

## Inclusión Social en Salud Mental: la concepción y el rol de los trabajadores de Salud Mental

Por Paula Raimondi, María Victoria Alcoba y Alejandro Todaro Kicyla

**Paula Raimondi.** Psiquiatra infanto-juvenil

**María Victoria Alcoba.** Psicóloga

**Alejandro Todaro Kicyla.** Médico

Trabajo final de integración, Posgrado en Determinantes Sociales de la Salud Mental  
Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Buenos Aires.

### Introducción

El presente estudio pretende identificar y analizar las concepciones sobre Inclusión Social que portan los trabajadores de la Salud Mental, cómo ello determina sus prácticas y cómo perciben los trabajadores su propio rol en las prácticas de inclusión.

Siendo el tema de estudio la concepción de Inclusión Social de personas con padecimiento mental desde la perspectiva de los trabajadores de la salud, y considerando que la investigación se llevará a cabo en tres instituciones seleccionadas, se dedicará parte del diseño a la descripción y análisis de los aspectos contextuales generales y a las características particulares de dichas instituciones.

Teniendo en cuenta que el principal dispositivo de atención de los padecimientos mentales en nuestro sistema es el hospital monovalente, con su lógica hegemónica centrada en el encierro, es decir una lógica de exclusión, nos surgen interrogantes respecto de las posibilidades de generar prácticas de Inclusión Social y cuál sería el rol del trabajador de salud mental en este proceso. Así nos preguntamos ¿Cómo entienden y qué es la Inclusión Social para los trabajadores de la Salud Mental? ¿Cómo afectan estas concepciones a sus prácticas?

Nuestras preguntas no son novedosas, ya en el informe mundial de salud de la OMS de 2001 se señala como paradójico que *“a la luz de los avances científicos y técnicos, de las reformas sociales, y de las nuevas legislaciones en el mundo, no hay motivo ético o científico que justifique la exclusión de la persona con padecimiento de salud mental de la sociedad”* (Cohen, H.). Quizás lo novedoso sea el contexto en que desarrollaremos la investigación, considerando que nos encontramos en plena instalación y debate de la Ley Nacional de Salud Mental 26657, sancionada en diciembre de 2010 y formando parte del Curso de Actualización sobre Determinantes de la Salud Mental en el Campo de las Ciencias Sociales.

Resaltamos este hecho porque como trabajadores de distintos ámbitos de la Salud Mental la discusión sobre la ley no ha pasado desapercibida, ni mucho menos el enfoque centrado en los Derechos Humanos que la misma plantea. Esta discusión no es ajena a ninguno de los actores del campo de la Salud Mental, configurando un escenario singular para el estudio del tema.

El estudio se propone en tres diferentes instituciones de salud ya que consideramos que son las instituciones de salud las que constituyen el escenario real de implementación de políticas.

Por tratarse de una investigación que pretende generar hipótesis de trabajo a través de la indagación de los trabajadores de Salud Mental en las instituciones señaladas se trata de un estudio *exploratorio* y a su vez *descriptivo*.

## **Objetivos**

### ***Objetivo general***

- Identificar y analizar las concepciones de Inclusión Social que portan los trabajadores de la Salud Mental y su relación con las prácticas que se sostienen en ellas.

### ***Objetivos específicos***

- Indagar sobre las concepciones de Inclusión Social de los trabajadores de la Salud Mental.
- Relevar y describir, según los criterios de los trabajadores de Salud Mental, las prácticas de Inclusión Social que se llevan a cabo en las instituciones seleccionadas.
- Analizar la compatibilidad entre las prácticas de Inclusión Social que se llevan a cabo en las instituciones seleccionadas y el marco conceptual que propone la Ley 26657
- Indagar las percepciones de los trabajadores de Salud Mental sobre el rol que desempeñan en torno a las posibilidades de inclusión social de las personas con padecimiento mental.
- Indagar y analizar la correlación entre las concepciones sobre Inclusión Social de los trabajadores de salud mental y las prácticas que realizan.

## **Metodología**

Nos proponemos realizar un estudio exploratorio, que en cuanto generador de hipótesis posibilita perfilar una línea de base y un pertinente análisis así como investigaciones futuras.

Se incluyen en esta propuesta los aspectos básicos que orientan el estudio y que se presentan a continuación, asumiendo un modelo de diseño interactivo (Maxwell, 1996) que considera la relación y afectación mutua de las diferentes instancias de la investigación cualitativa (o no estándar), sin seguir una lógica estrictamente secuencial.

