoraciones en la cultura moderna contribuyen también a la presencia de sufrimientos mentales que, si bien no son nuevos, su característica consiste en ser más intensos y masivos. La valoración del consumo y el hecho de que éste haya pasado a ocupar la función de un rasgo de integración social, ha llevado a muchos individuos hacia formas particulares de exceso. En una vida social en general más tóxica, el consumo de sustancias prohibidas ha abierto un nuevo mercado masivo de las mismas. Es un mercado que hace grandes inversiones para producirlas y comercializarlas en todo el mundo, redes clandestinas en que diversos actores sociales tienen su parte y su función: empresarios, policías, jueces, abogados y naturalmente consumidores. Las adicciones actuales parecen mostrar justamente este doble carácter: revelan algo de la toxicidad del consumo excesivo y masivo, a la vez que en sus actores se evidencia este submundo de la clandestinidad y la violencia. Éstas han adquirido para los jóvenes esta doble significación: su consumo los sitúa en las zonas de la rebeldía a la prohibición, los hace a ellos mismos clandestinos y contestatarios a la ley, a la vez que la sociedad los considera nuevos enfermos culpables por afectar su salud, pero sobre todo por la sospecha de violencia que pueden ejercer sobre el orden social y la ley. Lo cierto es que los sistemas de salud están siendo encargados de atender esta nueva demanda, no siem-

pre por voluntad de los individuos implicados, sino por mandato de las familias, los jueces o la Policía misma. Más allá de lo que los profesionales puedan hacer por ayudar a estos jóvenes a través de su tratamiento, es indudable que enfrentar el problema de las adicciones actuales está requiriendo de dispositivos de tratamiento y rehabilitación con un carácter más social y preventivo. En un plano cercano al consumo se sitúan los trastornos de la alimentación: las denominadas anorexias y bulimias, pero también los conflictos de muchas y muchos jóvenes con sus dietas y la forma de su cuerpo, que afectan su salud.

La vida social se ha convertido en un mundo de exigencias y soledades. Exigencias de todo tipo para no caerse del tejido social: estar en forma, acoplarse a los ritmos del empleo, a la movilidad y plasticidad en las relaciones con los semejantes, a la competencia necesaria para no perder lugar, a la readaptación cuando se lo ha perdido. Este conjunto de exigencias tiene también su correlato en las tensiones del cuerpo y la mente: las patologías del estrés han pasado a ser otra de las demandas de atención masiva. Éstas no llegan siempre a la atención en Salud Mental y sus bordes son un tanto difusos. Gran parte de sus síntomas son atendidos por diversos especialistas médicos, y es sutil el pasaje entre las simples molestias del agotamiento, la acidez y las gastritis, la banal diarrea entérica y el colon irritable, la hipertensión y el infarto de miocardio, la fatiga muscular y los más severos trastornos inmunológicos.

Un conjunto de nuevas enfermedades desafía a médicos y terapeutas justamente en estos bordes difusos entre el daño corporal

y el sufrimiento psíquico. Este mundo de exigencias sociales se acompaña de una fragilización psíquica por pérdida de vínculos humanos en los cuales el individuo intenta tramitar sus angustias y conflictos. No sólo los individuos están exigidos por los ritmos y las condiciones del trabajo, amenazados por la exclusión social y la pobreza, sino que también cuentan menos con la continencia de los vínculos afectivos familiares, los amigos, la pareja, los vecinos. Ese mundo emocional, en que tradicionalmente las personas se recomponían de los desgastes del trabajo y de los conflictos de la vida social, se ha ido atenuando, cuando no desapareciendo: las familias se desarraigan, los vecinos son extraños, no queda tiempo para los amigos, el amor en pareja se ha hecho áspero y complicado.

En este panorama de demandas que sintetizamos, no es casual un giro profundo de los servicios de atención de la Salud Mental. En todo el mundo, a la vez que se busca vincular las respuestas médicas y terapéuticas con servicios sociales, se tienden a ampliar los dispositivos de atención hacia criterios de mayor participación de la comunidad y los conjuntos sociales implicados. Este giro es racional, dadas las características de los problemas que se deben enfrentar. Cabe dejar abierto el interrogante acerca de si la magnitud del sufrimiento humano que revela toda esta nueva patología del alma debe encontrar respuestas en los profesionales que atienden los casos singulares de quienes sufren sus síntomas, o habrá que intentar que la sociedad toda reflexione acerca de lo que en la vida social y en esta nueva cultura se está promoviendo para la vida humana.

Los criterios de atención de la Salud Mental

Existen tres criterios básicos para la atención de estas demandas, que han sido plasmados en diversos Documentos y Recomendaciones de los organismos internacionales de Salud. Estos son: a) integrar los cuidados de la Salud Mental en la red de Servicios de Atención Primaria (OMS, Alma Ata); b) poner énfasis en el desarrollo de los servicios locales, comprometiendo primariamente a los municipios y sus sistemas de atención de la salud en los cuidados de la Salud Mental (OPS); c) promover la salud y los estilos de vida saludables, y fortalecer la participación de la comunidad en las acciones de Salud Mental (OMS, Carta de Ottawa).

