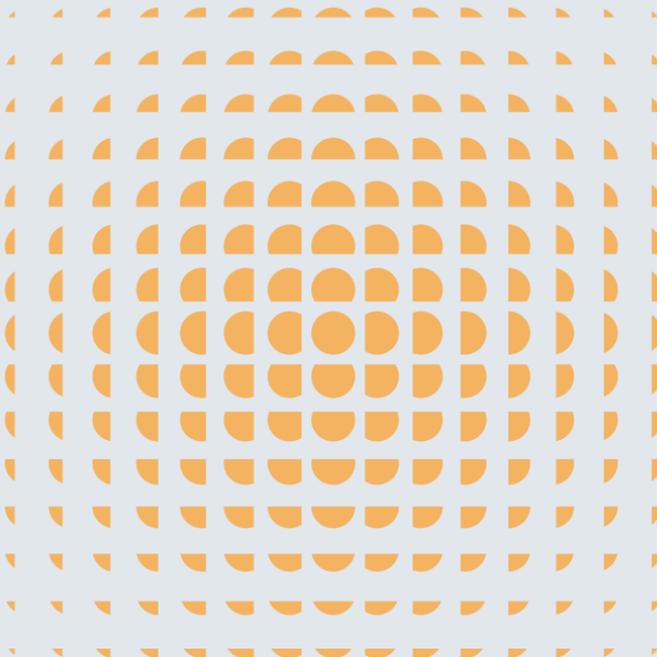


¿Interdisciplina en la intervención clínica?

Obstáculos y desafíos. Estrategias y dispositivos



3.ª JORNADAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES





**Ministerio de
Salud**
Presidencia de la Nación

Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales



**Hospital Nacional en Red
Lic. Laura Bonaparte**
Especializado en salud mental y adicciones,
EX. GENARESO

¿Interdisciplina en la intervención clínica?

Obstáculos y desafíos. Estrategias y dispositivos



3.ª JORNADAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

DIRECTORA DE EDICIONES LICENCIADA LAURA BONAPARTE:

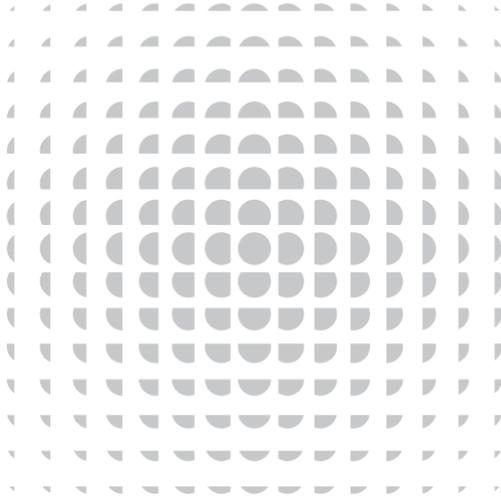
Edith Benedetti

¿Interdisciplina en la intervención clínica?

Obstáculos y desafíos. Estrategias y dispositivos



3.º JORNADAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES



3.^{as} Jornadas de salud mental y adicciones. ¿Interdisciplina en la intervención clínica? Obstáculos y desafíos. Estrategias y dispositivos. AA. VV.; edición a cargo de Mariana Cantarelli y Mariana Camilo de Oliveira; con prólogo de Edith Benedetti. - 1ra. ed. - Buenos Aires, Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, 2015.
Tomo II, 394 p., 21x13,5 cm.
ISBN 978-987-45365-8-7
1. Salud Mental. 2. Adicciones. I. Camilo de Oliveira, Mariana, ed. II. Cantarelli, Mariana, ed. III. Título.
CDD 362.2

Ediciones Licenciada Laura Bonaparte:

Directora de la editorial: Edith Benedetti
Coordinadoras académicas de la editorial:
Mariana Cantarelli y Mariana Camilo de Oliveira
Asistente en la coordinación editorial: Natascha Ikonicoff

Combate de los Pozos 2133
C1245AAS, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
www.cenareso.gov.ar
formacion@cenareso.gob.ar

3.^{as} *Jornadas de salud mental y adicciones.*
¿Interdisciplina en la intervención clínica?
Obstáculos y desafíos. Estrategias y dispositivos
Tomo II
Serie Jornadas y congresos

Editoras responsables del volumen:
Mariana Cantarelli y Mariana Camilo de Oliveira
Coordinadora de la edición: Ana Kuschnir
Diseñador: Leonardo Ferraro
Diagramadora: Silvana Ferraro
Correctores: Alan Orlando Blinkhorn y Roberta Zucchello

© 2015 Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
1ra. edición del presente volumen.
Hecho el depósito que establece la Ley 11.723.

Libro de edición argentina.
No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

Autoridades

MINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN

Dr. Daniel Gollan

SECRETARIO DE POLÍTICAS, REGULACIÓN E INSTITUTOS

Dr. Mario Rovere

SUBSECRETARIO DE GESTIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES

Dr. Carlos Devani

**Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte
especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo)**

INTERVENTORA GENERAL

Lic. Edith Benedetti

INTERVENTOR DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO,
FINANCIERO Y SERVICIOS GENERALES

Cdor. Pablo Cuadros

Índice

Tomo II

- 17 **OBSTÁCULOS Y DESAFÍOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN SALUD MENTAL**
- I. Una mirada interdisciplinaria sobre el consumo problemático**
- 21 Toxicomanías: un síntoma de las instituciones públicas, por Alejandro Mogliatti y Andrés Rodríguez Evans
- 28 Conceptualización de los pacientes acerca del consumo problemático de sustancias y su tratamiento interdisciplinario, por Victoria Pradelli, Álvaro L. Rafaldi, María Clara Santander y María Guadalupe Varela
- 39 Entre la generalidad y la particularidad de nuestro campo: una pregunta sobre el «y» de las adicciones, por Lucio Gonzalo Alcaino y José Federico Gómez Colussi
- 49 Coordenação de uma equipe interdisciplinar na atenção aos sujeitos usuários de drogas: desafios cotidianos, por Cristiane Barros Marcos

- 58 Experiencia inter- y transdisciplinaria en el abordaje de las personas que ingresan a tratamiento de rehabilitación motriz o visceral que puedan presentar consumo problemático de sustancias psicoactivas. Clínica de Salud Mental y Comité de Ética Asistencial I.Na.Re.P.S., por Marcela Susana Boronat, Germán Andrés Brigatti, Romina Casado, Emma García Cein, Silvye Chedeville, Gabriela Chialva, Silvia N. Fernández, Santiago Guidi, Mirna Luisa Gutiérrez, Carola Ianantuony, Hernán Kolly, Matías Omar Leta, Isabel López, Nicolás Alejandro Marini, Victoria Martinucci, Virginia Esther Palomino, María José Plumeri, Laura Marcela Valente, María Bruna Marcela Vera y Alejandra Beatriz Vicente
- 68 La tarea del Ministerio de Trabajo de la Nación en el abordaje interdisciplinario de los consumos problemáticos de drogas, por Fernando Camacho, Nicolás Cardone, Lucía García Blanco, María Lilia Giugiolini, Natalia Suárez y Sandra Wolanski
- 80 Tuberculosis y consumo problemático de pasta base de cocaína. Mitos y muros, por Graciela M. Cagnolini de Casado
- 86 Alimentando la interdisciplina. Aportes de la nutrición al tratamiento de pacientes con consumos problemáticos, por Romina Andrea Hahn, Delia Vanesa Moyano, Jéssica Andrea Resnisky y Mariano Gustavo Rey

II. Nuevas estrategias para la intervención clínica en salud mental

- 99 Estrategias y desafíos de los espacios lúdico-artísticos en el primer nivel de atención, por Ludmila Bertolesi y Matías Garboso
- 109 El abordaje de los soportes comunicacionales como una posible alternativa ante el «desanudamiento» del lazo

- social, por Federico Bondarovsky, Laura Daniela Cittadini Carrera y Florencia Piccinini
- 118 El empoderamiento a través de la palabra, por Cecilia Escobar y Liliana Laffrentz
- 127 Musicoterapia clínica: una terapia activa. Del hacer y la intervención del musicoterapeuta en un equipo interdisciplinario, por Daniel Alberto Garay, Clara Leonor Sirulnik y Mónica Gladys Valle
- 138 Campamento, una salida al encuentro. Nuevas intervenciones ante nuevos desafíos, por Daniel Carlos Antagli, Nicolás Emanuel Gil, Mario Ernesto Iribarren y Alicia Noemí Maya

III. Una mirada interdisciplinaria sobre los dispositivos clínicos en salud mental

- 149 La coordinación en la interdisciplina, por Fernando Calvo, Beatriz Caristina y Gloria Cimino
- 163 El equipo interdisciplinario como sostén de la práctica diaria, por Matías Sebastián Tolosa
- 172 Los avatares interdisciplinarios en un dispositivo de Media Internación, por Luciana Anahí Barrionuevo, Yamila de los Milagros Canosa, Genaro Carlos Fernández Grecco, Daiana Gisel Paniagua y Juan Manuel Rodríguez
- 181 Las distintas posibilidades de intervenir en la gestión de Servicios de Internación: momentos transdisciplinarios, por María Eugenia Bennardis y Luciana Sambán

IV. Reflexiones sobre el concepto de «interdisciplina» en la clínica en salud mental

- 193 El problema disciplinar o de cómo el disciplinar trae problemas, por Paula Cristina Costa e Ignacio Peleregui
- 201 Acerca de la interdisciplina, por Paula Cristina Costa y Rubén Bernardo Ghía
- 211 Avatares en la construcción del equipo interdisciplinario, por Patricia Liliana Benadiba y Alejandra Maula
- 219 O encontro interdisciplinar: os efeitos da alteridade e a ética do cuidado, por Livia Santiago Moreira
- 227 Práctica interdisciplinaria. Clínica y ética, por María Celeste Balut, Nicolás García, Roxana Piediferri, Andrés Rodríguez Evans y Sara Szeinman
- 234 El trabajo interdisciplinario: entre la creación y la invención, por Mariana Acevedo, María Eugenia García y María Laura Zapata

V. Nuevos desafíos clínicos e institucionales en salud mental

- 245 La escucha interdisciplinaria en la restitución de derechos, por Soledad Bordalecou, Martín Bruni, Carolina Campión, Patricia Fridman, Gabriela Galland, Yanina Safirsztejn y Alejandro Todaro Kicyla
- 254 Un desafío clínico, por María Celeste Balut, Gabriela De Lucía, Roxana Piediferri y Silvia I. Rodríguez

- 263 De problemas, disciplinas, ética y prácticas en salud, por Vanesa Jeifetz, Mariano Gustavo Rey, Silvia I. Rodríguez y Leticia Storino
- 273 Hablemos de los pacientes trans. Aportes para el trabajo interdisciplinario con personas trans y travesti, desde una perspectiva de género en el campo de la salud mental, por Mariana Bermejo
- 281 Desafíos en la construcción de intervenciones interdisciplinarias en el campo de la salud mental, por Andrea Vázquez y Alejandro Wilner
- 292 A equipe multidisciplinar de saúde mental e o desafio ao estudante de direito, por Cristiane Barros Marcos e Luiza Braz Teixeira
- 300 Mediación comunitaria en los bordes, por Stella Maris Bender, Jimena Castellano, Rosana Delfina De Místico, María Susana Fernández y Jorgelina Alejandra Kesque
- 309 Aproximaciones sobre el control de la gestión de calidad en dispositivos de atención de consumo problemático de sustancias desde un modelo basado en la salud mental comunitaria, por Florencia Cohen Arazi y José Komaid van Gelderen
- 318 Residência Multiprofissional em Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica brasileira: reflexões sobre a formação, por Isabella Cristina Barral Faria Lima e Izabel Christina Friche Passos
- 329 Formación terminable e interminable. Notas sobre la mirada político-institucional de los equipos interdisciplinarios en salud mental, por Mariana Camilo de Oliveira y Mariana Cantarelli

EPÍLOGO

- 345 ¿Interdisciplina en la intervención clínica?
por Edith Benedetti
- 359 Acerca de los autores
- 387 Sobre el sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte,
por Edith Benedetti

OBSTÁCULOS Y DESAFÍOS PARA LA CONSTRUCCIÓN
DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN SALUD MENTAL

Según establece el artículo 8° del capítulo V: Modalidad de abordaje, de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657, «debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente». Esta definición delimita una tarea: la construcción de equipos interdisciplinarios que lleven adelante la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Como todo proceso de construcción político-institucional, requiere de pensamiento (y en este caso, de pensamiento teórico, clínico e institucional) y este pensamiento, como no podía ser de otro modo, se topa con obstáculos y desafíos de diverso tipo.

Las comunicaciones que integran el tomo II correspondiente a las 3.^{as} *Jornadas de salud mental y adicciones* problematizan estos obstáculos y desafíos a partir de distintas cuestiones. A saber: problemáticas de consumo, nuevas estrategias para la intervención clínica, dispositivos clínicos en salud mental, el concepto mismo de «interdisciplina» en la clínica y nuevos retos institucionales y clínicos.