El diseño que se utilizará guiará los procedimientos y análisis en las distintas fases de la investigación, permitiendo identificar las mejores fuentes de información, así como datos de calidad e integralidad disponibles respecto del objeto **-I-**. De esta forma la investigación se adscribirá a la tradición *cualitativa* y *cuantitativa* para el abordaje del objeto de estudio. Se estudiarán los sistemas de información y datos en salud disponibles con desagregación en Salud Mental identificada a nivel nacional, provincial y local, y a nivel institucional se estudiarán opiniones y concepciones de los trabajadores de la salud.

---

*-I- Atributos de los indicadores: integralidad, consistencia interna, validez, confiabilidad, especificidad, sensibilidad, mensurabilidad, relevancia y costo-efectividad.*

Las técnicas provenientes de esta tradición investigativa operacionalizadas en el campo y que permitirán identificar información secundaria y primaria en salud a nivel nacional, jurisdiccional e institucional, serán:

- Entrevistas no estructuradas
- Investigación Documental
- Observación no participante

Mediante estos métodos, se vehicularán los objetivos específicos y preguntas de investigación sobre el objeto de estudio, no obstante, las unidades de análisis u observación serán:

### ***Unidad de Análisis y fuentes de información***

Serán los relatos, discursos, respuestas y las prácticas de los trabajadores de salud mental de las instituciones seleccionadas.

Serán objeto de indagación:

- Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación.
- Dirección Nacional de Salud Mental.
- El informante clave será la fuente de información a nivel institucional.

También se indagará la información de base de los sistemas de vigilancia, se investigará en qué medida y modalidad se recoge información sobre variables sociales de forma desagregada sobre pacientes de los servicios de Salud Mental en los niveles nacional, provincial y jurisdiccional.

### ***Criterios de selección de las instituciones***

La selección de las instituciones donde se llevará a cabo la investigación se fundamentó en criterios de accesibilidad y conocimiento de las mismas por el equipo de investigación. Entendemos estas características como una fortaleza ya que el universo de profesionales es muy amplio. Creemos también que el haber seleccionado instituciones ubicadas en distintas jurisdicciones probablemente aporte cierta riqueza y diversidad.

### ***Acceso al Campo***

Mediante información proveniente de la experiencia profesional, referencias entre actores, informes de situación, referencias personales, y principalmente por un criterio de accesibilidad y conocimiento de las instituciones por parte del equipo de investigación.

### **Contextualización de la experiencia**

El campo de prácticas en Salud Mental en nuestro país ha sido tradicionalmente reglado desde una visión asistencialista, individual, tardía, paliativa y de encierro, consecuente con la lógica imperante en el sistema de salud. Esta afirmación no pretende ocultar experiencias claramente diferenciadas y exitosas, sino que se refiere a la hegemonía del sistema.

En la complejidad de este contexto se ha sancionado una nueva ley de Salud Mental, que puede ser entendida como herramienta estratégica de definición de políticas, de prácticas y que pone en actividad una disputa de poder.

Lo propuesto como el enfoque hegemónico en Salud Mental queda brevemente demostrado si consideramos que en el subsector público del sistema de salud, las camas en hospitales monovalentes representan el 89,0%, mientras que las camas en hospitales polivalentes constituyen el 7,1% y las camas comunitarias el 3,9%. Estudios recientes indican que la calidad de vida de los individuos con trastornos mentales graves internados en residencias psiquiátricas es peor que la de los que viven en la comunidad. (Sistema de Vigilancia epidemiológica en Salud Mental y Adicciones Mayo 2010)

Si bien en nuestro país no contamos todavía con datos específicos, está probado que, incluso después de que el paciente se haya recuperado del trastorno mental, la calidad de vida sigue siendo mala debido a factores sociales como la persistencia del estigma y la discriminación

Un estudio reciente demostró claramente que las necesidades básicas insatisfechas, tanto sociales como de funcionamiento, eran los factores predictivos más importantes de mala calidad de vida en los pacientes con trastornos mentales graves (UK700 Group 1999).

En este sentido la Ley Nacional de Salud Mental en su artículo 11 promueve la Inclusión Social, constituyendo así una innovación respecto a la legislación nacional previa (Ley 22914), acorde a los tratados internacionales sobre la materia y en consonancia con el enfoque de derechos, hecho que podría representar un cambio profundo en el sistema, sus dispositivos de atención y las prácticas.