El sentido de desarrollar estos tres principios en las políticas en Salud Mental consiste en enfrentar de un modo racional dos problemas: el primero, revertir el modelo tradicional de la atención en Hospitales Psiquiátricos y Colonias de Alienados, que además de ineficaces, ineficientes y costosos, favorecen el aislamiento del enfermo de su familia y su comunidad, y conducen a la cronificación de la enfermedad; segundo, desarrollar servicios más adecuados y eficaces para las características de las demandas actuales, que he señalado, y que requieren de una mayor accesibilidad de la atención, a la vez que posibilitar la participación activa de los usuarios, sus familias y la comunidad en los procesos de prevención y atención, y en la promoción de estilos de vida saludables. Una política de cuidados, bajo estos criterios, debe contemplar siempre que los problemas de Salud Mental no pueden resolverse

sobre la base de principios puramente médicos, y que los recursos del sistema de Salud resultan parciales para encarar los problemas del sufrimiento mental y la enfermedad. Requieren, en primer lugar, comprometer la participación de la comunidad en los procesos de atención y en el desarrollo de la prevención; implementar acciones conjuntas con otros sectores del Estado, especialmente con Educación, Justicia, Trabajo y Vivienda, ya que la mayor parte de los individuos que necesitan atención de Salud Mental padecen a la vez necesidades sociales que inciden fuertemente en el desarrollo de la enfermedad y en el proceso de recuperación de la salud; ampliar sus intervenciones en acuerdo con otras instituciones implicadas en los problemas de Salud Mental y en su resolución, especialmente las escuelas, los juzgados de familia, los institutos de menores, las asociaciones de la comunidad, las ONGs que desarrollan acciones sociales, etc. Los cuidados de la Salud Mental requieren de acciones intersectoriales e interinstitucionales y la participación de equipos constituidos por profesionales de diversas disciplinas.

La atención en la Provincia de Buenos Aires

Tanto el Gobierno Provincial como diversos municipios han incorporado estos nuevos criterios para la atención de la Salud Mental y están reformulando sus recursos asistenciales. La Provincia cuenta con cuatro grandes Hospitales Psiquiátricos (uno de gestión Nacional) y una red de servicios de atención psiquiátrica y psicológica en

Hospitales y Unidades Sanitarias. Cuenta también con una Dirección de Salud Mental, dentro del Ministerio de Salud, y una parte importante de los municipios han tomado la misma iniciativa. Gran parte del gasto en Salud Mental está dedicado al mantenimiento de los grandes Hospitales Psiquiátricos, que concentran la patología más severa y, especialmente, alojan a pacientes crónicos de larga permanencia institucional. En varios municipios se desarrollan programas locales de cuidados en Salud Mental, especialmente dirigidos a niños y mujeres, y es creciente la experiencia de participación de la comunidad en ellos. Sin embargo, aún es escaso el logro de desarrollar una red de atención integral de Salud Mental, que cuente con los recursos adecuados para la atención de los trastornos más severos e integrada a los servicios de Atención Primaria de la Salud. Esta insuficiencia hace que muchos de estos pacientes sigan llegando a los hospitales psiquiátricos, con los riesgos concomitantes de internaciones prolongadas y de cronificación de la enfermedad.

Desde hace seis años, profesionales del Hospital Dr. Alejandro Korn, coordinados por la Dra. Diana Uribarri, están desarrollando una iniciativa de rehabilitación y reintegración social de pacientes con larga permanencia en ese Hospital. Con la gestión del Psicólogo Social Hugo Zevallos, han desarrollado Talleres Protegidos de Producción en los cuales participa un buen número de pacientes internados y una Casa de Prealta, en la Ciudad de La Plata, que dirige la Dra. Cecilia López Santi, que asiste y evalúa el proceso de integración social de los pacientes incluidos en el Programa. Se trata de una iniciativa dirigida a lograr un modelo de desinstitucionalización

de pacientes con largas internaciones psiquiátricas, para que pueda ser experimentado y desarrollado en todos los hospitales psiquiátricos de la Provincia. También a partir de 1999 se está implementando un Programa de Rehabilitación y Externación Asistida para toda la Provincia, dirigido a lograr la externación y reintegración social de pacientes alojados en hospitales psiquiátricos. Estas iniciativas contribuyen al objetivo de desarrollar una red de atención alternativa a la que prestan los hospitales psiquiátricos, ya que el pasaje de la atención con internación monovalente a los servicios de atención primaria requiere de transferir a la red de servicios las funciones que han cumplido los hospitales psiquiátricos, a la vez que lograr la rehabilitación e integración en la comunidad de los pacientes allí alojados.