I. Una mirada interdisciplinaria sobre el consumo problemático

Toxicomanías: un síntoma de las instituciones públicas

Alejandro Mogliatti y Andrés Rodríguez Evans

«Aumento hubo no en el número de enfermedades y enfermos mentales, sino en el de doctores dispuestos a estudiarlos».

ANTÓN CHÉJOV

Es frecuente que aquellos efectores de salud mental que «no tratan adicciones», o que no se especializan en el tema, rechacen el pedido de tratamiento de quienes consultan, bajo la suposición de que se trata del encuentro con una clínica en la cual hay que tener ciertos saberes específicos, una clínica «difícil», cuando no imposible, o la presuposición de que su afinidad por ciertas presentaciones por sobre otras sea suficiente para desoír la legislación actual.¹ Estos prejuicios instituidos surgen sobre todo allí cuando se centra la direccionalidad de un tratamiento en «el problema de la droga», de modo que queda muchas veces olvidado el padecimiento subjetivo que subyace a lo que se presenta como aquello que se viene a tratar.

Este rechazo que se genera en las consultas muchas veces se relaciona con el modo de presentación de muchos individuos, quienes

1. «Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud» (Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657, art. 4º).

bajo la nominación «ser adicto» concurren a las instituciones de salud solicitando la cura, la cual queda homologada a la interrupción del consumo y sostenimiento de la abstinencia. Ello nos lleva a cuestionarnos acerca de qué es lo que tratamos cuando un sujeto que consume sustancias pide tratar su adicción, y ubica ésta como lo central de su sufrimiento, lo cual implica considerar aquello que concierne a la dirección de la cura, la posición ética de quienes ofrecemos nuestra escucha, y a los efectos segregativos que se generan en torno a estas presentaciones.

Un problema en espejo

La clínica con pacientes con consumo problemático de sustancias nos devuelve un campo heterogéneo y complejo, el cual se encuentra atravesado por diversos discursos que suelen instaurar prejuicios y clisés de todo tipo, tales como «los adictos mienten», «son manipuladores, intratables», lo que genera estereotipos segregativos y homogeneizantes que determinan los dispositivos terapéuticos ofertados. Muchas veces, esta situación se sustenta en la dispersión existente entre el carácter multidimensional de los problemas y la organización fragmentaria e hiperespecializada del conocimiento disciplinar que aún permanece enquistada en diversas instituciones.

En la «babelización» de las ofertas terapéuticas, aquellos tratamientos que se sostienen en los discursos jurídico y médico-hegemónico toman, desde diferentes miradas, un mismo posicionamiento ante esta problemática: lo central recae sobre la sustancia y no sobre el sujeto. Ya sea que se ubique a quien consume como transgresor o como enfermo, la óptica se sitúa desde una valoración moralizante que deja por fuera aquello que implica la singularidad de un sujeto, e instituye así una categoría universal: la del «adicto». Ésta no sólo clasifica sino que estigmatiza, puesto que produce fenómenos de segregación y, a su vez, de autosegregación por aquellos mismos que padecen la supuesta «enfermedad» a tratar y ante la cual se nos pide una respuesta.

Frecuentemente, en las consultas muchos individuos se presentan fijados a una identificación proveniente de estos discursos y, desde una posición de queja, ubican lo central de su padecimiento en torno al consumo y a los efectos que éste ocasiona en sus vidas, de forma que la sustancia adquiere una omnipotencia que, sostenida desde todo tipo de imaginarios sociales, deja a quien consume en el lugar de un enfermo, y por otra parte lo culpabiliza de aquello que se presenta como un padecimiento. Esto es algo que se evidencia cotidianamente en las consultas, en donde muchas veces tanto paciente como profesional reproducen los mismos saberes y sentidos coagulados atribuidos tanto a la sustancia como al problema de «la droga». «Soy un enfermo», «No quiero volver a recaer», «Por culpa del consumo no puedo nada» son frases corrientes en las consultas.

Es notorio cómo la identificación a un significante impuesto por el Otro social produce una consistencia yoica que, a su vez, posibilita al sujeto encontrar un lugar en el lazo social bajo los estereotipos de lo que se supone «es» un adicto.

En algunos casos, la adicción como enfermedad se presenta como una justificación para la existencia misma, lo que obtura la posibilidad de ir más allá de ésta como «el problema». Sylvie Le Poulichet plantea como un efecto «notable que ciertos toxicómanos se aferren ellos mismos a esta creencia en un flagelo del que serían las víctimas, y de ese modo alimenten su propio estereotipo» (Le Poulichet, 2005, p. 46). El ser adicto dejaría entonces a alguien desposeído de sus actos, en una posición de objeto que deja a quien consume lejos de toda responsabilidad subjetiva.

Como plantea esta autora, la toxicomanía como entidad no cesa de espejarse a sí misma, y es este mismo efecto de espejismo el que desencadena la refractariedad a los tratamientos, el cual en muchos casos está sostenido desde aquellos a quienes se consulta pidiendo la «cura». Se trata de la propia resistencia, de la increencia en la palabra de quien consulta, incluso la falta de paciencia de quien escucha, sobre todo si la direccionalidad del tratamiento ha de centrarse en la toxicomanía como el problema.

Algunos obstáculos en los tratamientos

En la clínica con sujetos con consumo problemático de sustancias, lo que podemos ubicar como adicción no se presenta como un síntoma subjetivo, sino que está más ligado a una problemática de orden social, a lo que retorna como síntoma en las instituciones y los agentes de salud.

Tal como menciona H. Freda sobre los nuevos modos de presentación de la clínica contemporánea, éstos «constituyen una nueva forma del síntoma en la medida en que definen el sujeto por una práctica de goce y no por su síntoma» (Miller, 2005, p. 310). Muchas veces el «soy adicto» opera al modo de respuesta en la vida, dando cierta consistencia sobre el ser; se trata más bien de un intento de solución y no necesariamente de un conflicto, más allá de lo insostenible que puede llegar a tornarse para alguien la imposibilidad de desprenderse de un objeto de consumo.

Esto genera obstáculos al inicio de los tratamientos, que ubicamos en torno al modo de presentación en las consultas, que surgen a nivel de la refractariedad a la palabra, en identificaciones rígidas, en la ausencia de una demanda de tratamiento, así como también en las particularidades y dificultades para instaurar la transferencia, lo cual muchas veces pareciera volver a quien consulta alguien «intratable».

Decimos ausencia de demanda, y a su vez nos encontramos con una demanda compulsiva, las más de las veces ligada a un pedido de internación, de desintoxicación, sin posibilidad de espera, bajo la ilusión sostenida en el ideal de que desprenderse de la sustancia es la solución para poner fin al malestar; ilusión en la cual no deberá caer quien del otro lado oferta su escucha, sino que debe contemplar el vínculo con el tóxico como la solución que ha encontrado alguien para arreglárselas en la vida, sin desconocer la función que podría ocupar éste en su economía libidinal.

Con respecto a esto último, podemos citar a Freud, quien en un texto titulado «La sexualidad en la etiología de las neurosis», plantea que muchas curas basadas en la abstinencia «tendrán un éxito

sólo aparente si el médico se conforma con sustraer al enfermo la sustancia narcótica, sin cuidarse de la fuente de la cual brota la imperativa necesidad de aquélla» (Freud, 2002, p. 268).

Aquí podemos pensar el lugar que tiene la abstinencia en un tratamiento, la que situaremos más bien del lado de quien oferta su escucha, el cual debería abstenerse de sus ideales de salud centrados en torno al consumo, de manera de no demandar él mismo la abstinencia. Será él quien deberá sobre todo estar advertido de no establecer una rivalidad imaginaria con la sustancia e incluso no dejarse engañar por el pedido de cortar con el consumo como la demanda que dirija un tratamiento.

Citando nuevamente a Le Poulichet, la autora plantea con respecto a la demanda que ésta «debe entonces ser oída por ella misma, sin que “curar la toxicomanía” pueda constituir el objetivo de la cura» (Le Poulichet, 2005, p. 154).

Conclusiones

A modo de cierre, podemos pensar si realmente la clínica con sujetos que consumen sustancias se trata de una clínica específica, que requeriría ciertos saberes «especiales» por parte de los profesionales de la salud mental, o si esto no es más bien un prejuicio que pone al resguardo tanto de la frustración como de la impotencia que pueda generarse en los tratamientos, producto de las reiteradas «recaídas», de las ausencias, de las interrupciones o de lo «incurable» de quien consulta. Muchas veces es la misma idea de una clínica específica ligada al abordaje de las toxicomanías la que ahuyenta a quienes consultan como efecto de la posición de rechazo desde las mismas instituciones «no especializadas en adictos».

Evidentemente, el desafío en el encuentro con esta clínica implica «deconstruir aquellas representaciones sociales en torno a las sustancias psicoactivas, el consumo y los consumidores» (Benedetti, 2015, p. 18), lo cual implica revisar nuestras propias prácticas y

aquello en lo que se sostienen y fundamentan. En relación con este desafío, consideramos que es parte de nuestra tarea trabajar sobre prejuicios propios y ajenos. La falta de mérito en el padecimiento o el rechazo de la singularidad excluyen el paso a una correcta atención y ejercicio de derechos, entendiendo como objetivo principal el adecuado acceso a éstos, que oriente indefectiblemente una práctica en salud mental que se pretenda inclusiva. La creencia de que quienes trabajamos con estas presentaciones tenemos otros saberes, otros recursos agregados, la entendemos como una pretensión de soslayar la necesidad de involucrarse y producir conocimiento, siendo esto último algo que se sustenta a partir del abordaje clínico.

Por último, en conexión con lo que se presenta como intratable, incurable, creemos que guarda íntima relación con la posición ética de los profesionales, de pretender ampararse en una especificidad ilusoria, lo cual puede ser entendido como un desconocimiento o resistencia a las presentaciones de la época.

Queda como interrogante pensar si aquello que se presenta como intratable, en muchos casos no es más que un efecto de lo no analizado en nosotros mismos ligado a nuestros ideales terapéuticos y la imposibilidad de abstener el propio deseo de curar la adicción.

Bibliografía

- AA. VV. (2011). *Revista Clepios*, n.º 54, marzo/junio: *Consumos Problemáticos*. Buenos Aires: Polemos.
- Benedetti, E. (2015). *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Freud, S. (2002). «La sexualidad en la etiología de las neurosis». En *Obras Completas*, t. III. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Le Poulichet, S. (2005). *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.

Miller, J.-A. (2005). *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires: Paidós.

Conceptualización de los pacientes acerca del consumo problemático de sustancias y su tratamiento interdisciplinario

Victoria Pradelli, Álvaro L. Rafaldi, María Clara Santander y María Guadalupe Varela

Introducción

En el dispositivo de Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) recibimos cotidianamente diversas situaciones referidas al consumo problemático de sustancias psicoactivas. Como profesionales enmarcados por la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657, leemos lo singular en aquella demanda y ofrecemos un tratamiento interdisciplinario que la contenga, en aras de contribuir a resolver algo de lo que el sujeto viene a consultar.

Las representaciones sociales que traen los sujetos inciden en el devenir del tratamiento, principalmente en el inicio de éste, ya que se relacionan de manera directa con las expectativas respecto de la atención institucional que recibirán. Éstas se presentan explícitamente en el motivo de consulta y en las demandas que giran alrededor de él. Otras veces, aparecen, implícitamente, atravesando las respuestas de los pacientes a las propuestas institucionales de atención.

Intentaremos vislumbrar por medio de algunas viñetas de casos, en articulación con conceptualizaciones teóricas sobre la temática, la incidencia en el tratamiento de las representaciones sociales y cómo el equipo tratante, trabajando interdisciplinariamente junto al paciente, realiza un proceso de deconstrucción de esas representaciones en pos de encontrar la respuesta más acorde con la problemática singular del sujeto.

Desarrollo

La incorporación del consumo problemático de sustancias psicoactivas como un problema de salud mental, tal como lo expresa la Ley n.º 26.657, representa un punto de quiebre en relación con los discursos hegemónicos y/o de referencia social –sustentados en el disciplinamiento y control social– y, por consiguiente, con respecto a las respuestas estatales en relación con esta problemática.

La Ley Nacional de Salud Mental considera como sujetos de derecho a quienes presentan un consumo problemático de sustancias psicoactivas, y garantizan de esta manera la accesibilidad al sistema de salud. Por el contrario, los discursos de «disciplinamiento social» se fundamentan en determinados estereotipos sociales en relación con los sujetos que usan/consumen sustancias psicoactivas, los cuales son asociados con la delincuencia, la juventud, la «pobreza», etc. A su vez, tampoco distinguen entre las diferentes sustancias y sus usos, ya que el problema se centra en el objeto «droga» y no en el vínculo que los sujetos establecen con él.