Otro factor a tener en cuenta en el contexto en el que se desarrollará el presente estudio es la brecha de atención de los trastornos mentales, entendida como la diferencia entre la prevalencia de un trastorno mental y la cantidad de personas que acceden a un tratamiento. Según estima la Dirección Nacional de Salud Mental para los diagnósticos con mayor prevalencia, como ser depresión mayor y abuso o dependencia de alcohol, la brecha es de 50 y 60% respectivamente.

En este contexto las instituciones seleccionadas comparten ciertos criterios: Ninguna es una institución monovalente dedicada a la Salud Mental, se trata de tres Hospitales Generales (uno de los cuales es un hospital pediátrico). Dos de ellos cuentan con Sala de Internación de Salud Mental y otros dispositivos de atención, como ser hospital de día, consultorios externos y guardias de urgencia. Además cuentan con Residencias consolidadas y de trabajo multidisciplinar. Dos de las instituciones se encuentran en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la tercera se ubica en el primer cordón del Conurbano Bonaerense.

Teniendo en cuenta la problemática trabajada desarrollamos una entrevista abierta (ver anexo) con el fin de poder dar cuenta de las concepciones subyacentes a los discursos y las prácticas sostenidas por los trabajadores de salud mental.

Realizamos siete entrevistas a personal de planta permanente y jefes de residentes, tanto psiquiatras como psicólogos que en todos los casos detentan funciones de conducción jerárquica en sus respectivos lugares de trabajo.

## **Desarrollo**

### ***El sistema de salud***

El Sistema de Servicios de Salud en Argentina funciona mediante un conjunto de políticas públicas, en tanto representa el esfuerzo organizado de la sociedad a través del Estado, con la intención de asegurar el acceso a los servicios de salud de toda la población, independientemente de su capacidad individual de pago, dado que constituye un derecho propio de la condición de todo habitante del territorio nacional (Vilosio 2008). El Estado es el principal organizador y ad-

ministrador de los servicios de salud. Interviene más o menos directamente, a través de distintos niveles jurisdiccionales, en las funciones de aseguramiento, prestación y compra de servicios. De esta forma intenta desarrollar y sostener un sistema de salud de calidad, fundamentado en la universalidad de las coberturas, la accesibilidad igualitaria y la solidaridad en el financiamiento.

Esta concepción del sistema de salud -más allá de las cambiantes dependencias gubernamentales que aplican las diversas gestiones políticas- contiene el concepto de Inclusión Social como eje de las políticas y las prácticas que se llevan a cabo.

Si bien desde la enunciación generalmente se manejan conceptos de *salud* y de *sistema de salud amplios*, que trascienden la dinámica de la asistencia al enfermo, ninguno de los entrevistados hizo referencia expresa al sistema de salud. Tampoco se relacionó al mismo con la Inclusión Social, o sólo indirectamente, como luego veremos, en referencia a los dispositivos de Salud Mental. Ninguno se refirió al sistema de salud como garante o ejecutor de estrategias de Inclusión Social.

### ***Lo normal, lo anormal, la salud, la enfermedad y la rehabilitación***

La primera cuestión que pretendemos resaltar es la definición-demarcación de lo normal y lo anormal entendida como una disputa de poder. Esta relación (poder/normalidad-anormalidad) deja de ser abstracta al transcribirse como poder/salud-enfermedad. Aquí lo no tan obvio, la definición de lo sano y lo enfermo depende de una puja de poderes. Se trata de una relación que nos toca a diario y con la que trabajamos cotidianamente, por eso creemos que vale la pena esta breve reflexión.

Lo siguiente a destacar en cuanto al concepto de “poder” es que éste atraviesa la totalidad de las relaciones sociales, y que no se posee como si fuese una cosa, sino que se ejerce; todos lo ejercemos en cualquier relación que establezcamos, ya sea con nuestros hijos, alumnos, pacientes, etc. Por consiguiente, también tiñe nuestra práctica diaria. Dice un entrevistado:

*...”Otro punto [en referencia a la ley] está relacionado con el consentimiento informado. Desde el punto de vista semiológico respecto al juicio... ¿qué validez puede tener el consentimiento para la internación con un paciente con el juicio desviado, si quiere internarse y a las 48 horas decir que no?”...*

Claramente aquí se juega un poder, el del entrevistado y el de este paciente hipotético; lo que se refleja en los dichos es que el problema es que pueda “decir que no”, pero también que pueda decir que sí, que acepte internarse, despojando un poder que era indiscutido del personal de salud y de los médicos particular.