En la Universidad Nacional de Lanús se desarrolla desde hace cinco años una Maestría en Salud Mental Comunitaria, y más recientemente, una Carrera de Especialización en Salud Mental. Dos cohortes han egresado de esta Maestría, cuyos alumnos han provenido prioritariamente de los servicios de Salud Mental de la Provincia. El proceso de reforma de la atención en Salud Mental que hemos bosquejado requiere básicamente de tres requisitos: contar con la decisión política de llevarla adelante, y por lo mismo adecuar los servicios de Atención Primaria y los Hospitales Generales dotándolos de los recursos necesarios para reemplazar la atención del hospital psiquiátrico; desarrollar estudios epidemiológicos que permitan conocer racionalmente los problemas y necesidades de Salud Mental de la población; y desarrollar una forma-

ción en los profesionales del sector que les permita asumir estas nuevas tareas, para las cuales son asuntos permanentes el diagnóstico epidemiológico, la programación de acciones de prevención y atención de los trastornos mentales, la gestión de estos programas en equipos interdisciplinarios y la evaluación permanente de su marcha y sus resultados. Desde su creación, la Universidad Nacional de Lanús, comprometida con articular sus programas académicos e investigativos a las necesidades de la comunidad, trata de contribuir desde su ámbito con los gobiernos municipales y provincial, porque entiende que el crecimiento de los padecimientos psíquicos y sociales y su atención racional, como la promoción de valores de Salud Mental, es tarea prioritaria del Estado y una función indelegable de su compromiso con la comunidad.

SALIR DEL PSIQUIÁTRICO: LA CUESTIÓN DE LA INTEGRACIÓN SOCIAL

*Carmen Cáceres, Néstor Costa y Mario Woronowski
Programa de Externación y Rehabilitación Asistida
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires*

¿Integrar a los no integrados?

Premisas para situar a la integración social en el trabajo de la externación asistida:

Primera premisa: tener en cuenta que la compleja causalidad que lleva a la falta de integración pasa por los caminos que llevan de la vulnerabilidad a la exclusión. En el caso que nos ocupa de un padecimiento mental producido en las

vicisitudes de una historia personal, la segregación es resultado de una maquinaria social excluyente. Por lo tanto, el trabajo de revertir los efectos de esa combinatoria involucra a un conjunto de actores sociales e institucionales y no sólo a la persona que padece directamente la exclusión de determinados circuitos sociales –y la forzada inclusión en otros.

Segunda premisa (derivada de la primera): los usuarios del Programa de Externación y Rehabilita-

ción Asistida no son definidos como portadores de un déficit que habría que subsanar –aunque no se trata de desconocer los déficit en tanto recursos que hay que ayudar a recuperar, producir, proveer o incluso suplir. Son definidos como sujetos portadores de “reservas integradoras”: su deseo de recuperar los lazos sociales dañados por el padecimiento mental que los afecta y por los efectos de los largos períodos de internación a que se vieron sometidos.

Tercera premisa: este Programa se puso en marcha desde la convicción de que es un deber del Estado utilizar los recursos del sistema público de salud para la restitución de derechos vulnerados por la subsistencia de la institución manicomial. Es por lo tanto un deber del sistema proveer los medios necesarios para atender las necesidades de esos ciudadanos. *Rehabilitación y Externación Asistida* son los nombres que designan aquello de lo que el Estado debe hacerse cargo. Designan los *soportes* de un trabajo de integración posible y sustentable.

Estos soportes son de dos tipos: materiales y simbólicos. Materiales, en tanto el acceso a una vivienda, a los ingresos mínimos necesarios para asegurar la subsistencia, a un empleo digno, logros que no están al alcance del esfuerzo individual de muchos ciudadanos de nuestro país, lo están menos aún para las personas que componen el universo de usuarios a los que se orienta el PREA. Tampoco lo está la recuperación de los vínculos perdidos en años de ausencia de los círculos que organizan la trama social en la vida cotidiana: la familia, el barrio, el estudio, el trabajo, el club, etc. Simbólicos, en tanto que matrices capaces de crear condiciones para revertir la desobjetivación que es marca de toda "institución total"; y favorecedoras de la emergencia de sujetos deseantes: en un principio, de externarse, luego capaces de trabajar por su externación, transitando los obstáculos que ello supone, y por último (nos referimos a tiempos lógicos y no a un imposible cronograma clínico), capaces de instalarse con un proyecto de vida en el mundo.

Estas matrices son las que intentan materializarse en los dispositivos del Programa y en la peculiar "clínica de la externación"

que se ha venido construyendo. El lugar posible de un sujeto en un proyecto está ofrecido desde el primer contacto que, como queda dicho, plantea la admisión como oferta a quien quiera y pueda tomarla. Los caminos de la rehabilitación son los de la peculiar apropiación que cada cual hace de esa propuesta. La recuperación de ese espacio subjetivo es al mismo tiempo la del espacio de un posible encuentro con otros. En efecto: la tragedia de la desafiliación es, en simultáneo, la de la pérdida del lugar propio y la pérdida del colectivo en el que lo propio encuentra posibilidad de ser. Revertir ese doloroso historial de pérdidas es la tarea que convoca al grupo que trabaja por su externación. Pero ese grupo se hará grupo si y sólo si esa tarea *común a todos*, se va constituyendo en tarea *en común para cada uno*: es decir, en la construcción de un espacio de intercambio y circulación de las historias pasadas, los desafíos presentes y los proyectos de un futuro donde *el otro* comienza a ser condición necesaria para la realización de lo propio.

El contexto social del Programa

Estamos en la Argentina del 2002. El deterioro social y económico tiene las dimensiones de una verdadera catástrofe que afecta a nuestro pueblo. No es el resultado de algún fenómeno natural, sino el resultado de la aplicación brutal y generalizada de políticas basadas en una pura lógica de mercado. Se ha instalado así un contexto social crónicamente desinstituyente que afecta profundamente la subjetividad, tanto en lo personal como en lo colectivo.