Lo expuesto nos remite al concepto de «representaciones sociales», considerando que éstas son formas de

interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. [...] a través del contexto concreto en que se sitúan los individuos y los grupos; a través de la comunicación que se establece entre ellos; a través de los marcos de aprehensión que proporciona su bagaje cultural; a través de los códigos, valores e ideologías relacionados con las posiciones y pertenencias sociales específicas [...] (Jodelet, 1989):

Constituyen una forma de conocimiento social, ya que como sujetos sociales aprehendemos y construimos el mundo con otros. Este concepto intersecta lo psicológico y lo social, en la medida que cada sujeto tiene sus propias experiencias subjetivas en este proceso. Discursos sociales segregativos (Soler, 1994), transformados en científicos, han

puesto al sujeto toxicómano en una posición pasiva a la espera de ser «reeducado», «rehabilitado» para insertarse al sistema actual. Hoy el discurso científico apuesta por un discurso que analice la funcionalidad del tóxico en la vida de cada paciente, análisis que se emprenderá en conjunto con el paciente, y con el equipo que aborde su conflictiva. Es necesario pasar de la monotonía de la tipificación de los «adictos» a la diversidad de cada sujeto singular. Del hacer compulsivo y repetitivo del paciente a la entrada de un discurso que lo aloje.

Caso G.

G. tiene 32 años y presenta consumo problemático de sustancias psicoactivas con antecedentes de tratamientos en varias instituciones y abandono de éstos.

Con un discurso muy rígido, afirmaba «necesitar medicación para no consumir», poder descansar y estar tranquilo. Mezclaba cocaína y marihuana con la medicación «para bajar», a pesar de ser alertado sobre los riesgos de superponerlas. No había en su relato otra posibilidad de ayudarlo que no sea vía la medicación. Debido a las dificultades en la adherencia al tratamiento –ya que no concurría a los espacios regularmente–, sumado el uso indebido de la mediación, que no posibilitaba una evaluación diagnóstica psiquiátrica certera, es que desde el equipo tratante se planteó el retiro de medicación en pos de una evaluación más intensiva.

A partir de ese movimiento G. pudo realizar una pausa a su consumo compulsivo y comenzar también a cuestionar-se la toma de la medicación. El haber sacado la medicación de la escena pareciera haberlo colocado en otra posición con respecto al tratamiento. La idealización de la medicación y su mala utilización lo perjudicaban en relación con la posibilidad de entrar en tratamiento. Aunque luego continuó su consumo y necesitó de medicación, fue aquella pausa la que introdujo la circulación de otros discursos en su propio decir acerca del tratamiento, lo que posibilitó así la resignificación del es-

pacio psiquiátrico y, en consecuencia, la incorporación de nuevos discursos provenientes de los espacios de psicoterapia y trabajo social.

El uso de la medicación apareció como un problema a trabajar, de modo que el espacio psiquiátrico adquirió cierta relevancia respecto de los otros. Pero fue el trabajo interdisciplinario lo que permitió sostener una posición conjunta en cada espacio ante la demanda continua de medicación. La relevancia de una disciplina en ese momento no implicó la ausencia de las restantes, sino que, por el contrario, se pensaron estrategias en pos de poner de manifiesto y trabajar sobre la representación que traía el sujeto respecto de su problemática y el consecuente tratamiento que esperaba.

G., a través de esta decisión del equipo tratante, pudo repensar e historizar cuál fue el uso de la medicación en los tratamientos anteriores y en la actualidad. Y esto trajo aparejada la posibilidad de preguntarse acerca de su problemática, poniendo en duda la creencia en que la única respuesta factible se vinculaba a los distintos usos de la medicación para «calmar» su sintomatología. La palabra pudo aparecer como vía de tramitación a su padecer.

La situación presentada deja entrever la relevancia de los abordajes interdisciplinarios y la posibilidad de dialogar entre diferentes disciplinas, para luego construir estrategias de tratamiento, las cuales se caracterizan por su movilidad, por no estar sujetas a recetas y tener en cuenta la singularidad de cada situación. Consideramos que la interdisciplina surge para dar respuesta a la especialización de saberes y a la fragmentación. Como dice Alicia Stolkiner:

La interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina, [...] la actividad interdisciplinaria [...], se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de ello (Stolkiner, 2005).

Esto significa que la interdisciplina no se construye como la suma de saberes, sino que busca construir nuevos conceptos, implica el

reconocimiento de la relatividad de los saberes de cada disciplina y la idea de que existe un saber y un no saber de cada una de ellas.

Caso P.

P. se presenta a las primeras entrevistas acompañado por su madre, para consultar por el «problema de consumo» de éste. Desde el inicio ella encarna la preocupación ante la conducta desenfrenada de P. cuando consume. Relata escenas que, para ella, dejan en claro que la situación de convivencia se ha tornado insostenible, si bien no las relaciona directamente con el consumo ni puede precisar un momento de inicio. Por su parte, P. relata su historia, sin hacer eco de aquello que dicen de él: refiere que desde sus 20 años hasta la actualidad (tiene 34 años) toma medicación psiquiátrica, que fue internado en diversas ocasiones y que él es un «paciente involuntario». Se muestra desafiante con algunas indicaciones que le fueron dadas a lo largo de sus tratamientos (en general aquellas relacionadas con la medicación) y menos reticente con otras.

Acordamos comenzar con entrevistas individuales, debe concurrir con una psiquiatra, un psicólogo y una trabajadora social.

A lo largo de las entrevistas, P. comienza a manifestar su interés por hablar de ciertas cuestiones con su psicólogo, mientras que continúa cuestionando la medicación: «La tomo porque me obligan».

A su vez, en el espacio de trabajo social, se intenta trabajar sobre la organización de diferentes áreas vitales, pero el paciente sólo presenta una demanda puntual que es la de terminar el secundario, casi como un imperativo.

Al transcurrir el tratamiento, P. comienza a manifestar su desinterés por concurrir a los restantes espacios. Así, las entrevistas con la trabajadora social se van espaciando, argumentando diversos motivos para sus ausencias. Se muestra a disgusto con la medicación, administrada en ese momento por su madre, yendo a veces en contra de las indicaciones de la psiquiatra al mezclarla con alcohol.

Comenta que continúa con su espacio terapéutico porque tiene «muchas cosas para hablar» y que es lo único que lo ayuda.

A partir de este desenlace, el equipo decide hacer un movimiento respecto de las «obligaciones» de P. en su tratamiento, ya que tanto la medicación psiquiátrica como el retomar la escuela secundaria son percibidas como imposiciones de un otro que lo «involuntariza». Al quedar algunas pautas del tratamiento del lado del mandato (materno), de la norma que coarta su subjetividad, el cambio nos resulta entonces necesario para continuar. Es así que se decide, en conjunto con P. y la madre, que comience a tomar él solo la medicación, haciéndose cargo de su propio tratamiento, responsabilizándose de él.

Encontramos puntos de conexión entre esta percepción de P. como un paciente «involuntario» y la historización de sus tratamientos anteriores, que dejan entrever que el centro de ellos estaba puesto sólo en la medicación.

El pasaje para P. de un tratamiento medicamentoso forzado, «involuntario», como dice él, a uno que él pueda considerar de su elección, pensado para desarrollar aquellos aspectos de su vida que le interesan, resultó fundamental para continuar este tratamiento. Su representación acerca de lo que debía ser la toma de medicación, en este caso basada en sus experiencias anteriores poco positivas, lo venía colocando en una posición incómoda respecto de sus elecciones, posición que debió cuestionarse para que el tratamiento fuera de su «voluntad».

El equipo interdisciplinario pudo leer en estas preferencias de P. lo que se ponía en juego para él acerca del tratamiento y cómo esto interfería con la adherencia a los espacios de éste. Al trabajar con el paciente acerca del sentido que le daba a cada espacio en particular, se pudo comenzar a trabajar de una manera distinta de la prescripción (de medicación, de entrevistas). El paciente, sintiendo a partir de este momento que podía ser partícipe de su tratamiento, recibió de otra manera las intervenciones del equipo de atención. Esto fue posible por el diálogo entre las distintas disciplinas, que permitieron al equipo correrse de las indicaciones inapelables que solamente

confirmarían lo que el paciente esperaba: la posición pasiva en la que los tratamientos anteriores lo dejaban.

Trabajando sobre la autonomía del paciente pudo deconstruirse algo de aquellas representaciones que traía al inicio del tratamiento, que asociaban el uso de la medicación y la inclusión de nuevas actividades a su vida cotidiana con una posición pasiva del sujeto ante la imposición de decisiones sobre él, tanto de su madre como de equipos tratantes en sus anteriores tratamientos. El sentirse alojado y escuchado en su demanda de «hablar» sobre sí mismo, prevaleciendo el espacio psicoterapéutico en un primer momento del proceso de tratamiento, fue lo que posibilitó posteriormente darles un nuevo sentido, singular, propio a los restantes espacios. Pudo pasar de ser un «paciente involuntario» a un «paciente voluntario», sujeto de derecho y paciente partícipe activo de las decisiones, junto a su equipo tratante, en pos de un tratamiento singularizado de su problemática.

Conclusiones

Fácil resulta la lectura, muchas veces la escritura y la conversación sobre temáticas contemporáneas que nos competen como agentes de la salud mental. Difícil resulta llevarlas a la *praxis*. Pero es allí, en el campo, en donde surgen nuevas ideas que nos conducen a repensar los modelos de atención.

Estamos atravesando un periodo de transformación, de transición, donde entran en tensión viejos y nuevos paradigmas. Donde los instituidos han entrado en estado de interrogación. La creación y aplicación de la Ley n.º 26.657 nos interpela en nuestra antigua forma de practicar la disciplina en la cual nos formamos.

Uno de los obstáculos que nos encontramos en nuestra práctica cotidiana se relaciona con el saber instituido de los pacientes respecto del tratamiento que ellos consideran pertinente para su problemática, a veces muy asociado a otras formas de intervención ligadas a un modelo abstencionista y/o de control social. En las dos situaciones

presentadas se realizó un trabajo de deconstrucción de estas ideas: se puso en cuestión el uso de la medicación en el primer caso, y en el segundo se interpeló el concepto de «paciente involuntario», en pos de favorecer la autonomía del paciente.

Podemos tomar del discurso de los pacientes muchísimas formas más de «decir-se» sobre su problemática y el consecuente tratamiento que esperan de ella. Y es aquí en donde somos interpelados a trabajar en equipo, y equipo incluye tanto las distintas disciplinas que conformarán al «equipo tratante» como al paciente, quien será un sujeto activo y de pleno derecho a la hora de tomar decisiones respecto de cómo abordar su problemática. Ya no nos ubicaremos en el podio del saber científico sobre un paciente, transmitiéndole aquello que creemos saber sobre su padecer, dándole prescripciones sobre cómo tratarlo.

La complejidad de las problemáticas que traen los pacientes nos obliga a tratar de manera interdisciplinaria cada caso. Ya no somos actores que deciden cuándo realizar una «interconsulta» con otro profesional ante alguna situación que no se puede abordar, ante la falta de «un» saber específico. «Consulta con un médico para que le baje la ansiedad», «Consulta con un psicólogo para que le baje la angustia», «Consulta con un trabajador social para que le gestione un subsidio». Estas representaciones que escuchamos entre profesionales son las mismas o similares a las que traen los pacientes. Y que funcionan como obstáculos a la hora de abordar interdisciplinariamente una problemática.

La Ley n.º 26.657 nos obliga a trabajar interdisciplinariamente desde la primera entrevista de evaluación. Pero sabemos que varias miradas y escuchas no implican necesariamente un tratamiento interdisciplinario. Y aparecen estrategias que se van modificando con el correr del tratamiento. Y quizás una de las disciplinas prime más que otra en algún momento, pero eso no deja por fuera a las restantes.

Des-estigmatizar, re-pensar y re-crear nuevos instituidos es nuestro actual trabajo. Como bien conceptualizó Castoriadis, un ser autónomo es aquel que se detiene y reflexiona sobre aquello que da

por hecho, por natural, y puede pesquisar que su pensamiento sobre diversas cuestiones que lo aquejan son construcciones sociales. «Deconstruir» no significa hacer desaparecer lo existente, sino ponerlo en tensión, en discusión para salir de la heteronomía, que nos posiciona pasivamente respecto de los instituidos.

Apertura, conversación, formación, trabajo en equipo son algunos de los movimientos que estamos invitados a realizar para llevar a la *praxis* todo aquello que hoy circula como «novedoso» en las instituciones de salud. Las instituciones las construimos nosotros y somos nosotros los encargados de ser actores activos respecto de lo que hemos instituido.

No es la suma de actores en el equipo lo que plantea la interdisciplina, sino una nueva forma de pensar y abordar los casos. Que haya un psicólogo, médico psiquiatra, médico clínico, trabajador social, terapeuta ocupacional, abogado, etc., no significa que ese sujeto sea tratado de manera interdisciplinaria. Podemos continuar implícitamente trabajando multidisciplinariamente, haciendo una yuxtaposición de saberes, dividiendo al sujeto en innumerables fracciones creyendo que sumando sin integrar esos abordajes formamos una totalidad.