### ***Lo Normal***

En el siglo XIX se establece el concepto de “normal”. Como estrategia, la “normalización” pretendió homogeneizar al total de la población a los efectos de tornarla previsible (Murillo 1997). El concepto de “**norma**” regirá la mirada de educadores, científicos, criminólogos, médicos y abogados. Generando y/o transformando instituciones (escuelas, laboratorios, fábricas, cárceles, hospitales, manicomios) para “normalizar” a los individuos, y definiendo también a quienes incluían en una u otra de las categorías de lo “normal”.

Tanto el derecho (y luego los sistemas jurídicos), como los médicos (y luego los sistemas de salud), se constituyeron en una herramienta central en la instauración de la “normalización”, encargándose de definirla y controlar las “anormalidades”. Los médicos han sido uno de los actores principales, siendo quienes introducían este control a nivel de lo individual, de lo privado,

allí donde los jueces, la policía y otras instituciones (aún la iglesia) no podían llegar. Es así que lo normal y lo anormal se empieza a confundir con lo saludable y lo enfermo.

Surge entonces la confusa antinomia “lo normal y lo patológico”. Esta frase es la encrucijada que mezcla los criterios morales de lo “anormal” con los criterios múltiples de lo que no está sano, actuando como una sutil sinonimia, que permite patologizar convirtiendo en enfermedad, a todo aquello que es “valuado” como anormal. Luego, más entrado el siglo XIX y principios del XX se desarrollan las estrategias y dispositivos para la rehabilitación del citado anormal.

*... “El hospital de día es el dispositivo tal vez más relacionado en Salud Mental con el tema de la rehabilitación, la resocialización”...*

*... “Pone énfasis en los Derechos Humanos de los pacientes [en referencia a la ley], de los profesionales e incentiva de una manera decidida la Rehabilitación.”...*

Estas frases, que pertenecen a distintos entrevistados, muestran la vigencia del paradigma de la “rehabilitación” del anormal, de la resocialización de aquel que no encaja en “la norma social”. Hasta parecería que este concepto profundamente arraigado de la normalización tendría un valor pareado al de los Derechos Humanos.

### ***La salud y la enfermedad***

Conforme al avance del conocimiento, se fue creando una supuesta “normalidad biológica” con ciertos intervalos de variabilidad; constituyéndose aquello que queda por fuera de estos intervalos como lo “patológico” o sea lo “anormal”. El trueque enfermedad-anormalidad se naturaliza, ligándose una anormalidad biológica a una anormalidad social.

Por lo antedicho, la coincidencia “anormal y patología” es arbitraria y fundada en valoraciones morales, basadas en juicios y prejuicios. “La enfermedad” es entonces un artificio producto de los conflictos de poder de cada lugar, tiempo y sociedad. (Berlinguer 1994)

Contrariamente a lo esperable según la lógica positivista, el par “anormalidad-enfermedad” que impera desde hace varios siglos, justifica con la patente de cientificidad la exclusión y la condena social.

*... “Un paciente en etapa de rehabilitación padeciendo una enfermedad -porque las enfermedades mentales son en su mayoría crónicas- por lo que se pueden utilizar los recursos, como por ejemplo, los talleres protegidos, en la etapa de rehabilitación. El paciente comienza a sentir que es útil en algo.”...*

Esta operación intenta identificar como “enfermos crónicos” a quienes padecen las consecuencias de un sistema que no les da un lugar para incluirse y solo les queda sentir que son útiles con la rehabilitación, simplificando el problema con la categoría de enfermedad.

*... “Claro, hay que pensar las implicancias de la rehabilitación social, no sólo desde el punto de vista productivo, sino fundamentalmente desde el punto de vista subjetivo y contemplando la integración de cada subjetividad”...*

Es la rehabilitación social la que debe integrar (rehabilitar) “cada subjetividad” a la sociedad. La mayoría de los entrevistados no considera que es la sociedad quien debería “rehabilitarse” para integrar las subjetividades de las personas con padecimientos mentales. Consideramos que esto debe ser pensado en relación directa a la lógica neoliberal, según la cual cada hombre es “empresario de sí mismo” (Murillo 2008)

*... "Es difícil la inclusión de un paciente que tiene alguna alteración psiquiátrica, que se incorpore nuevamente a la sociedad, se incluya en la sociedad." ...*

Así la "alteración psiquiátrica", la condición de "enfermo" y su exposición social vuelve a resultar de una "negociación" determinada por relaciones de poder, donde nuevamente es el paciente el que debe incorporarse a la sociedad y no ésta quien debe incluirlo.