Los efectos del desmantelamiento del Estado afectan brutalmente a las instituciones que conforman el sistema público de salud. Para los distintos actores institucionales del hospital público, siguen siendo tiempos de creación, de búsqueda de respuestas no mercantiles a los nuevos problemas que, en esta situación, se sumaron potenciando a otros de larga data.

El Programa

Fue presentado en abril de 1999, cuando la desocupación masiva, el hambre y la desafiliación de grandes sectores ya eran una realidad cotidiana, si bien no se habían aún desplegado con las características catastróficas de hoy. Nacido en situación crítica, constituye una oportunidad de construcción colectiva orientada a la restitución de derechos. Incluso del derecho a recibir de parte del Estado el sostén de una política de salud que garantice su ejercicio. No es producto de un destiempo, o una especie de invasión de lo utópico entre los pliegues del "posibilismo": es parte de una apuesta a una transformación en las políticas en Salud Mental que combine la coherencia entre sus objetivos enunciados y sus acciones con la eficiencia en la distribución de sus recursos.

Las experiencias ya consolidadas en otros países muestran claramente que los servicios de Salud Mental de base comunitaria son la respuesta no sólo científica y éticamente insoslayable para el tratamiento de personas con padecimiento mental grave: constituyen una decisión política racional para la distribución del gasto público en salud. Su complemen-

to indispensable es el cese de las internaciones prolongadas innecesariamente.

En el Hospital José Esteves, donde el Programa se ha instalado y desarrollado, pudo demostrarse que la integración social de pacientes cronicadas en largos períodos de internación es posible, sustentable y ampliable a muchas personas que actualmente viven recluidas y por lo tanto privadas del goce de su derecho a vivir en la comunidad.

El encuentro

En los emprendimientos laborales, actualmente sostenidos con planes estatales de empleo, se reúnen trabajadores excluidos del sistema productivo y mujeres que, si han tenido experiencias laborales, han perdido esas referencias después de una larga internación. Al externarse enfrentan la necesidad de sostener económicamente, al menos parcialmente, su vida en la comunidad. Ellas acceden a la posibilidad de reconocerse capaces de trabajar, como parte de su proceso de rehabilitación.

Mujeres que padecieron el internamiento asilar se encuentran con otros sujetos privados por exclusión social de sostener dignamente sus vidas, siendo la cultura del trabajo un eje fundamental de sus apoyaturas identitarias. Sujetos que no eligieron la condición de desocupados con sus efectos de aislamiento y segregación social; también los desocupados, como los pacientes psiquiátricos, padecen el ser considerados peligrosos desde la lógica dominante: su pobreza es criminalizada y se les atribuye la responsabilidad por la situación que atraviesan.

Pacientes y desempleados sufren los efectos de una misma mirada que combina el juicio de peligrosidad y la necesidad de control y vigilancia. La situación de exclusión laboral es común, la posibilidad de acompañarse en el proceso de integración es mutua. Afrontar las dificultades de montar y sostener emprendimientos productivos en las actuales condiciones, recuperar la cultura del trabajo, conformar equipos que avancen en eficiencia dentro de un marco de gestión democrática, son desafíos que a este sector del Programa le toca enfrentar.

Por qué un Programa de rehabilitación y externación

Siempre fue difícil externar pacientes, aun en contextos sociales más benignos que los actuales. Eso revelan los registros escritos y la memoria viva de los trabajadores del Hospital. Sobre todo cuando, a partir del momento en que una crisis precipitó la internación, se fue consolidando una ruptura con los lazos familiares y comunitarios. La internación prolongada cierra sobre el paciente un círculo que la pobreza estructural consolida.

La alienación, la agresividad y la violencia no son privativas de quienes padecen alguna de las formas de sufrimiento mental grave: están presentes en cada uno de nosotros. En este sentido, la “locura” puede ser pensada como un fracaso en la difícil tarea de articular estos términos en la relación con las demás personas, ante una fractura en el lazo social.

Sin embargo, las prácticas de internación crónica han estado

basadas históricamente en la asociación de las ideas de agresividad–violencia–peligrosidad atribuida a los sujetos con padecimiento mental. Esto ha justificado un tratamiento discriminatorio en lo social y jurídico cuyo último eslabón es la reclusión por tiempo indeterminado, con los efectos de cronificación ya largamente conocidos.

Al internar, los jueces aducen razones del estado patológico del individuo y la necesidad de tratamiento. Se encierra bajo el criterio de prevenir para evitar que el enfermo atente contra sí mismo o contra terceros y no porque haya cometido actos de naturaleza peligrosa. El fin de la internación requiere de un procedimiento complejo muy difícil de producir, teniendo en cuenta el habitual desamparo social y abandono familiar que padecen estos individuos.