Tejemos una red entre todos, donde cada participación es un nudo que sostiene y es sostenido en el otro.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR. Breviario: criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson.
- Donghi, A. (2003). «De un dispositivo posible en el tratamiento de las patologías del consumo». En *No se conocía coca ni morfina*. Buenos Aires: Grama.
- Donghi, A. y cols. (2011). *Innovaciones de la práctica, dispositivos clínicos en el tratamiento de las adicciones*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

- Donghi, A. y Rodríguez, O. (2009). Variantes de la clínica ambulatoria. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Donghi, A. y Vázquez, L. (2009). *Adicciones, una clínica de la cultura y su malestar*. Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Gorbacz, L. (2001). *Panorámicas de salud mental* (en línea). Buenos Aires: Eudeba. Recuperado el 8/9/2015 de http://asesoria.jusbaires.gob.ar/sites/default/files/06_Panoramicas_salud_mental.pdf.
- Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) (2013). *Complejidad conceptual del consumo problemático de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires.
- Jodelet, D. (1986). «La representación social: fenómenos, concepto y teoría». En Moscovici, S. *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.
- Kaplan, H. (2008). *Sinopsis de psiquiatría*. Barcelona: LWW.
- Lacan, J. (2006). *Intervenciones y textos 1*. Buenos Aires: Manantial.
- Laurent, E. (1995). «Tres observaciones sobre la toxicomanía». *Sujeto, goce y Modernidad*. Buenos Aires: Atuel.
- Laurent, E. (1998). «Conferencia». En *Del hacer al decir*. Buenos Aires: Plural Editores.
- Le Poulichet, S. (1987). *Toxicomanías y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Lewkowicz, I. (1999). «Subjetividad adictiva». En *Las drogas en el siglo... ¿que viene?* Buenos Aires: Topía.
- Lewkowicz, I. (2004). *Pensar sin Estado*. Buenos Aires: Paidós.
- Ley n.º 23.737. Ley Nacional de Estupefacientes. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 11 de octubre de 1989.
- Ley n.º 448. Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 7 de septiembre de 2000.
- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.

- Menéndez E. L. (1988). «Modelo médico hegemónico y Atención Primaria». *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, Buenos Aires, 30 de abril al 7 de mayo.
- Miller, J.-A. (1995). «Para una investigación sobre el goce autoerótico». En *Sujeto, goce y Modernidad*. Buenos Aires: Atuel.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Mediator.
- Polo, L. (1995). «El recurso de la droga en la diversidad clínica». En *Sujeto, goce y Modernidad*. Buenos Aires: Atuel.
- Quevedo, S. (2010). «Políticas y modelos en el campo del uso de drogas». En *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral*. OPS/OMS-Facultad de Medicina/ UBA 08/2010.
- Soler, C. (1994). «Sobre la segregación». *Revista Pharmakon*, n.º 3. Buenos Aires: Instituto del Campo Freudiano.
- Stolkiner, A. (2005). «Interdisciplina y salud mental». En *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental*, Misiones.
- Tarrab, M. (1994). «La segregación del Otro». *Revista Pharmakon*, n.º 2. Buenos Aires: Instituto del Campo Freudiano.
- Tarrab, M. (2000). «Una experiencia vacía», «Las salidas de la toxicomanía» y «El riesgo de la modernidad». En *Más allá de las drogas*. La Paz: Plural editores.

Entre la generalidad y la particularidad de nuestro campo: una pregunta sobre el «y» de las adicciones

Lucio G. Alcaino y José F. Gómez Colussi

«La historia de los grandes acontecimientos apenas es más que la historia de sus crímenes».

VOLTAIRE

Introducción

El presente trabajo busca ensayar la relación existente entre las políticas públicas que el Estado lleva adelante sobre las problemáticas vinculadas al campo de la salud mental, específicamente con relación a las «adicciones». Intentaremos, a partir de allí, tensionar la relación enunciada (campo-políticas públicas-adicciones) dejando entrever las distintas articulaciones, sobre todo a partir de las legislaciones que fueron determinando el campo de intervención. En este marco subyace cómo se constituye la noción de «sujeto», sobre todo en la experiencia particular de trabajo en un dispositivo perteneciente al Hospital Escuela de Salud Mental de la provincia de Entre Ríos, Centro Huella. Intentaremos ir posicionando una perspectiva acerca de la interdisciplinariedad en el abordaje de las problemáticas asociadas al consumo.

Desarrollo

Pensar al Estado como entidad político-jurídico-administrativa es pensar su conformación a lo largo de un proceso histórico que fue imprimiendo distintas formas de comprender las relaciones existen-

tes entre los diferentes actores que fueron dándole forma y sentido a su desarrollo. Las políticas públicas surgen como intento de brindar respuesta a aquello que se presenta como problema que el Estado busca abordar, imprimiendo allí una manera de entender aquello a lo que se aboca, otorgándole sentido y significación a esa práctica.

En este contexto, se definen campos, entendidos éstos como lugares de disputa de poder que cada uno de los actores conforma y les da sentido, buscando ocupar un lugar de privilegio del dominio de ese poder que se atribuye allí. Definir los actores que participan del campo de la salud mental conlleva delimitar un contexto socio-histórico que nos ubique en cuanto las disputas de aquél. Sin embargo, sí podemos aventurarnos a realizar algunas observaciones y consideraciones en torno a cómo se fue ubicando la problemática de las adicciones en el campo de la salud mental teniendo en cuenta las legislaciones que, como se dijo anteriormente, delimitaron sus prácticas, intereses y modos de entenderla, en definitiva: fueron delimitando su campo. Tomaremos aspectos legislativos como correlato de lo planteado anteriormente, ya que las leyes son un producto histórico concebido en las prácticas que las han legitimado.

A los fines del presente desarrollo, solamente se abordarán aspectos e implicancias en torno a las diversas formulaciones legislativas que imprimen una forma de entender las políticas públicas en nuestro país.

El consumo de sustancias psicoactivas adquiere su verdadera dimensión política a partir de la prohibición de ciertas drogas a mediados del siglo XIX, fenómeno que sucede fundamentalmente en Estados Unidos a manera de empresa moral (Escohotado, 1989).

La droga como «problema social» comienza a construirse en Argentina en el año 1963 con la ratificación de la Convención Única de Estupefacientes (1961),¹ donde empiezan a gestarse programas

1. Las otras dos convenciones de las Naciones Unidas fueron la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas (1971) y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Drogas Narcóticas y Sustancias Psicotrópicas (1988), todas con el mismo sentido ideológico («Drogas y democracia», 2009).

terapéutico-represivos (Corda y Firsch, 2009). Vemos así a la adicción como un problema contemporáneo, definido desde un entrecruzamiento de discursos (científicos, morales, jurídicos, sociales) constituyentes de tal entidad (Le Poulichet, 2009).

Surge en Argentina la Ley n.º 20.771, promulgada en el año 1974, en la cual se encuentra un rigor aún más prohibicionista (desde donde se sancionan de la misma manera la tenencia para uso personal como para comercialización) que la ley que la reemplazaría.

La ley sobre estupefacientes que actualmente continúa vigente en Argentina es la n.º 23.737, sancionada en septiembre de 1989. Cohabitan en dicha ley artículos que no se prestan menos que a contradicciones en la consideración de las sanciones de lo que en principio podríamos dividir en dos grupos: el uso de drogas para consumo personal y su comercialización. Vemos un ejemplo en el artículo 14 de dicha ley:

Será reprimido con prisión de uno a seis años y multa de trescientos a seis mil australes [...] el que tuviere en su poder estupefacientes [...] La pena será de un mes a dos años de prisión cuando, por su escasa cantidad y demás circunstancias, surgiere inequívocamente que la tenencia es para uso personal (Ley n.º 23.737, art. 14).

Éste y otros artículos fueron fuertemente discutidos respecto al alcance y a las limitaciones del derecho privado lesionado directamente por éste, sobre todo con relación al artículo 19 de la Constitución Nacional:

Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están solo reservadas a Dios y exentas de la autoridad de los magistrados (Constitución Argentina, art. 19).

En el proseguir de los artículos nos encontramos con la diferenciación del adicto bajo términos médicos:

Cuando el condenado por cualquier delito dependiere física o psíquicamente de estupefacientes, el juez impondrá, además de la pena, una medida de seguridad curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación por el tiempo necesario a estos fines, y cesará por resolución judicial, previo dictamen de peritos que así lo aconseje (Ley n.º 23.737, art. 16).

Aquí se refleja el intento superador de la actual ley en relación con la anterior. Sin embargo, entendemos que se entreteje allí una concepción biologicista al respecto del lugar que se le otorga al objeto de consumo por su formulación química, la cual va a afectar directamente al usuario que la consume. Esta concepción incluso es la que va a justificar la legalidad e ilegalidad de distintos estupefacientes, definiéndolos por su «propiedad adictógena», lo cual merecería párrafo aparte en términos de poderes económicos que se han disputado esta cuestión. Lo que a nosotros nos interesa señalar sobre esta concepción es que allí se delimita tanto una concepción de enfermedad, que a nuestro entender despoja de responsabilidades al sujeto, y, por otra parte, anticipa una enfermedad allí donde en principio existe una elección de consumo.

En este contexto emergen masivamente comunidades terapéuticas como una política de salud llevadas a cabo sobre todo en los 90, donde se observa una fuerte inclinación a derivar esta problemática al sector privado. Allí sintéticamente la intervención va a estar ligada a esta comprensión de la problemática desde este paradigma prohibicionista que, como sugeríamos, se encuentra impreso en el espíritu de la ley recientemente citada: aislar al individuo de la droga y de su contexto para desintoxicarlo y rehabilitarlo. El modo es el control de las conductas y actividades del individuo, lo que nos remonta al concepto de biopoder/bioética desde una perspectiva foucaultiana.

A partir de una política con una fuerte inclinación a los Derechos Humanos, estas alternativas aisladas comienzan a cobrar fuerza discursiva, tomando como modelo el paradigma de reducción de

daños, con distintas propuestas en varias ciudades que han avanzado sobre esta modalidad, por ejemplo, la experiencia transitada por el CEADS de la Universidad Nacional de Rosario, creado en 1994 (Inchaurraga, 2001).

Casi recientemente, y producto de varias tensiones que dan sentido a ese campo de la salud –y específicamente de la salud mental–, la Ley n.º 26.657 imprime nuevos sentidos y prácticas incluyendo en su abordaje a las adicciones (Ley n.º 26.657, art. 4º).

Se formulan nuevos horizontes con relación a la forma de comprender y dar posibilidad al sujeto de abordaje. Sujeto al que, vinculado a las políticas de los Derechos Humanos, se piensa como ciudadano, distanciándose notoriamente de los conceptos que fueron esbozados en las legislaciones anteriores. Con lo anterior no pretendemos afirmar que no existían prácticas donde este sujeto de derecho fuera alojado en los distintos dispositivos de atención a lo largo y ancho de nuestro país, pero sí consideramos que la nueva ley legitima todas esas prácticas y viene a colocar a un Estado y sus políticas con una marcada intencionalidad inclusiva, lo que nos desafía e interpela al conjunto de las distintas disciplinas que la integramos.

El Centro Huella viene transitando todas estas transformaciones que quizás coincidieron también con la sanción de la ley, dado que su estructura pasa a ser parte de los dispositivos del Hospital Escuela de Salud Mental, lo que les da otro sentido de pertenencia a las prácticas transitadas. Si bien debemos reconocer que tanto los dispositivos del Centro como también las prácticas alojadas en el hospital se enmarcaban en la Ley Provincial n.º 8.806, que, dada su promulgación (1994), había sido un gran avance en las políticas de salud mental provinciales, ya que establecía derechos y garantías para todas aquellas personas con padecimiento mental, asimismo también se establecían las pautas y criterios de internación, establecidos en el artículo 2º.

[...] dicho tratamiento sólo puede ser prescripto y conducido por profesionales de la salud legalmente habilitados y reconocerá como fin la curación, la recuperación y la rehabilitación del paciente en el lapso más breve posible [...] Entre las alternativas terapéuticas conducentes al fin propuesto se privilegiarían las que menos restrinjan la libertad del paciente y menos lo alejen de su núcleo familiar y comunitario (Ley Provincial n.º 8.806, art. 11).

Dado el contexto de producción de la mencionada norma, cabe aclarar que el transcurso desde su producción hasta su promulgación conllevó más de cinco años de debates e intercambios hacia el interior de los dispositivos de la época, mostró y puso de relieve la complejidad que venía transitando el campo de la salud mental en dicho contexto histórico.

Ahora bien, cómo describir un campo sin delimitar aquello que le da sentido, sus prácticas. Para ello les proponemos una breve descripción que intenta retomar algunos entrecruzamientos con relación a la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 y, a partir de ella, lo que nos interesa destacar son dos aspectos que dan lugar a un entrecruzamiento discursivo vigente en el día a día de nuestro trabajo:

-El cambio en la denominación de «peligrosidad» por el concepto de «riesgo»: si bien hace falta a nuestro entender continuar interrogándonos sobre esta concepción de riesgo, ella habilita a pensar sobre todo una perspectiva temporal en cuanto a la inminencia de ese riesgo. La noción de «peligrosidad», por otro lado, entrama un grado de estigmatización articulado a argumentos científicos que datan de más de un siglo atrás, cuando se intentaba anticipar la conducta criminal (donde encontramos como exponente al criminólogo italiano Cesare Lombroso) atribuyendo el peligro en muchos casos a la irracionalidad como hecho determinante. El consumo de drogas ha sido instalado por los discursos de poder prevalecientes de la época como causante de irracionalidad, lo cual parece haber justificado una serie de medidas que ubican al consumidor/adicto como un «enemigo político».