Son múltiples los ejemplos históricos donde el ejercicio del poder instituye valores sociales que determinan lo "normal".

Lo "anormal" se equipara con lo enfermo y al ser conceptualizado como enfermedad se subvierte el concepto de salud. Así es que, a partir de la enfermedad (anormalidad) se llega a la salud (normalidad) atravesando el camino de la rehabilitación. Justamente parecería que las concepciones sobre Inclusión Social están fuertemente ligadas al concepto de rehabilitación.

### **Dispositivos**

Otra idea que se desprende de los dichos de la mayoría de los entrevistados es la suposición de que lo necesario para que los principios de la Ley se cumplan son los dispositivos (principalmente en relación al principio de la Inclusión Social).

Partimos de la idea de que la Ley plantea un cambio de paradigma en el campo de la Salud Mental. Los entrevistados parecen sostener que cuando existan los dispositivos, el cambio estará hecho. Así, por ejemplo, en una entrevista, frente a la pregunta de qué prácticas favorecerían la Inclusión Social, se respondió que:

*... "Todo, por ejemplo, terapia ocupacional, los talleres protegidos, hospital de día, como dije antes, las casas de medio camino" ...*

Cabe observar que la respuesta no incluye ninguna práctica, sino sólo dispositivos. Así, no parecería necesario modificar ninguna de las prácticas que se llevan adelante en la actualidad, sólo habría que esperar o exigir a alguna autoridad que los dispositivos existan. No aparece la idea de que desde cualquier dispositivo es posible promover la Inclusión Social. Siguiendo nuestra línea de pensamiento, suponemos que podría suceder que, aun teniendo todos los nuevos dispositivos, las lógicas de funcionamiento continúen siendo las mismas.

*... "[en referencia a la ley] se empezó a pensar que no haya internaciones largas sin tener la parte media, entre que la persona vuelva al hogar y la internación... Todo ese bache, no hay ningún dispositivo armado y que funcione [¿qué dispositivos cree que son necesarios?] Casa de medio camino, hospitales de día, ponele que no se llamen hospitales de día, pero cosas intermedias entre la externación y que la persona pueda desarrollarse lo más autónomamente posible," ...*

La Inclusión social parece ser entendida sólo en relación a los cuadros graves y los dispositivos supuestamente abocados a estos cuadros.

Se insiste en la externación -o sea la internación- como posibilidad principal de tratamiento, cosa que luego exigiría la posterior inclusión social. Esto devela que la internación excluye al individuo de la sociedad, por lo que luego se necesita el dispositivo que "tape el bache".

*... "Inclusión Social como concepto de Salud Mental son todas los dispositivos o herramientas que uno pone en juego para que la persona, para que pueda volver al funcionamiento que tenía previo a una enfermedad, o tratar de que incorpore y se integre a un*

*funcionamiento lo más adaptativo y sano posible.”...*

Aquí además de reforzar la idea del “dispositivo” como equivalente de la Inclusión Social, vuelve a resaltarse que los dispositivos en los que se piensa son los mismos existentes, en los ámbitos existentes, que son en su mayoría instituciones asistenciales. Nuevamente la Inclusión Social “son” los dispositivos, su sola existencia implicaría una supuesta inclusión, más allá de las cualidades de los mismos y de las prácticas que se realicen en ellos.

Por otra parte, observamos en algunas entrevistas cierta contradicción entre lo que se plantea como generalidad y lo que se propone a la hora de intervenir en un caso concreto. En una de las entrevistas se opinó que la nueva Ley

*... “Pone énfasis en los Derechos Humanos de los pacientes, de los profesionales e incentiva de una manera decidida la Rehabilitación. Y, algo que debería ser obvio, que es que iguala a los pacientes de Salud Mental con los otros pacientes del campo de la Salud, ya sea tanto en el plano de la atención como de los recursos, como de la implementación de los dispositivos.”...*

Parecería en este caso que lo principal sería el enfoque de derechos. Sitúa a los dispositivos en segundo plano, como algo que se desprende del cambio de enfoque. Sin embargo, al ser interrogado acerca de prácticas posibles con algunos pacientes en particular, la respuesta apunta rápidamente a los dispositivos que no hay, en lugar de ofrecer la posibilidad de pensar en el cambio de enfoque en cualquier dispositivo.