Promover la externación asistida dentro de un proceso de rehabilitación implica un posicionamiento ético que debe ser asumido por los distintos sectores actuantes, y supone invertir la lógica descripta más arriba. Todo ciudadano tiene el derecho de vivir en libertad mientras no existan causales bien determinadas que impidan el ejercicio de ese derecho. En el caso de personas con patologías mentales graves, estos impedimentos, tal y como se explicita en la Resolución Ministerial que da origen al PREA, serán: la imposibilidad de valerse por sí mismos o el constituir un riesgo para sí o para terceros. Y la intervención de los distintos sectores (jueces, equipos tratantes en la internación, equipo de externación, etc.) debiera ser concurrente en el sentido de ofrecer la asistencia necesaria para hacer efectivo el goce de ese derecho. Las condiciones en que se prepare y se lleve a cabo la externación, la participación activa de cada usuario, el sostén social,

jurídico y terapéutico extendido en el tiempo, serán factores decisivos en lo que hace a la posibilidad de producir una integración social efectiva de quienes padecieron los efectos de la enfermedad y la interacción prolongada.

Relatos de una integración posible

Los talleres del Centro de Día, los emprendimientos productivos, son lugares abiertos a la posibilidad de integración social. Los testimonios que siguen provienen de algunos puntos de la compleja trama conformada por los múltiples actores institucionales: pacientes externadas, pacientes en proceso de externación, tutores de emprendimientos productivos, trabajadores de los distintos dispositivos del Programa, miembros de la comunidad a participar. Dicen del valor que tienen las experiencias para sus integrantes.

Descubriendo posibilidades: el emprendimiento de comidas

Cuentan sus integrantes que empezaron hace un año nucleados en un microemprendimiento de fabricación de dulces. La composición del grupo era heterogénea: pacientes externadas, otras en proceso de externación, miembros de la comunidad, un tutor que también es coordinador de un taller de arte en el Hospital. Lo primero fue capacitarse en la elaboración de dulces y en los aspectos

bromatológicos de la misma. Comenzaron a producir en pequeña escala y a vender su producto entre el personal del Hospital y los vecinos del mismo. Esto implicó la conformación de un equipo de trabajo con metas de productividad crecientes, con relación a la necesaria recuperación de hábitos de trabajo y sus articulaciones en la cotidianidad de los participantes. Había entusiasmo para encarar la tarea y también obstáculos de diversa índole. Uno de ellos era la dependencia de la cocina del Hospital para la provisión de los insumos necesarios. Cuando se profundizaron los problemas de abastecimiento, se hizo difícil planificar el trabajo, organizar la tarea diaria, lo que produjo inseguridad y desánimo; el emprendimiento de dulces lo sufrió en cada uno de sus participantes. De todos modos, se mantuvo cierta cohesión, lo que permitió enfrentar juntos la adversidad de las detenciones en la producción por falta de insumos. En un momento de este proceso, el grupo, fuertemente respaldado por su tutor, fue compartiendo una idea, una intuición al comienzo, luego una propuesta firme que fueron madurando entre todos. Se organizaron para diversificar su producción, realizando comidas que comenzaron a ofrecer a los trabajadores de los diversos espacios del Hospital. El lugar del comienzo no tenía capacidad para esta nueva incorporación y pudieron resolverlo recuperando para el uso un edificio del Hospital que se hallaba en desuso. Con el apoyo de la dirección y el esfuerzo de todos ellos lograron instalarse en el nuevo lugar. En el relato de la experiencia éste aparece como un momento muy valorado, así como el acuerdo en una inversión monetaria –pequeña en términos cuantitativos– que necesitaron

hacer para comenzar a producir, dado que los insumos necesarios son comprados por los mismos integrantes del emprendimiento. Otro de los aspectos que causa satisfacción por lo logrado, especialmente a las integrantes que viven o vivieron internadas, es el hecho de recibir pedidos de comidas de parte de los trabajadores del Hospital. Es necesario valorar el impacto subjetivo, personal y grupal que esto tiene con relación al sentir que pueden producir algo de calidad, apreciado y requerido por los mismos trabajadores que tienen responsabilidades en el Hospital. Entre los hitos de la experiencia que relatan, está la primera vez que recibieron un pedido de empanadas para las enfermeras de una sala o el día en que un médico jefe de sala les encargó dos pizzas para llevar a su casa. La simpleza de estos hechos tiene como fundamento necesario una transformación en las representaciones tradicionales que ubican a las personas internadas como incapaces, alterando la lógica del desvalimiento y la dependencia. Hechos simples que implican transformaciones complejas en los actores institucionales que los protagonizan.

La integración tuvo lugar entre los participantes del emprendimiento al afrontar creativamente obstáculos a su trabajo. También se dio con relación a la institución, al ser visualizados en su capacidad de producir comidas en un buen nivel de calidad.

Su relato transmite la alegría de haber logrado una situación de trabajo digno y reconocido, junto a la convicción de que aún tienen mucha tarea por delante. Se sienten preparados para crecer como emprendimiento, lo desean: el espacio del trabajo junto a los otros ya es parte de su vida.

La escritura como facilitadora de la integración social

En el Centro de Día *Libremente*, perteneciente al Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del Hospital Esteves, tiene lugar, entre muchos otros, el taller de escritura.

La escritura es un vínculo humano y, si el deseo lo potencia, una herramienta de integración social. Escritura de éste, posible lectura de aquél o de aquellos, crea un vínculo inasible, quizá, por su dinamismo, por su complejidad comunicacional de innumerables facetas, pero perceptible en la verbalización de conceptos que se asemejan o entran en debate a partir de esa escritura, de esa lectura.