-El consumo problemático como definición por sobre «la adicción»: veíamos ya cómo queda directamente vinculada la elección de un consumo, el cual, en parte por su ilegalidad, queda ligado a un problema social, ya sea penal, de salud o educativo. Poner el foco en el objeto de consumo imprime definir *a priori* una categoría diagnóstica desde una perspectiva organicista, la cual pierde de vista la complejidad del sujeto en su cosmovisión como tal, sin posibilidad de pensarlo en toda su dimensión, sobre todo dando lugar a uno de los preceptos que inaugura la categoría de Derechos Humanos: la libertad.

En un intento de síntesis, podemos definir, a grandes rasgos, al menos tres entrecruzamientos institucionales que representan parte de las derivaciones interinstitucionales que recibe el Centro Huella, donde se evidencia la convivencia de ambos paradigmas (prohibicionista y de reducción de daños) y sus efectos en los usuarios de salud mental, tanto a través de las intervenciones que desde estos espacios se realizan como de las representaciones sociales de las que forman parte directa o indirectamente.

-Sector privado: comunidades terapéuticas y sus prácticas ligadas a una concepción disciplinar a las cuales hicimos alusión anteriormente.

-Judicial: aquí aparecen cada vez más esfuerzos en el intento de articulación entre salud y justicia. Pero en la práctica clínica se observa que los usuarios derivados por vía judicial suelen explícita o implícitamente experimentar la posibilidad de tratamiento relacionada a una suerte de castigo o pena a transitar (medidas de seguridad, *probation*, etcétera). Lo que invita a pensar cómo en las representaciones sociales aún se encuentra anclada la vinculación consumidor-adicto-peligroso-delincuente, donde se pierden de vista, por ejemplo, dimensiones contextuales, para dar un ejemplo: podemos observar que en situaciones de mayor vulnerabilidad de derechos el ciudadano queda más expuesto a la mirada punitiva del Estado. La dirección que adquieren en estos casos nuestras intervenciones es en principio la de desvincular el hecho de consumo como un hecho delictivo o identificador de «el adicto», apostando a la responsabilidad subjetiva como línea de intervención.

-Sector público: creemos que estamos en un momento oportuno para ahondar en el debate del lugar del Estado en relación con lo público y lo privado en el campo de las adicciones, donde, como agentes (parte) del Estado, entendemos que, como expresa un colega, «debemos llevar las prácticas hasta el límite de lo imposible». El contexto propicio se ve abonado por la aún «nueva» Ley de Salud Mental, hacerla cobrar vida es responsabilidad nuestra. Asimismo, también lograr despegarnos de la asignación que varios profesionales, cómodamente debemos reconocer, asumieron al ubicarse como agentes de control social.

Ahora bien, recientemente, a partir de la sanción de la Ley n.º 26.934, se establece un Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP), donde se observan grandes avances en las consideraciones de lo que se establece como «problemático», incluyendo los consumos legales e ilegales. Se logra la incorporación de las «nuevas conductas compulsivas» (el juego, la alimentación, las tecnologías, etc.); es decir, se intenta volcar la problemática a «la relación del sujeto» con los objetos, materiales o no, que lo rodean y lo que allí pueda acontecer como «problemático» para él. Conviven allí dos concepciones que son contradictorias entre sí: sujeto/ciudadano y sujeto/consumidor. Destacamos que, si bien este plan ratifica la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657, parece insuficiente si lo desvinculamos de la decisión política de la cual somos parte, aunque sea con estos pequeños aportes.

Considerar a un sujeto de derecho como el protagonista de nuestro marco político/ético institucional imprime una diferenciación que orienta nuestra práctica. Pensamos que a partir del «para todos» que sostienen los derechos hay una base, un marco de posibilidad para lo singular. Comprendiendo que el derecho fundamental es el derecho a tener derechos, aquello que le es propio a cada sujeto. La apuesta en este sentido implica, desde nuestra posición, dar lugar a la escucha, y que la libertad en todo caso sea una condición de posibilidad para cada quien.

Si bien entendemos que «la cuestión disciplinar» lleva consigo cierta parcialidad propia de la intención de institucionalizar saberes, reconocemos en nuestra práctica la importancia de la articulación interdisciplinaria a partir de comprender que una mirada integradora no es sin los conflictos propios del campo, donde emerge la pregunta de un sujeto por sobre la respuesta a un objeto.

Suponemos que tras la conjunción «y» de «salud mental y adicciones», se entrama la estrategia de un comienzo (el de ubicar dentro del campo de la salud mental al consumo problemático). Interpelamos a que esto sea más bien la expresión de una continuidad, la de aquella de quienes en las luchas por reivindicaciones sociales han hecho escuchar su voz...

Bibliografía

- Bourdieu, P. (2003). *Campo de poder, campo intelectual*. Buenos Aires: Montessoro.
- Bourdieu, P. (2011). *Las estrategias de reproducción social*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Carballeda, J. M. (2008). *Drogadicción y sociedad*. Colección Cuadernos de Margen. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Dass, V. y Poole, D. (2004). «El Estado y sus márgenes. Etnografías comparadas». *Cuadernos de Antropología Social*, n.º 27, pp. 19-52. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Fleury, S. (1997). *Estado sin ciudadanos. Seguridad en América Latina*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Foucault, M. (2003). *Microfísica del poder*. Barcelona: Octaedro.
- Foucault, M. (2008). *Las palabras y las cosas*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2015). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

- Inchaurrega, S. (comp.) (2001). *Drogas y políticas públicas. El modelo de reducción de daños*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Lewkowicz, I. (2004). *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires: Paidós.

Coordenação de uma equipe interdisciplinar na atenção aos sujeitos usuários de drogas: desafios cotidianos

Cristiane Barros Marcos

Prólogo

A escuta e a intervenção com sujeitos usuários de substâncias psicoativas requerem, segundo a literatura científica, a atuação de profissionais de áreas distintas. Como relembram Pillon e colegas, em seu trabalho sobre a equipe multidisciplinar na dependência química, é consenso na literatura que a organização do tratamento aconteça seguindo um enfoque interdisciplinar, além de multidisciplinar (Pillon, Jora e Santos, 2011). Porém a reunião de diferentes formações acadêmicas e percursos profissionais, e ainda as características pessoais de cada trabalhador, compõem um cenário desafiador para os responsáveis pela coordenação das equipes.

A divisão de categorias entre psicólogos, assistentes sociais, médicos, consultores terapêuticos e farmacologistas, por exemplo, subdivide-se ainda em relação às abordagens teóricas de cada um e às maneiras como os indivíduos percebem o uso e a dependência de drogas. O gestor necessita organizar a equipe de maneira que a mesma desenvolva ações de excelência, priorizando o cuidado e a atenção ao usuário do serviço, sem perder de vistas a capacitação constante dos envolvidos no processo e o relacionamento interpessoal adequado para o progresso do grupo.

Apresento aqui um relato a partir da vivência de dois anos de coordenação de um programa de extensão, localizado em um hospital universitário no sul do Brasil, que atua nas áreas de pesquisa,

prevenção e tratamento dos problemas relacionados ao uso de drogas, através de equipe interdisciplinar de profissionais e acadêmicos.

Saliento as dificuldades e desafios encontrados, que por vezes não são destacados nas discussões sobre atenção à saúde, mas apresentam-se como base para os projetos e realizações nesse âmbito. Além disso, descrevo estratégias utilizadas com êxito para intervir neste contexto e discuto possíveis novas ações coletivas.

O cenário

O Centro Regional de Estudos, Prevenção e Recuperação de dependentes químicos, conhecido sob a sigla CENPRE, é um programa de extensão permanente da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Existente desde 1989 iniciou na condição de projeto sobre drogas, primeiramente com foco na prevenção e ao longo dos anos foi sendo construído a muitas mãos e ampliando suas ações na comunidade.

Localizado no sul do Brasil, pertence ao Instituto de Ciências Biológicas da FURG e está situado em uma das alas do hospital desta universidade – Hospital Dr. Miguel Riet Corrêa Jr, na região central de um município com aproximadamente duzentos mil habitantes. A cidade em questão possui um balneário, é portuária e dispõe ainda de instituições de ensino superior pública e privadas. Desta forma, apesar do número não tão expressivo de habitantes, quando comparada a outros municípios brasileiros, configura-se como um espaço de intensa circulação de pessoal e requer olhar dinâmico sobre as ações desenvolvidas junto à população.

Ao CENPRE está atrelado também um curso de Especialização, voltado para profissionais e concluintes dos mais variados cursos de graduação e a responsabilidade de uma série de cursos de capacitação de recursos humanos haja vista que este grupo é reconhecido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas do Brasil

(SENAD) como um Centro Regional de Referência em álcool e outras drogas.

Os atores

O CENPRE é composto por variados projetos que visam à atenção ao sujeito usuário de drogas e a prevenção aos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Pillon e colegas apontam que «no contexto da dependência química, nenhuma disciplina ou profissão, de forma isolada, pode responder satisfatoriamente aos desafios que comparecem nesse campo» (Pillon, Jora & Santos, 2011). Considerando esta diretriz o planejamento e a execução das ações são realizadas por técnicos, professores e universitários, majoritariamente ligados aos clássicos cursos representativos da área da saúde, mas também de outros setores.

Existem profissionais concursados, voluntários e ainda aqueles contratados esporadicamente para atividades de consultoria. Novos universitários integram a equipe a cada semestre, haja vista a formatura ou eventual necessidade de afastamento dos acadêmicos. Desta forma, tem-se uma equipe composta por sujeitos com formações distintas, acrescida a particularidade das frequentes trocas de pessoal.

Costa, em seu estudo acerca da interdisciplinaridade e os grupos de trabalho nos dispositivos de atenção à saúde, ressalta que «ao observarmos os serviços de saúde que contam com atendimento de equipe multiprofissional, percebemos que a organização de serviços se faz de forma fragmentada» (Costa, 2007). Ou seja, com certa frequência, no Brasil e provavelmente em outros países, o agrupamento de trabalhadores em um setor para atuarem com a mesma finalidade não condiz com um trabalho em conjunto de fato. Desse modo, contribuir para a multidisciplinaridade transformar-se em interdisciplinaridade é um desafio cotidiano para todos os envolvidos e a coordenação de uma equipe com as características citadas

requer, além de conhecimento técnico, constante reflexão, autocrítica e paciência.

O enredo

Consideremos o fato de que a equipe atua na atenção ao sujeito usuário de drogas e, portanto, necessita definir algumas diretrizes de trabalho, respeitando as normas éticas do cuidado e os parâmetros definidos por lei. Pois bem, esta não é a parte difícil.

Agora pensemos que esta mesma equipe precisa trabalhar com as diferenças subjetivas. Um aspecto a ser considerado refere-se ao que cada um entende como dependência de drogas, afinal, os ensinamentos acerca desse fenômeno (ou doença, ou problema, ou questão...) são discutidas cientificamente através de diferentes enquadramentos teóricos. Também se destaca os sentidos atribuídos por cada um a respeito da relação com esse tema, quais sentimentos estão latentes ou são manifestados e quais as expectativas que constroem para os atendimentos que farão.

Diante de tal contexto, se tornam dificuldades e desafios colocados à coordenação unir os diferentes saberes teóricos e ser facilitadora do processo de escuta entre os membros da equipe, construir coletivamente as definições sobre as atribuições de cada um e as possibilidades de auxílio mútuo, além dos limites das atuações diante de suas especificidades e, claro, perante a história de cada sujeito que busca apoio no local.

Encontra-se ainda como uma questão relevante o entendimento sobre as relações transferenciais que se estabelecem não só entre os trabalhadores e sujeitos usuários do serviço, mas também entre os membros da equipe de trabalhadores. Afinal, são todos sujeitos com suas subjetividades ali presentes e atuantes nas decisões e ações.

Durante o percurso na função de coordenadora, algumas atividades já incluídas no cotidiano da equipe foram avaliadas como benéficas e sua permanência garantida, porém com alterações a fim

de aprimoramento. Este foi o caso das reuniões semanais de equipe, destinadas ao diálogo acerca dos atendimentos realizados por cada profissional. Estas passaram a contar com, além dos técnicos e professores, também com os estagiários de psicologia clínica. E percebeu-se ainda a necessidade de incluir outros temas na pauta, considerando a relevância da continuidade das discussões dos casos clínicos, porém ampliando-se as temáticas com questões organizacionais e notícias pertinentes.

Para lidar com as divergências teóricas e eventuais preconceitos existentes entre os defensores mais ferrenhos de determinadas abordagens, se propôs a criação de um grupo de estudos aberto a todos os membros da equipe. Quer sejam profissionais ou estudantes, a cada vez um participante fica responsável por propor leituras específicas que serão posteriormente debatidas e não há necessidade de uma sequência lógica – ou seja, teorias e ideologias distintas poderão ser estudadas e discutidas por todos que assim o desejarem, possibilitando a exposição de ideias e o rompimento de preconceitos. Estes encontros são mensais, no período matutino de acordo com a disponibilidade da maioria dos interessados, podendo ser revisto de acordo com as demandas.

É relevante ressaltar que a concepção de cada membro da equipe sobre o uso de substâncias psicoativas, a conceituação feita por cada sujeito acerca da dependência química, classificando-a como doença, fenômeno, ou sintoma, por exemplo, constitui-se em premissas básicas para o diálogo acerca do projeto terapêutico singular dos usuários do serviço. E para dar vez e voz a todos os atores desse processo é necessário não só aprofundar as bases teóricas, mas debater-se com respeito e posicionamentos claros sobre tais questões. Tem se buscado atingir esta meta através dos espaços de reuniões e estudos, principalmente.