*... “En ese caso en particular lo que falta es un dispositivo que pueda realmente contenerlo (...) Un dispositivo... Que no es el hospital de agudos, que no es la internación en el hospital de agudos. Y que tiene que ver con dispositivos tipo granjas integrales, que le den un lugar de pertenencia social, que le den una verdadera inclusión, un marco y una contención terapéutica, afectiva... Y ese paciente va a dejar de dormir en la calle o de escaparse de todos los lugares”...*

Si sólo nos circunscribimos al campo de las prácticas de Salud Mental, cabe preguntarse por qué no podríamos darle un lugar de pertenencia, una inclusión, un marco y una contención desde cualquier dispositivo y en cualquier nivel de atención. De hecho, según lo propuesto, la “pertenencia social” sería en el dispositivo y no en la sociedad.

En contraposición, en otra entrevista en la que se estaba hablando acerca de la Ley nacional:

*... “había ciertos puntos sobre todo, algunos bastantes declarativos que no hacían al dispositivo en sí específico de trabajo, sino que eran declaraciones de derechos, de principios, de inclusión o no de tratados internacionales como parte de la normativa...”*

*Ahí tengo que saltar mas a la visión de desde lo social, están implicadas desde una dirección de lo social, si se articula realmente la ley, se arman y se ponen los recursos necesarios, se arman los dispositivos, como hospital de día, eso va a llevar a los objetivos de Salud Mental, que todos en realidad tienen que ver con la rehabilitación”...*

Se desprende de aquí, que los dispositivos están pensados desde la lógica paternalista, en la que al paciente se le debe dar lo que los terapeutas creen conveniente para su curación, lo principal siguen siendo, entonces, los dispositivos de rehabilitación, sustentados teóricamente en los tratados sobre derechos e instrumentos internacionales.

Sólo en una entrevista de las realizadas se respondió en una línea diferente.



... “para mí las prácticas de Inclusión tienen que ver con las prácticas en donde la gente, los usuarios puedan circular por las instituciones, sentirse parte de ellas, conformar su identidad en diferentes lugares y que puedan tener acceso. Inclusión es tener acceso a diferentes cosas”...

Esta es la única entrevista en donde se vuelcan conceptos relacionados con prácticas comunitarias y red de trabajo, no pensando en los dispositivos como única solución sino en estrategias de Atención Primaria que trascienden este concepto.

... “en realidad se puede llevar a cabo en cualquier lado [en referencia a la Inclusión Social], hablo de circular... En una sola institución no lo podría hacer. Para hacer una práctica comunitaria, se tiene que trabajar en red y uno circular por la red, así como los usuarios. Podría ser pero en red”...

Y en relación a las prácticas de Inclusión Social sólo una entrevistada destacó que:

... “Me parece que lo primero es que la pensemos nosotros como profesionales... Que la tengamos en cuenta al momento que estamos frente a un paciente y empezar a cambiar la forma que tenemos de trabajar... Hay que hacer también muchas, mucho trabajo con la comunidad para que haya menos prejuicios que no haya tanto miedo”...

Siendo el único caso en que se hizo referencia a la posibilidad de modificar las propias prácticas.

### **Interdisciplina**

La Interdisciplina según el Lic. Alfredo Carballada en su artículo “la Interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud mental” es pensada como la confrontación de diálogo entre distintos saberes o disciplinas.

En la mayoría de las entrevistas realizadas la interdisciplina es entendida como una fase superadora. Paradójicamente la interdisciplina parece convertirse en un instrumento, por el sólo hecho de insinuarse produciría un efecto, como un fármaco.

... “Otra de las cosas es en relación a las internaciones, está bien que hay una historia respecto a este tema de prolongación de las mismas y sobre medicación, pero ahora con la interdisciplina y los nuevos fármacos, hace a las internaciones mas breves”...

La Interdisciplina entonces, “obliga a reconocer la incompletitud de las herramientas de cada disciplina”.

”con las problemáticas narcisísticas de los profesionales que es un obstáculo muy importante para el trabajo interdisciplinario.”...

Pareciera que la interdisciplina puede ser entendida, entonces, como una entelequia en donde en lugar de trabajar en equipo, se pasa la responsabilidad de una disciplina a otra, en la que se cree con más posibilidades para que resuelva la problemática en juego.