Un ejemplo de lo que allí sucede: Manuel, 46 años, paciente ambulatorio de una clínica psiquiátrica de la zona, sin familia, se presentó al taller por indicación de su psiquiatra. Irrefrenable, de una ansiedad sin límites, mostró una mínima parte de su trabajo. Una hoja manuscrita con letra tipo imprenta con un número: 3600; eran los capítulos que llevaba escritos sobre un tema que figuraba en la impresión de un sello en la cabeza de la hoja: *Aventuras de Predicador y su amigo Ortega, Tiempos de Historia, Autor: Manuel González*.

La letra legible hablaba de historias folletinescas en una enmarañada estructura, casi incomprendible a la lectura de cualquiera que no fuese el autor. Este, al leerlas para el conjunto de los talleristas, les introducía coherencia literaria. El coordinador propone incluir algunas reglas que introduzcan coherencia *en la escritura misma*. *No voy a aprender nunca*, dijo Manuel. *Tomémonos unos mates*,

propuso el coordinador. Y poco a poco, calmando la ansiedad a través de espacios de confianza, fue aprendiendo algunas leyes de la narrativa que tornan, hoy, accesibles sus insólitas historias.

Con Manuel hemos podido definir un porqué y un para qué de su escritura, que definen por sí solos todo el sentido del taller y su valor como herramienta de integración: *porque me gusta y para que alguien me lea*.

Voluntades de saber que transforman: el taller textil

Como todos los emprendimientos, este cuenta con integrantes que provienen de la experiencia de internación en el Hospital, actual o ya superada, personas de la comunidad y un tutor. Una de las particularidades de este emprendimiento es que parte del proceso de producción, utiliza máquinas que requieren una capacitación importante para poder operarlas eficazmente y con baja incidencia de riesgos. Esto provocó que en los primeros tiempos el taller tuviera una división tajante entre los integrantes: los que *ya sabían* desde antes y los que tenían *todo por aprender*. No fue tarea institucionalmente sencilla evitar que en el grupo se cristalizaran roles fijos e inamovibles. Se jugaba una contradicción que parecía insuperable para algunos integrantes: a) la exigencia de producir competitivamente en términos de mercado, planteada por quienes habiendo sido trabajadores textiles estaban incluidos en el emprendimiento por su condición de desempleados; b) el sentido de rehabilitación y de restitución de derechos que tiene la inclusión de

las usuarias del PREA en los emprendimientos, junto a la voluntad demostrada por algunas de ellas en el sentido de querer aprender lo necesario para cada aspecto de la producción.

La propuesta era que la misma tarea les diera la oportunidad de capacitarse con progresivos niveles de complejización. Los riesgos producidos por la impericia eran ciertos, pero no menos ciertos eran los que amenazaban con “cronificar” las relaciones en el equipo de trabajo al fijarse de un modo asimétrico. Este último peligro se fue despejando fundamentalmente por la insistencia de algunas de las mujeres que provenían de la internación, su interés puesto en aprender, en ocupar lugares de responsabilidad, en recibir de los compañeros de trabajo experimentados las herramientas para ampliar sus posibilidades de intervención en el proceso productivo. Esta convicción en el deseo de aprender fue mellando algunas resistencias planteadas y facilitó el camino para que se produjera una transferencia de conocimientos desde los compañeros experimentados a las que deseaban adquirirlos. El desafío fue construir entre todos una manera de graduar los aprendizajes, alternar las tareas según los niveles de capacitación, cuidando al mismo tiempo la producción de prendas de vestir en un buen nivel de calidad. Hoy son un equipo, sienten que se necesitan mutuamente, las telas se van convirtiendo en ropa mientras el mate y el sonar de una guitarra acompañan el trabajo de cada día.

Las otras voces

Estos relatos dicen de una pequeña parte de lo que acontece

día a día en el Programa y a la vez intentan ser eco de muchas voces. Las de quienes saliendo del Hospital enfrentan una vida con otros horizontes. Las del personal de salud que encontró en el trabajo de rehabilitación y externación un nuevo sentido para su labor cotidiana. Las de aquellos que como miembros

de la comunidad y por sufrir la desocupación, son copartícipes de los emprendimientos productivos. Las de tantos que hoy esperan su propia oportunidad de salir del encierro hospitalario para vivir sus derechos y obligaciones de ciudadano, como uno más entre todos, uno más entre nosotros.

Agradecemos la atenta lectura y los comentarios de Carlos Linero, Martín Linero y Sara Gonsebatt, y los testimonios de Maricel Harfield, Ana María Monzón, Rubén Soriente y los trabajadores de los microemprendimientos Textil y Fabricación de Dulces Caseros.

¿CÓMO SE GESTIONA EN SALUD MENTAL EN LA REGIÓN SANITARIA V EN ESTA CRISIS?

Mónica Dubini

*Coordinadora de Salud Mental, Región Sanitaria V
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires*

En el ámbito de la Región Sanitaria V se desarrollan Programas favorecedores de la Integración Social desde la Salud Mental. Entre ellos pueden destacarse:

El *Programa de Salud del Veterano de Guerra Bonaerense*, cuyos objetivos y modalidades son descriptos en el recuadro correspondiente.