Temas como a legalização e a descriminalização das drogas ou as linhas de atuação baseadas no alcance da abstinência total ou da redução de danos sociais e à saúde, por exemplo, são divergências esperadas em dispositivos relativos ao cuidado do usuário de dro-

gas. Além de serem assuntos pertinentes para estudo e conversa embasada, são corriqueiramente questões feitas aos representantes do local em atividades externas, na mídia ou pelos próprios usuários do serviço. Portanto requer conhecimento e embasamento para se posicionar, quer seja de forma individual ou representando o coletivo.

A participação em eventos científicos, sabidamente reconhecida no meio acadêmico, vem sendo fomentada, sobretudo naqueles que possibilitam interação e troca de saberes direta com outras pessoas, ampliando para ambos os conhecimentos. A realização e a divulgação de pesquisas, quando realizadas de maneira ética, configuram-se como base para o desenvolvimento de projetos de extensão, ou seja, para a realização de ações com a comunidade. Logo, conhecer de maneira crítica o que vem sendo apresentado em relação ao uso de drogas e suas possibilidades de cuidado é primordial para a excelência das ações.

Ainda sobre eventos, a realização de pequenos cursos em outros municípios, ora como ouvinte ora como ministrante, também vem se mostrando como eficaz para o aprimoramento da equipe.

Tradicionalmente realizada ao final de cada ano, manteve-se a reunião de avaliação anual e a deliberação de metas para o ano seguinte. Nessa ocasião a equipe técnica realiza atividades conduzidas por um de seus membros, previamente definido, a fim de apresentar aos colegas o que foi produzido durante o ano e se possa avaliar aspectos positivos e negativos. É o momento onde se revisa as metas do ano anterior, avaliando as causas da impossibilidade quando há pendências e verificando os impactos do que foi realizado, além de fazer a definição das próximas.

Novas idéias para incluir no roteiro

A hipótese de um terapeuta externo ao grupo participar de alguns momentos a fim de orientar a equipe tem sido discutida e estudada.

Talvez como um supervisor das ações ditas de tratamento, ou seja, dos cuidados que a equipe desenvolve junto aos sujeitos com problemas relacionados ao uso de substâncias. Ou ainda como um consultor, opinando também nas atividades de prevenção desenvolvidas na instituição e externamente em escolas, empresas e organizações não governamentais, por exemplo. Mas uma possibilidade que parece se destacar e ser a mais adequada é a integração de um cidadão que se coloque, sobretudo, como facilitador da comunicação entre as pessoas, haja vista que este papel é esperado da coordenação porém a coordenação faz parte da equipe e está portanto também envolvidas nos processos subjetivos ali presentes.

Outra hipótese que está sendo estudada é a participação de todos os envolvidos no trabalho em reuniões, com frequência ainda não definida. Momento este com intuito inicial de incluir todas as categorias de estagiários e não só os que desenvolvem ações de psicologia clínica. Tal avaliação leva a coordenação a apontar também a possível presença dos usuários do serviço em determinadas reuniões expressando suas percepções, afinal são parte fundamental do processo.

Ressalto que em diversos momentos os participantes do CEN-PRE, sejam sujeitos usuários de drogas, aqueles que participam das atividades de prevenção ou ainda os envolvidos nos processos de ensino e aprendizagem sobre dependência de drogas, avaliam os projetos nos quais estão inseridos e tem a possibilidade de fazer críticas ou sugestões. A intenção da reunião seria oportunizar que todos tenham a chance de falar para todos e não para setores específicos.

Ainda relativo aos processos de avaliação, cogita-se a inclusão de um momento específico, presencial, para avaliação semestral. Apesar da dificuldade de tempo disponível por parte de toda a equipe para um maior número de encontros ao longo do ano, possivelmente a duplicação das reuniões de avaliação aperfeiçoariam os processos de trabalho, diminuindo o tempo despendido em outros momentos.

O desfecho do primeiro ato e outras considerações

Inúmeras são as questões que se apresentam diariamente no cotidiano da instituição. Aqui foram relatadas algumas daquelas relativas aos sujeitos, suas divergências teóricas e as diferentes visões de mundo, que implicam em dificuldades para a prática interdisciplinar e, conseqüentemente, em desafio para quem ocupa a função de coordenadora. Somam-se a estas situações também eventuais entraves burocráticos e restrições de verba. Ou ainda compromissos formais, por vezes questionados, como a necessidade de registro detalhado em prontuário e a manutenção de banco de dados, por exemplo. Mas estas são questões para outra pauta, tamanha a complexidade das apresentadas neste texto.

Em suma, percebe-se que a prática interdisciplinar não se processa só pela alocação de vários profissionais de categorias diversas em um único local de trabalho. Essa junção multiprofissional, como aponta Costa em sua pesquisa relativa às equipes de saúde e as questões interdisciplinares, por si só não define o processo de trabalho, pois a atividade interdisciplinar está vinculada à responsabilidade individual que advém do envolvimento do profissional com o projeto, com as pessoas envolvidas e com a instituição (Costa, 2007).

Destaca-se que além das estratégias locais, através das quais as equipes buscam suas melhorias de convívio e atuação, é necessário também a revisão na formação inicial dos profissionais. Em sua pesquisa sobre interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, Oliveira e colegas destacaram que a base educacional do ensino superior precisa ser reestruturada, para que se estabeleça uma nova relação entre os diversos profissionais de saúde e suas respectivas áreas de conhecimento (Oliveira, 2011).

Por fim, se pode perceber que muitos foram os caminhos trilhados até aqui, mas o trabalho necessita seguir sendo continuamente revisado e avaliado. O uso de drogas ainda é um tabu, mas às pessoas que aceitam atuar nos problemas relacionados ao seu uso cabe o diálogo franco e o estudo constante. E delimitar as competências

de cada profissão nesse campo assim como as ações que podem ser feitas em conjunto é tarefa árdua, levando a coordenação da equipe a buscar estratégias de forma a envolver o máximo de membros do grupo que seja possível para essas decisões e implementações. Afinal, como apontam Pillon e colegas, no já referido estudo sobre a atuação dos diversos profissionais na dependência de drogas, se os recursos humanos e materiais não se articulam o suficiente para intervir eficientemente nos desafios cotidianos, os trabalhadores da equipe poderão ser tomados pelo sentimento de impotência diante dos complexos aspectos da dependência de drogas (Pillon, Jora e Santos, 2011).

Bibliografia

- Costa, R. (s/f). *Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções* (online). Recuperado em 20/06/2015, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272007000100008&script=sci_arttext.
- Oliveira, E. et al. (s/f). *Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem* (online). Recuperado em 29/06/2015, de <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/2996/2370>.
- Pillon, S. C.; Jora, N. P. e Santos, M. A. dos. (2011). «O papel da equipe multidisciplinar na dependência química». Em Diehl, A.; Cordeiro, D. C. e Laranjeira, R., *Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas*. Porto Alegre - RS: ARTMED.

Experiencia inter- y transdisciplinaria en el abordaje de las personas que ingresan a tratamiento de rehabilitación motriz o visceral que puedan presentar consumo problemático de sustancias psicoactivas. Clínica de Salud Mental y Comité de Ética Asistencial I.Na.Re.P.S.

Marcela S. Boronat, Germán A. Brigatti, Romina Casado, Emma García Cein,
Silvye Chedeville, Gabriela Chialva, Silvia N. Fernández, Santiago Guidi,
Mirna L. Gutiérrez, Carola Ianantuony, Hernán Kolly, Matías O. Leta, Isabel López,
Nicolás A. Marini, Victoria Martinucci, Virginia E. Palomino, María José Plumeri,
Laura M. Valente, María Bruna Marcela Vera y Alejandra B. Vicente

Introducción

A partir del *Plan estratégico 2013-2015*, tomando como soporte el marco teórico-normativo que establece la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley n.º 26.378), nos convocamos una psicóloga, dos trabajadoras sociales, dos médicos psiquiatras, dos enfermeros, una educadora física, una terapeuta ocupacional, un kinesiólogo y una participante de la carrera de Bibliotecología con una primera propuesta de abordaje inter- y transdisciplinario de las adicciones.

Siguiendo el lineamiento de un nuevo paradigma, el cual hace hincapié en un trabajo creativo, colaborativo y comprometido, el Comité de Ética Asistencial Institucional, integrado por una médica fisiatra, una trabajadora social, dos psicólogas, una abogada, un médico clínico, una representante de los pacientes, una terapeuta ocupacional y un contador, propone la articulación de su equipo con la

Clínica Interdisciplinaria de Salud Mental a través de una metodología inter- y transdisciplinaria, basada en valores éticos compartidos referenciados a la singularidad de la persona del paciente. La intención ha sido trabajar para instaurar nuevas prácticas discursivas¹ capaces de complejizar la mirada, e integrar todas las instancias que configuran al sujeto social.

Nos orientamos a problematizar el modelo médico-hegemónico tradicional de atención en rehabilitación y en salud mental, en pos de reflexionar desde la complementariedad a partir del modelo de atención psicosocial y sociocultural con la finalidad de reducir riesgos y daños, privilegiando al sujeto en contexto.

Objetivos

- Constituir un equipo inter- y transdisciplinario con una identidad y pertenencia propias a partir de los valores éticos compartidos entre sus miembros, privilegiando los cuidados requeridos por la persona del paciente.
- Realizar la evaluación, diagnóstico y tratamiento específico del paciente que se encuentra bajo la modalidad de internación institucional o ambulatoria y su red socio-familiar en el área de salud mental y adicciones.
- Dejar plasmados por escrito en la historia clínica los valores éticos seleccionados por el equipo, luego de profundizar en una reflexión que atraviese el proceso de abordaje.
- Generar acciones orientadas a la reducción del impacto del consumo de sustancias psicoactivas.

1. «En toda sociedad la producción de discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad» (Foucault, 1992).

- Orientar y asesorar al paciente y su grupo familiar sobre los circuitos de derivación y dispositivos de tratamiento con base en la comunidad.
- Fortalecer las producciones en docencia e investigación, referidas al área específica de la salud mental en el marco de la rehabilitación psicofísica.

Desarrollo del tema

Uno de los aspectos a considerar en el abordaje integral de la persona que ingresa al Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (I.Na.Re.P.S.) para llevar a cabo su proceso de rehabilitación psicofísica es el consumo problemático de sustancias psicoactivas, el cual puede ser causal directo o indirecto de discapacidad motriz, visceral, sensorial, mental, tal como sucede con las secuelas discapacitantes generadas por accidentes de tránsito, accidentes cerebrovasculares, trastornos cognitivos, enfermedades cardíacas, el abuso de sustancias tóxicas durante el embarazo de la madre –que provoca malformaciones congénitas en los neonatos–, entre otras secuelas discapacitantes.

Las adicciones comprometen las áreas biopsicosociales de la persona y su entorno familiar e institucional, y de ese modo constituyen un factor obstaculizador en la adherencia a los tratamientos de rehabilitación psicofísica en la institución. Se desprende que el eje del problema no son las sustancias, sino el vínculo que la persona establece con las ellas, ese vínculo puede ser de uso, de abuso o de dependencia.

Nos hemos encontrado con obstáculos y resistencias en nuestra labor cotidiana, dado que el primer objetivo planteado por los pacientes y el equipo tratante es la rehabilitación de las secuelas discapacitantes, por lo que se observa dificultad en el registro del consumo como problemático, el cual creen haber superado a partir de la situación límite por la cual llegaron a la institución.

Por lo anteriormente expuesto, se brinda un dispositivo de atención individual y/o grupal para dar respuesta a este atravesamiento. La intención ha sido construir espacios de atención superadores de la mirada disciplinar, la cual requiere de la reinterpretación permanente de la realidad social en la que intervenimos.

Metodología de trabajo

Derivación: es el equipo tratante, en coordinación con un médico fisiatra, quien realiza la derivación para que el paciente sea evaluado por la Clínica Interdisciplinaria de Salud Mental.

Asimismo cada uno de los integrantes del equipo está habilitado a considerar la aproximación al paciente que presenta antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas, las cuales pueden impactar en su dimensión cotidiana y de su grupo familiar o red de apoyo. Esta derivación será previamente acordada con la persona, es decir, se establecerá un acompañamiento y se respetará la decisión expresada por él y/o su red familiar.

Entrevistas de admisión: se recaba información sobre la situación actual de consumo de la persona (uso, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas), a través de un abordaje individual. Además, se indaga sobre antecedentes familiares de consumo, presencia o ausencia de abstinencia, prescripción de medicación, nivel de conciencia en relación con su problemática, predisposición a realizar tratamiento, antecedentes de tratamientos previos y el relato sobre ellos, su red de apoyo:² familia, amigos, compañeros de internación, entre otros, sus posibilidades de grupalidad; es decir, pensar la intervención como un proceso inmerso en su proceso vital. Se acuerda con la

2. El apoyo social es «la dimensión de la red social que refiere a los actos y procesos a través de los cuales se da, intercambia o recibe ayuda material o simbólica [...] corresponde positivamente con la sensación de bienestar subjetivo, la preservación ante los estresantes y traumatismos físicos y psíquicos» (Fabris, 2009, p. 102).

persona y/o familiar, figura de apoyo, la modalidad de abordaje interdisciplinario, el cual puede ser individual y/o grupal-taller.