“En la interdisciplina estaban todos de acuerdo, pero en lo interdisciplinario cambiaba lo que entendía cada uno y qué implica la interdisciplina. Para algunos la interdisciplina podía incluir y convivir con las jerarquías; para otros justamente no...”

Es absolutamente importante poder pensar las problemáticas de poder que se ponen en juego

en un equipo de trabajo. Además creemos que para poder trabajar en equipo es favorecedor, el poder pensar las prácticas, y poder enmarcar dentro de éstas conceptos como salud- enfermedad, derechos del paciente, etc.

Por último entendemos entonces a la interdisciplina como un lugar en donde debe existir el diálogo por encima de la imposición (Carballeda). Siguiendo el concepto de Alicia Stolkiner *“la interdisciplina nace [...] de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos”*.

### ***Individuo- sociedad***

Estos conceptos parecerían usarse para justificar y a la vez imposibilitar las prácticas de inclusión social, que finalmente no se definen en ningún valor o práctica concreta ni específica. Paradójicamente el ser un individuo invalidaría la posibilidad de inclusión a la vez que se propone que la inclusión ideal sería toda aquella que pueda ser lo más adecuada a cada sujeto- individuo.

*... “tiene que ver fundamentalmente con los deseos que despliegan la posición subjetiva de cada uno. La sociedad no puede resguardar eso, uno por uno, porque esto tiene que ver con el trabajo de cada uno”...*

La sociedad sería conceptualizada en este modo de pensar como una sumatoria de individuos, un simple conjunto de seres. De ella se disecan los individuos como objeto de estudio, y se les brindan las condiciones individuales que estos demanden; se lograría así la inclusión social ideal.

*... “Que cada quien pueda a su forma, a su modo, a sus capacidades (que tienen que ser diferenciadas y reconocidas) integrarse en el modo en que pueda y quiera hacerlo”...*

Sin pretender profundizar en el tema, las conceptualizaciones se acercan a los planteos de raigambre neoliberal donde el individuo se desarrolla a partir de sí mismo y no de la sociedad o de un desarrollo colectivo.

Esto contrasta con la idea de Alfredo Carballeda sobre la necesidad de que la Política Social deba como primera medida re-inscribir, es decir conferir a ese sujeto padeciente la posibilidad de recuperar su condición socio histórica. Aquí queda claro que la responsabilidad de la reinscripción está en las políticas, o sea en las sociedades y no en los sujetos o los dispositivos.

*... “un poco la hipótesis de la tesis del hospital de día era que el movimiento de singularización que parece contrario al movimiento de socialización, como que se opone individuo a sociedad, como que la singularidad donde el paciente empieza a poder re articular las cuestiones más subjetivas, más representativas de él como un ser único singular, son también las que permiten que puedan ir haciendo algún tipo de lazo.”...*

La Política Social como una herramienta de aplicación de estrategias de reinserción – reinscripción se presenta como un dispositivo estratégico de integración de una sociedad fragmentada y escindida (Carballeda). Este sentido sería el opuesto al par individuo-sociedad que varios de los entrevistados resaltan.

*... “Inclusión Social es un concepto muy, muy complejo. Que no se satisface haciendo grupos, que no se satisface otorgando dádivas. Mucho menos con la implementación de planes que no contemplan la particularidad de cada uno.”...*

Es notorio que ningún entrevistado se haya referido a la gestión política o de políticas sociales como vías posibles de implementación de la Inclusión Social, dado que el concepto ideal de Inclusión Social parece ser aquella que es a medida del individuo. Esto invalidaría o volvería despreciables las estrategias masivas de Inclusión Social que podrían aportar las políticas sociales o de salud.

Esta conceptualización dicotómica del par individuo-sociedad encerraría un fin social mítico, donde cada uno pueda estar entre otros para desplegar su subjetividad, pero no parece contener una idea de lazo o vínculo. La idea parece referirse a que se tolere la singularidad de los otros, siempre y cuando esa singularidad permita la convivencia.

## Conclusiones

En principio el concepto de Inclusión Social es vinculado por los entrevistados, en la mayoría de los casos, con el de Rehabilitación. Pareciera ser que ser trabajador de salud mental es solo “curar” al paciente para que una vez “mejorado” pueda funcionar como un engranaje más en la sociedad. No se piensa en la posibilidad de que la sociedad pueda generar otros tipos de vínculos para que, en vez de repetir la lógica de la exclusión pueda ésta transformarse en una lógica de inclusión.