Las *Jornadas Científicas Regionales*; se realizaron en el ámbito de la Región y en ellas se debatieron temas de interés sanitario vinculados a la Salud Mental. Las mismas constituyeron un ámbito de debate para profesionales de la salud, organizaciones de la comunidad, docentes, alumnos y personal judicial, entre otros. Entre los temas tratados, pueden mencionarse Historia de la Salud Mental en nuestro País; Los proyectos de Desmanicomialización PREA; La violencia que genera violencia; y Los límites del quehacer profesional. Además, se realizó un taller destinado al Programa de Salud del Veterano de Guerra, que contó con la asistencia de los

veteranos y sus familiares, profesionales del Programa y personas de la comunidad.

La *Residencia Regionalizada de Salud Mental* tiene por objetivo trabajar tendiendo a fortalecer todo aquello que privilegie el abordaje en equipo, dentro del marco de la descentralización. Se plantea la regionalización como una respuesta adecuada a las necesidades de la población de esa Región Sanitaria. Se promueve el trabajo con todos los actores participantes – residentes, jefes, becarios, instructores, docentes–, a fin de que se apropien de este proceso. Todas las acciones realizadas en el desarrollo del Programa regional han apuntado al perfil de residente que responda a la resolución de los problemas actuales de la Salud Mental de la Región en los 3 niveles de atención, con conocimiento de los dispositivos con los que se cuentan y las redes de derivación.

El *Servicio de Atención en Crisis (SAC)* es un programa que apunta a resolver la crisis evitando las internaciones de larga duración.

Para su instrumentación se adecuaron las instalaciones del Hospital Eva Perón y actualmente cuenta con disponibilidad de camas para internaciones breves de mujeres.

El *Programa Provincial de Rehabilitación y Externación de pacientes (PREA)*; sus fundamentos son descriptos detalladamente en el apartado correspondiente en este mismo Capítulo. En la Región, al momento no ha sido posible instalar un centro de día aunque se realizan reuniones con jefes de servicio a fin de sensibilizarlos con los objetivos del Programa. La propuesta consiste en evitar la internación o bien disponer de camas alternativas en los hospitales generales, con internaciones breves de 48 horas, tratando de remitir el cuadro y continuar con tratamiento ambulatorio.

Además, se establecen contactos con los directivos de los hospitales monovalentes, a fin de evaluar la posibilidad de externar pacientes, cuya medicación sería administrada por los hospitales donde realizaría el tratamiento ambulatorio. Los pacientes serían aten-

didos en la proximidad a sus domicilios, hecho que indudablemente favorecería la continuidad de los tratamientos.

Para dar cumplimiento a los objetivos propuestos se está trabajando con los coordinadores de Salud Mental de los Municipios y con algunos Servicios de Salud Mental.

Capacitar a trabajar en red; se promueven reuniones de acercamiento y trabajo con los coordinadores de Salud Mental de los municipios. Se está elaborando un mapa regional con los efectores de Salud Mental a fin de dotar a los

trabajadores del área de las herramientas que les permitan efectivizar las derivaciones y garantizar la calidad de la atención del paciente.

Docencia: para cuidar y motivar a los profesionales que trabajan en los hospitales y centros de salud de esta Región Sanitaria, se está desarrollando desde el mes de septiembre el curso “Diferentes abordajes en Salud Mental”, donde se plantean temas tales como Enfermedades Psicosomáticas, Adicciones, Terapia Familiar y un Seminario de Grupos de Psicodrama. Los docentes son profesionales de reconocida trayecto-

ria en su tema. El curso es gratuito y se desarrolla en el Círculo Médico de Vicente López; finaliza a fines de Junio de 2003.

Se genera así un espacio de intercambio entre los concurrentes que provienen de diferentes y distantes lugares de esta extensa Región, además de la actualización y adquisición de herramientas para tratar los conflictivos enfoques en Salud Mental, que difieren de lo tradicional adquirido en la formación de grado. Todo esto teniendo como objetivo mejorar la atención de la población que asiste a los hospitales y centros de salud.

LA SALUD MENTAL EN EL PRIMER NIVEL

Paula Cullen

*Región Sanitaria V, HIGA Eva Perón de General San Martín
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires*

Como residente de Psicología de la Región Sanitaria V de la Provincia de Buenos Aires, tuve la oportunidad de incluirme durante un año en el equipo de profesionales que se encuentran trabajando en un centro de salud del Partido de San Martín, junto a dos compañeros médicos, residentes de psiquiatría. La siguiente reflexión sobre el primer nivel de atención en Salud Mental surge de dicha experiencia.

¿Qué se hace en un primer nivel? ¿Cuál es la función de un psicólogo y de un psiquiatra en un centro de salud?

En 1978 la OMS definió a la *atención primaria de la salud* (APS) como una estrategia de asistencia sanitaria esencial que comprende tres requisitos: criterio multisectorial, participación comu-

nitaria y tecnología apropiada. ¿Cuál es la vigencia hoy de este concepto que parecería tener más fuerza en el espacio del discurso sanitario que sobre las prácticas? No debemos olvidar que el derecho a la salud se conquista con sujetos concretos.