Modalidad de abordaje

A partir de la entrevista de admisión se decide la modalidad de abordaje dirigida al paciente. En caso de requerir una atención individual, se organiza un encuadre que responda a esta demanda.

El abordaje grupal es coordinado por una trabajadora social y una psicóloga, y se suma la coordinación rotativa de otros profesionales del equipo. Estos talleres tienen una frecuencia semanal, bajo la modalidad de grupos abiertos, reflexivos, informativos y operativos, en los cuales se trabaja lo transferencial y contratransferencial a partir del discurso construido grupalmente.

De la mirada disciplinar a la inter-transdisciplina

- El área de Enfermería evalúa y acompaña al paciente durante las 24 h, recolecta datos, signos y síntomas de la persona, que se convierten en información sobre la existencia de consumo de sustancias psicoactivas. Durante este proceso de intervención se genera un vínculo, el cual facilita la apertura de una comunicación espontánea y fluida.
- La educación física promueve la *educación para la salud*, alienta al paciente a despertar el interés por la actividad física, propicia el conocimiento y dominio del propio cuerpo, mejora las relaciones sociales y el control de los impulsos, orienta actividades para el buen uso del tiempo libre. Las actividades lúdico-recreativas y los *cuentos terapéuticos* son estrategias para acompañar a la persona en el proceso de rehabilitación, implican considerar «el cambio» como una oportunidad al mismo tiempo, en la cual la persona pueda reflejarse elaborando sus

propios conflictos internos, percibiendo un espacio de reflexión y de debate, que permita facilitar de este modo la canalización de emociones.

- En el servicio de Terapia Física los pacientes permanecen durante períodos prolongados. Se realizan sesiones diarias con los pacientes internados y dos o tres sesiones semanales con los pacientes externos. El abordaje y evaluación permanente de los cambios físicos durante las intervenciones son propicios para identificar signos y/o síntomas de alerta que permitan inferir la presencia de consumo de sustancias psicoactivas en los pacientes. Los vínculos que se generan en los períodos de rehabilitación institucionales (generalmente mayores a seis meses) permiten registrar y comunicar a la clínica interdisciplinaria de salud mental la evolución y comportamiento de las personas en tratamiento.
- El médico psiquiatra durante la evaluación al paciente en el ingreso a la institución, en caso de identificar la presencia de uso, abuso o consumo problemático de sustancias psicoactivas, participa como derivante a la Clínica de Salud Mental. Es quien prescribe y controla la medicación psicofarmacológica. Asimismo, participa desde un rol orientativo en los talleres según los emergentes que surjan.
- El psicólogo trabaja en la evaluación individual interdisciplinaria y en el dispositivo grupal de atención al paciente derivado a la clínica. Se procura obtener información en relación con la causa del inicio en el consumo, frecuencia, forma, último consumo, presencia o ausencia de abstinencia y *craving*, si presenta o presentó trastornos psicofísicos y psicosociales como consecuencia del consumo, si realizó tratamiento en salud mental. Se evalúa asimismo el nivel de dependencia y tolerancia a las sustancias psicoactivas. Se pretende determinar la personalidad previa al consumo, el tipo de ansiedad predominante y mecanismos defensivos presentes, valoración o descalificación de su imagen corporal, resistencias.

- El área de rehabilitación profesional, Terapia Ocupacional, contribuye a la orientación, capacitación e inserción sociolaboral de la persona con discapacidad. Para el logro de estos objetivos se realizan una serie de actividades y prácticas profesionales, como entrevistas laborales, evaluaciones de las habilidades, capacidades, destrezas, aptitudes y potencialidades e intereses del paciente para favorecer la empleabilidad de la persona con discapacidad. En el espacio de la Clínica Grupal, se informa al paciente de las diferentes opciones y ofertas de capacitación y formación en nuestra institución y de la comunidad. Posteriormente se procede a elaborar el perfil ocupacional del paciente y se recomiendan las capacitaciones acordes con éste, las cuales le posibilitarán a la persona con discapacidad desempeñar una ocupación en los diferentes niveles de actividad calificada o no calificada. Trabajar para que la persona con discapacidad con uso problemático de sustancias psicoactivas recupere o logre insertarse en los diferentes espacios sociolaborales es uno de los objetivos de la Clínica de Salud Mental.
- Desde el área de Trabajo Social se participa de los espacios de evaluación y de atención en dispositivo individual interdisciplinario y grupal, donde se problematiza conjuntamente respecto de la organización y dinámica de la vida cotidiana, la situación sociolaboral, lo relacional, la configuración y reconfiguración de los sistemas de apoyos.

Ética interprofesional

Según González-Serna (2013), la interprofesionalidad requiere un cambio de paradigma ya que practicarla implica asumir unas características profesionales únicas para las diferentes profesiones en términos de valores, códigos de conducta y formas de trabajar. Estas características deben ser dilucidadas y han de generar un clima de respeto mutuo que permita asumir valores compartidos.

Un valor es una convicción o creencia estable en el tiempo, de que un determinado modo de conducta o una finalidad existencial es personal o socialmente preferible a su modo opuesto de conducta o su finalidad existencial contraria [...]. La ética interprofesional estudia en qué medida los valores profesionales tradicionales, la ética y los códigos deben reconsiderarse y reimaginarse como parte de una colaboración interprofesional en la práctica. Dichos valores configuran el fundamento de la identidad del grupo. Son las normas de actuación aceptadas por el grupo profesional y proporcionan un marco para la evaluación de las actitudes y creencias que influyen en el comportamiento. La identidad profesional confiere unidad al grupo. Facilita y genera un sentido de pertenencia al nuevo miembro que ingresa en el colectivo. Permite reconocer el pasado de la profesión y proyectarla al futuro (González-Serna, 2013, p. 379).

Conclusión

El desafío es no perder de vista al sujeto en contexto, es necesario repensar las barreras de segmentación disciplinar y consolidar equipos de abordaje que puedan conjugar múltiples miradas.

Empoderar lo inter- y transdisciplinar como fuerza creadora de la mirada singular, del reconocimiento del «otro» en sentido integral y complejo, de su forma particular de ser y estar en el mundo. Conocer los aportes disciplinares para trascenderlos, y hacer del encuentro con el otro un encuentro donde puedan emerger prácticas subjetivantes.

La articulación entre la Clínica de Salud Mental y el Comité de Ética Asistencial se manifiesta en una nueva construcción transdisciplinaria, adhiriendo al nuevo paradigma de salud mental, con el compromiso de asumir valores éticos personales y/o profesionales compartidos y singulares en las formas de abordaje con cada paciente en un clima de mutuo respeto.

Creemos que a partir de los obstáculos que representa socialmente el abordaje de esta temática, debemos avanzar en el desafío interdisciplinario de asumir con compromiso nuestra labor cotidiana.

Bibliografía

- AA. VV. (2007). «Guía de ética en la práctica médica. Intimidad, confidencialidad y secreto». Madrid: Fundación para la formación. Fundación de Ciencias de la Salud.
- AA. VV. (2012). *Lineamientos para la atención del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes*. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.
- AA. VV. (2014). *Jornadas de salud mental y adicciones. Dispositivos de intervención clínica*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Aguilera, C. e Izarra, A. (2005). «Abuso de sustancias tóxicas durante el embarazo». *Medicina Clínica*, vol. 125, n.º 18. Barcelona: Fundación de Farmacología, pp. 714-716.
- Amarante, P. (2007). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topía.
- Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2013-2015*. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- Carballeda, J. M. (s/f). «La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud». Subsecretaría de Atención a las Adicciones. Ministerio de Desarrollo Social. Provincia de Buenos Aires.
- Cortina, A. y Conill, J. (2000). *10 palabras clave en Ética de las profesiones*. Buenos Aires: Verbo Divino.
- Foucault, M. (1992). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar editorial.

- González-Serna, G. J. M. (2013). «Valores éticos interprofesionales compartidos para una asistencia integral». *Cuadernos de Bioética*, vol. XXIV, n.º 3.
- Le Poulichet, S. (1990). *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Ley n.º 26.378. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 9 de junio de 2008.
- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Marroquín, M. T. (s/f). Curso online de ética clínica en atención primaria: «Confidencialidad y secreto profesional». Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud. Zaragoza.
- Núñez Cubelo, M. P. (2002). «La confidencialidad médica». *Revista Vitral*, n.º 48, año VIII, marzo-abril.
- Organización Mundial de la Salud (2004). «Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas». Ginebra.
- Pichon Rivière, E. (1985). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Puentes, M. (2005). *Detrás de la droga*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

La tarea del Ministerio de Trabajo de la Nación en el abordaje interdisciplinario de los consumos problemáticos de drogas

Fernando Camacho, Nicolás Cardone, Lucía García Blanco,
María L. Giuggiolini, Natalia Suárez y Sandra Wolanski

Historia de una práctica

En el año 2003, cuando comienza la gestión del Dr. Carlos Tomada, el contexto social e histórico requería de atender a las urgencias que el desgarramiento de la estructura laboral generado por décadas de neoliberalismo había generado. Las demandas explicitadas a la cartera laboral en forma de reclamos públicos, marchas y pedidos de diálogo no enfocaban, como era de esperarse, en la demanda de empleo, sino de comida. Una vez revertidas las políticas restrictivas y la falta de diálogo social, el Ministerio de Trabajo asumió un rol activo en relación con la generación de más puestos de trabajo (llegó en una década a generar seis millones) y en lo referente a las mejoras de las condiciones de trabajo. Es así que los ejes centrales del ministerio apuntaron a *más y mejor trabajo*. La agenda de esta cartera priorizó temas vinculados con la importancia de la inclusión, la preparación y la capacitación de los trabajadores a fin de obtener ese «mejor trabajo». Se incursionó entonces en temáticas nunca antes abordadas desde el ámbito laboral, tal es el caso del impacto del consumo problemático de drogas.

Éste es un problema que excede el ámbito laboral pero que incide directamente en él, y exige una intervención sin más dilación con la finalidad de fortalecer la prevención de los impactos que el consumo puede tener sobre el mundo del trabajo. Para realizar efectivamente esta intervención necesitamos, en principio, visibilizar la problemática, sus conexiones con el ámbito laboral y difundir las políticas

públicas integrales que se vienen llevando a cabo desde diversos ámbitos del Estado; y en segundo lugar, articular con ellos para formar redes de trabajo y nutrir de otras miradas y propuestas, las propias políticas. Interdisciplinariedad que no es sólo un equipo de trabajo con distintas miradas, sino una integralidad de las políticas públicas. En la particularidad de nuestra tarea, apelamos a la participación de todos los actores involucrados: los trabajadores de todos los niveles, los ejecutivos y empresarios, las organizaciones sindicales y empresariales y todo aquel agente del mundo del trabajo que pueda aportar en esta dirección.

Es en este sentido que el ministerio asumió la responsabilidad de abordar este problema complejo a través de la consolidación de un equipo de trabajo que enfoque la temática desde la interdisciplinariedad. Desde 2008 y oficialmente desde el año 2010, la Coordinación de Políticas de Prevención de Adicciones y del Consumo de Sustancias Psicotrópicas y Drogas con Impacto en el Mundo del Trabajo (CoPreAd) viene trabajando con el objetivo de instalar la prevención y la toma de conciencia sobre la importancia de la salud y la seguridad en el ámbito laboral en lo que se refiere a consumos problemáticos.

La Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 nos permite pensar la salud desde una perspectiva de los derechos humanos y equidad que asume y valoriza la autonomía de los sujetos con padecimiento mental. Concibe a los sujetos con derechos, y no como criminales, al tiempo que fomenta la integración y participación social, buscando evitar las históricas situaciones de aislamiento y encierro que han vivido las personas con padecimientos mentales. Desde esta postura es que los profesionales de CoPreAd venimos trabajando a fin de revertir la visión tradicional, específicamente en el ámbito laboral, el cual, hasta hace unos años, no había sido considerado como un espacio a tener en cuenta en materia de prevención de los consumos problemáticos.

CoPreAd es un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de distintas disciplinas: abogacía, psicología, sociología, antropología y ciencias de la comunicación. La elección de estos

expertos se relaciona con la importancia de abordar los problemas del consumo de drogas desde distintas miradas y enfoques, ya que entendemos que se trata de un fenómeno complejo, heterogéneo, donde intervienen múltiples variables que exigen un abordaje integral. Tomando las palabras de Alicia Stolkiner,

la interdisciplina nace, para ser exactos, 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 (Stolkiner, 1987, p. 313).

Entre nuestras funciones está la tarea de concientizar e informar a los colectivos laborales, sindicatos y empresas, cuestiones referentes a la prevención de consumo de drogas y sustancias psicoactivas. Tomamos la nueva Ley Nacional de Salud Mental como marco y como objetivo para dar a conocer las modificaciones que introduce, específicamente la idea de que aquellas personas que sufren un consumo problemático de drogas o adicciones deben ser consideradas sujetos de derecho. Nuestra tarea incluye brindar asesoramiento y orientación a los distintos colectivos de trabajo en cómo abordar estas problemáticas, qué derechos y obligaciones tienen las partes, e informar cómo deben ser organizados y reorientados los servicios ofrecidos por los centros de atención de salud y obras sociales.