En lo relacionado a los dispositivos, observamos que son pensados como espacios imprescindibles para que la Inclusión Social sea posible. Muchos de los entrevistados responden con los dispositivos que funcionan en su lugar de trabajo, no intentan una respuesta de dispositivo diferente a los ya existentes. Los ubican así sólo dentro de la lógica asistencial y hospitalaria, como una prestación más dentro del objetivo de rehabilitar al paciente.

Como en la teoría de las cajas chinas, en donde sistemas separados y organizados jerárquicamente, de forma tal que un sistema abarca varios subsistemas compuestos (Mervyn Susser), pareciera que la interdisciplina sólo podría existir dentro de los dispositivos, que funcionan dentro de los hospitales. La solución que plantean, excluye en la casi totalidad de las veces la idea o el concepto de comunidad. El individuo debe ser rehabilitado de su discapacidad/locura, en los dispositivos que desde los hospitales se le ofrecen. Se le exige entonces al individuo adaptarse a un “dispositivo” totalmente ficticio y por fuera de la sociedad, y una vez adaptado a esa ficción, se lo supone “rehabilitado/incluido”.

La mayoría de los entrevistados no responden según el enfoque de derechos, lo que deja ver la necesidad de profundizar y trabajar esta temática en el seno de las instituciones, tanto en aquellas en donde se desarrollan las prácticas, como en aquellas destinadas a la formación de los profesionales.

En lo que respecta a las representaciones del propio rol de los trabajadores de la Salud Mental, en la mayoría de las entrevistas no se destaca ningún interrogante sobre sus prácticas y la posibilidad de modificarlas, a fin de promover la inclusión de los usuarios.

Existe una clara correlación entre la concepción de Inclusión Social que portan y las prácticas que llevan adelante. Siendo la individualidad la óptica desde donde conceptualizan la Inclusión Social, el foco de la intervención está puesto en el individuo.

De las entrevistas realizadas observamos que muchas veces los pares individuo/sociedad, inclusión/rehabilitación, etc. son utilizados como oximorones, no sólo entre los distintos entrevistados, sino que la misma palabra se significa de diferentes maneras en una misma entrevista

cuando se pregunta desde la teoría y desde la clínica.

Creemos por lo tanto necesario problematizar sobre estas dicotomías, para dialectizar los términos en el sentido de volverlos complementarios y no opuestos. Consideramos entonces que resulta necesario poder gestionar espacios en dónde debatir sobre las concepciones planteadas por los profesionales de la Salud Mental que permitan generar constructos para trabajar en una misma dirección a fin de lograr la inclusión social de todos y todas.

## **Bibliografía**

- Camas disponibles destinadas a la Atención en Salud Mental y Egresos Hospitalarios del Sector Público en Argentina. Mayo 2010. Sistema de Vigilancia epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.
- Berlinguer, G. La enfermedad. Buenos Aires: Lugar editorial 2007.
- Carballeda, A. Políticas de reinserción y la integración de la sociedad. Una mirada desde las políticas sociales.
- Carballeda, A. La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud. Disponible en <http://www.sada.gba.gov.ar/produccion/adiccionespdf/carballeda2.pdf>
- Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OPS, disponible en [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf)
- Maxwell, J. Qualitative Research Design. An Interactive Approach, Londres: Sage.1996
- Murillo, S. Capítulo IV. El consenso por apatía. El núcleo del terror. En publicación: Colonizar el dolor. La interpelación ideológica del Banco Mundial en América Latina. El caso argentino desde Blumberg a Cromañón / Susana Murillo. Buenos Aires : CLACSO, Abril 2008. -- ISBN 978-987-1183-90-6
- Murillo, S. Control social y salud mental. Condiciones histórico- científicas para la constitución de los conceptos de ‘normal’ y ‘anormal’, presentado en Jornadas Nacionales sobre Salud Mental. Rosario, agosto 1996. Publicado en rosario, marzo de 1997, la grieta revista rosarina de salud mental. isbn 987-96098-8. pags. 40 a 86 universidad nacional de rosario jornadas nacionales de salud mental.
- Stolkiner, A. Interdisciplina y salud mental ix jornadas nacionales de salud mental,i jornadas provinciales de psicología salud mental y mundialización: Estrategias posibles en la argentina de hoy 7 y 8 de octubre 2005 • Posadas • Misiones • Argentina
- Vilosio J. Las promesas incumplidas de la Salud en Argentina (primera parte). Evid. actual. práct. ambul; 11(4):98-100, Jul-Ago.2008.