Desde hace ya varios años, la salud es pensada en términos positivos y no sólo como ausencia de enfermedad. Por otro lado, el que se alcance un elevado nivel de salud –bienestar físico, mental y social (OMS, 1946) y capacidad de funcionamiento (Terris, 1980)– está muy relacionado con las condiciones sociales en las que vive inmerso el individuo y la comunidad. Así, la asistencia de la Salud Mental en la atención primaria se plantea como una parte de la atención a la salud general, teniendo en cuenta

la indivisibilidad de la salud y de sus aspectos biopsicosociales. Según se menciona en un escrito publicado por el entonces llamado “Ministerio Nacional de Salud y Acción Social” de nuestro país, la APS en el campo de la Salud Mental se inscribe en un primer nivel de atención responsable del tratamiento y seguimiento de patologías sencillas y de la promoción y protección de la salud, apoyándose en los niveles superiores donde refiere temporalmente a pacientes o a los que señala problemas ambientales.

Uno de los componentes más importantes de la APS es la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Pero, ¿qué es prevenir en Salud Mental? Teniendo en cuenta los tres niveles en los que clásicamente se divide a la prevención, podríamos pensar

que mediante la prevención primaria se intenta evitar una enfermedad o trastorno antes de que se produzca. Sin embargo, este tipo de prevención en Salud Mental es complejo dada la multiplicidad de agentes etiológicos biológicos y psicosociales que generan un trastorno psíquico. La prevención secundaria consistiría en la rápida identificación de la sintomatología psicológica–psiquiátrica para realizar una inmediata y eficaz intervención terapéutica con el objetivo de reducir la duración de la problemática y evitar la internación innecesaria del paciente. Finalmente, la prevención terciaria intentaría reducir la cronicidad mediante la prevención de complicaciones y la rehabilitación del paciente, con el fin de lograr una reinserción socio–laboral satisfactoria.

Intentamos prevenir, entonces, la aparición de la enfermedad mental, trastornos del desarrollo, trastornos de la personalidad, su recaída, la internación del paciente y su mayor deterioro. Lo hacemos desde un centro de salud, efector del primer nivel. ¿Cómo lo hacemos? Por un lado, a través de nuestra inclusión en proyectos y programas de promoción de la salud o de lucha contra enfermedades médicas, conformados por equipos multidisciplinarios. Aquí, el aporte de los profesionales de la Salud Mental cobra relevancia debido a los factores psíquicos que influyen en la aparición y evolución de las diferentes patologías, así como también al trabajo a realizarse con los familiares de los pacientes y otros actores comunitarios.

Por otro lado, aparecen la demanda espontánea y las deriva-

ciones desde otros efectores de salud. Lejos de las “patologías sencillas” que leíamos se deberían atender en un primer nivel, surgen en este escalón de la asistencia sanitaria complejas problemáticas que requieren la oferta de un espacio de contención, de una escucha diferente, de un tratamiento posible del sufrimiento psíquico.

Tanto los factores sociodemográficos (pobreza, marginalidad, desocupación, aislamiento) como la proximidad o accesibilidad de los servicios asistenciales influyen directamente en la demanda que se nos presenta. ¿Cómo responder a esta demanda? ¿Debemos brindar asistencia a estos pacientes? Un sistema de salud debe estar diseñado para satisfacer las necesidades de la población, pero ¿qué sucede en el momento en que éstas dejan de ser alojadas?

Es frecuente observar que este primer nivel de atención, primer contacto entre el sistema de salud y la población, en la práctica suele ser el único al que acceden los pacientes (con excepción de los casos de extrema urgencia). Y sabemos, además, de la dificultad de reconocer la necesidad de ayuda psicológica–psiquiátrica y de acudir a un Centro de Salud a buscarla. Si es función de un profesional de la Salud Mental en un primer nivel de atención la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, pensamos que brindar asistencia a los pacientes es nuestra responsabilidad y es una forma de evitar un deterioro mayor. Contamos, además, con recursos que no poseen otros niveles: el centro es más accesible para la población, tenemos la posibili-

dad de un contacto cotidiano con profesionales de diferentes disciplinas (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, promotores de salud), podemos trabajar con los familiares y redes sociales del paciente y con diferentes actores de la comunidad (educadores, sacerdotes, organizaciones no gubernamentales, etc.). Se lee en las políticas sanitarias de la Provincia: “Un gran porcentaje de las actividades de prevención primaria (promoción y protección de la salud), secundaria (diagnóstico y tratamiento) y terciaria (rehabilitación) se podrían resolver más eficazmente fuera de los grandes hospitales, más cerca de la población, con mejor impacto y resultado en términos de salud, y a un mucho menor costo”.

Poder reflexionar acerca de si la asistencia psicológica–psiquiátrica de un paciente en un centro de salud puede ser pensada como una forma de prevención, nos lleva a intervenir de otro modo en la promoción del auto–cuidado y la auto–responsabilidad individual y colectiva respecto a la propia salud. La teoría en general divide diferentes tipos de prevención y separa prevención de asistencia. La práctica nos conduce a pensar que la prevención incluye lo asistencial, que asistir es prevenir. ¿Y si prevenir fuera también asistir?

Recorte del trabajo: “Atención primaria de la salud: ¿la prevención incluye lo asistencial?”, presentado en las Jornadas Metropolitanas de Residentes, en coautoría con la Dra. Carina Spano y el Dr. Andrés Samsolo, año 2000.