Nos basamos en el artículo 4° de la Ley Nacional de Salud Mental que establece que «las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental [...]» (Ley n.° 26.657, art.° 4).

Trabajamos para situar la temática en el ambiente propio de cada actividad, desmitificando creencias, problematizando la estigmatización de los consumos y consumidores, orientando sobre medidas preventivas e informando sobre derechos y recursos para que cada organización afronte con herramientas adecuadas esta problemática.

Como instrumento fundamental para lograr estas transformaciones, que incluyen alcanzar y mantener la atención integral de los sujetos, nos basamos en un elemento eficaz y propio del ámbito laboral, la firma de acuerdos. Éstos establecen compromisos recíprocos entre trabajadores y empleadores para dar respuestas a las necesidades específicas de esta temática. También fomentamos la inclusión de esta problemática en el contenido de los Convenios Colectivos de Trabajo. Entendemos la Negociación Colectiva como el ámbito específico y adecuado para proponer cláusulas que incluyan la prevención del impacto de los consumos de drogas en el ámbito laboral. En este sentido, ésta no se restringe sólo a la discusión salarial (sin restarle importancia), sino que de acuerdo con la propuesta del ministerio,

las adicciones repercuten generando efectos adversos en el individuo, no solamente en el plano físico, sino además en el social. Por ende, resulta de gran importancia la reorientación de este tema tan sensible, y que sea materializado en las discusiones paritarias. Deviene necesario ir concientizando e implementando planes de acción entre las partes, atendiendo a las especificidades de cada sector productivo, a nivel actividad y empresa (MTEySS, s/f, vol. IV., p. 11).

Un punto central de nuestro trabajo es que proponemos y acompañamos a los conjuntos laborales, tanto empleados como empleadores, a que revisen las condiciones y medio ambiente de trabajo, dado que éstos pueden ser un factor determinante para los consumos. Desde el punto de vista de la psicología institucional, entendemos que los problemas de malestar y sufrimiento psíquico están ligados a los contextos histórico-sociales, a la vida institucional. Aquí tomamos los aportes de René Kaes, quien explica el sufrimiento y la psicopatología en las instituciones a través de lo que él denomina «formaciones psíquicas intermediarias». Este autor distingue tres fuentes de sufrimiento institucional: «Una es inherente al hecho

institucional mismo; la otra, a tal institución particular, a su estructura social y a su estructura inconsciente propia; la tercera, a la configuración psíquica del sujeto singular» (Kaes, 1989, p. 54). Desde el punto de vista de la antropología social, entendemos que las distintas formas de sufrimiento social corporizan el conjunto de relaciones y condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de vida, y dan lugar a redes, estrategias individuales y colectivas de cuidado y autocuidado (Grimberg, 2009).

Como decíamos, trabajamos de manera preventiva. Por tal motivo, haciendo una lectura de las demandas y consultas recibidas por parte de los trabajadores de distintos sectores, decidimos crear e implementar en el año 2014 un Programa de Capacitación de Formadores, destinado a delegados sindicales, personal de recursos humanos y a todas aquellas personas a las que les interese formarse en la prevención de consumos problemáticos dentro del ámbito laboral. Nuestro objetivo es que a partir de estas capacitaciones, los asistentes sepan cómo abordar este tipo de situaciones, y que a su vez puedan elaborar un plan de prevención propio, según las características de sus espacios de trabajo. Partimos así de la concepción de sujetos sociales activos capaces de operar y modificar situaciones generadoras de malestar, y transformar de este modo su significación y práctica social. Asimismo, entendemos que a través de este curso dichos trabajadores podrán transformarse en agentes de salud, multiplicadores de hábitos y prácticas saludables, capaces de recuperar el lazo social y las relaciones solidarias.

Consumos problemáticos, estigma y trabajo

En estos años de trabajo, desde la CoPreAd hemos podido dar grandes avances en nuestra labor, y logramos instalar la temática en algunos colectivos de trabajo. Sin embargo, recurrentemente nos encontramos con obstáculos vinculados a la naturalización de ciertas creencias y a los imaginarios sociales que operan como sistemas

de valores. Entendemos por «imaginarios sociales» el sistema simbólico específico que produce una sociedad para darse identidad elaborando representaciones de sí misma, realizando una distribución de las relaciones y posiciones sociales, e imponiendo ciertas creencias comunes como «modelos» legitimados (Baczko, 1984). Estos modelos se transforman en estigmas que recaen sobre las personas y las prácticas. En nuestra tarea particular y en una investigación sobre la temática (Quiña, 2014), encontramos una fuerte representación social que considera los consumos problemáticos como una elección personal y no como un problema de salud que debe ser atendido. Esta concepción del consumo como elección individual tiene como contrapunto, en el caso de consumos problemáticos, la culpabilización de los consumidores y la construcción de un conjunto de prejuicios estigmatizantes que los sitúan como responsables de la adicción, y por ende a las políticas estatales dirigidas a ellos, como un gasto excedente.

La construcción de prejuicios estigmatizantes y la consecuente práctica que recae sobre los sujetos estigmatizados se explica por la construcción histórica de las personas con padecimientos mentales como sujetos peligrosos, que deben ser encerrados y frente a los cuales hay que «tener cuidado». El actual cambio de paradigma representado por la Ley n.º 26.657 propone en contraposición verlas como sujetos de derechos, con capacidad de autonomía e integridad socialmente; en consecuencia las personas con padecimientos mentales no deben ser encerradas sino acompañadas en su mejoría y en sus padecimientos. Dicha ley constituye un avance en materia de derechos humanos, en la inclusión social y en la lucha contra la discriminación, ya que no segrega a la población afectada ni la condena, sino que asume el tema de los consumos problemáticos como una forma de padecimiento mental que debe ser tratada. Considera al sujeto con padecimientos como sujeto de derecho, capaz de decidir sobre su tratamiento, llevarlo a cabo y curarse. Al mismo tiempo, abandona el paradigma de sujeto peligroso, culpable e incurable.

Frente a los consumos problemáticos, la respuesta típica que emerge rápidamente al sentido común es el disciplinamiento social y el castigo, ya que se la relaciona con problemáticas como la violencia y la delincuencia. En materia laboral la respuesta suele tomar la forma de sanciones y despidos. Por eso, desde la CoPreAd trabajamos en la revisión e interpelación de los imaginarios sociales que orientan las prácticas, específicamente en lo que hace a los consumos problemáticos de drogas y sustancias psicoactivas en el mundo laboral.

A continuación transcribimos algunas de las preguntas más frecuentes que recibimos y que inauguran nuestro trabajo con quienes nos consultan: «¿qué debemos hacer cuando un compañero llega borracho a la oficina?», «¿cómo lo podemos ayudar?», «¿qué puede suceder si le contamos a nuestro jefe que un compañero consume?», «¿la pueden atender en el Servicio Médico Laboral?», «¿cómo se pueden prevenir estas situaciones?». Al mismo tiempo, encontramos de manera recurrente un conjunto de representaciones e imaginarios sociales sobre los consumidores en los distintos espacios de trabajo. Uno de ellos se refiere a las drogas como un problema de los trabajadores de menor jerarquía. Desde nuestra práctica, entendemos al sujeto trabajador sin distinciones de rangos ni tareas, aunque haciendo hincapié en aquellas que impliquen un mayor riesgo tanto para sí como para terceros (trabajo en altura, manejo de maquinarias, por ejemplo).

Otra representación comúnmente hallada es la naturalización del consumo de alcohol, donde los trabajadores suelen afirmar que «las drogas son un problema pero el alcohol no tanto», «alcohol siempre hubo pero las drogas son nuestro problema hoy».

Los datos estadísticos muestran en cambio una realidad preocupante que atraviesa la cotidianidad de los espacios de trabajo hoy en día. Cada año, en el mundo, se producen más de tres millones de muertes ligadas al alcohol. El 18,5% de las muertes en Argentina están relacionadas con el alcohol (tanto en accidentes de tránsito como en enfermedades causadas por su consumo) (OMS, 2014). El consumo de alcohol en la Argentina, por año y *per capita*, para

personas de 15 o más años, fue de 9,3 litros (de alcohol puro) entre 2008 y 2012 (OMS, 2014). Este altísimo consumo inevitablemente impacta en los lugares de trabajo. La estadística reconoce a nivel mundial esta problemática, y diagnostica que el porcentaje de trabajadores con un consumo abusivo de alcohol va desde el 40% hasta el 70% (OMS, 2002).

El imaginario que naturaliza el consumo de alcohol tiene su base y su reflejo en los medios masivos de comunicación, que a través de publicidades incentivan su compra. Desde el discurso publicitario, estas bebidas son asociadas a climas de diversión y éxito, lo cual fomenta su consumo entre los más jóvenes (como es el caso de las marcas de cerveza), pero también se dirige al público más adulto, como sucede con el vino (muy vinculado a la cultura argentina). Socialmente se naturaliza sin tener en cuenta los altos niveles de consumo que mencionamos previamente en el presente documento. Se suele hacer más hincapié en sustancias como el paco (vinculada a los estratos sociales más humildes), que si bien son peligrosas, son condenadas por la opinión pública, opuestamente a lo que sucede con el alcohol. Por esto también resulta necesario cuidar la información expuesta desde los distintos medios de noticias, trabajando correctamente el uso de las palabras, sin caer en términos estigmatizantes que sólo logran sensacionalizar los hechos expuestos.

También observamos una sociedad que consume grandes cantidades de medicamentos sin prescripción médica. Según una encuesta realizada en el año 2012 por la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA), el 82% de los argentinos utiliza medicamentos de venta libre y la mitad desconoce los efectos adversos que pueden provocar en combinación con otras drogas. Es habitual ver en los programas televisivos de formato *magazine* publicidades de medicamentos (muchos de estos promocionados por personalidades reconocidas del medio artístico) que ofrecen soluciones «mágicas» a las distintas molestias o enfermedades; este abanico de productos abarca desde jarabes para la tos, hasta pastillas para el dolor de cabeza.

Esto fomenta la compra y el consumo de dichos medicamentos, e incentiva a las personas a automedicarse, brindándoles una información errónea sobre cómo debe ser suministrado determinado medicamento. Se omite el peligro que puede traer la automedicación (no todas las personas reaccionan igual ante determinado medicamento) y no se tiene en cuenta el riesgo de su combinación con otras drogas. Por esto resulta fundamental el correcto asesoramiento por parte de un profesional de la salud para un diagnóstico acertado.

La CoPreAd entiende que el eje comunicacional de esta problemática es fundamental para entender los mensajes a los que nos vemos expuestos diariamente. Creemos importante tanto la responsabilidad de los medios de comunicación como formadores de opinión pública, como la de los actores del mundo del trabajo en la elaboración de políticas de prevención que utilicen una terminología adecuada y responsable.

Otra idea muy sólida entre los trabajadores es que si tratan de ayudar a un compañero son vistos como «buchones», ya que seguro ese compañero va a ser despedido o sancionado como consecuencia. Desde nuestra área, proponemos un conjunto de herramientas y conceptos desde el campo del derecho que permiten poner en cuestión esas afirmaciones. En este sentido, no sólo, como mencionamos, entendemos a las personas con padecimientos como sujetos de derechos, sino que retomamos el conjunto de las normas que protegen a los trabajadores, considerándolos sujetos de preferente tutela, como se sigue del artículo 14 bis de la Constitución Nacional. En este sentido, al tratarse el consumo problemático de drogas como una cuestión de salud mental, no puede ser entendido como una causal suficiente para el despido sin haber antes agotado las instancias de tratamiento (contención, derivación, atención y tratamiento) y sin instancias sancionatorias previas. Las instancias sancionatorias, en caso de que el trabajador no colaborara en el tratamiento, tendrán que tener necesariamente un carácter gradual. Entonces, si bien no existe una norma nacional expresa respecto a este tema, la jurisprudencia y las propuestas de la Organización Internacional del Trabajo

(OIT) sostienen una perspectiva protectoria hacia los trabajadores (CoPreAd, 2014, p. 52).

Finalmente, nos encontramos con personas que tienen un ser querido que consume sin poder controlarse, lo que también genera preocupaciones en los sujetos en todos los ámbitos de su vida. La OIT afirma que «los problemas sociales y de salud que se derivan de la bebida suelen afectar a otras personas además del bebedor, tales como: la violencia doméstica, el estrés financiero y el emocional para los colegas, amigos y familiares» (OIT, 2012, p. 68). Es decir que los problemas de consumo de un familiar o un allegado de los trabajadores también tienen un impacto en el ámbito laboral, ya que pueden ser causa de preocupaciones, distracciones e inasistencias en sus puestos de trabajo. Por ende, entendemos que también deben ser tenidos en cuenta a la hora de implementar planes de prevención.

Conclusiones: aportes de la interdisciplinariedad

Tradicionalmente, el ámbito laboral no ha sido considerado como un espacio a tener en cuenta para prevenir los consumos problemáticos. Desde la CoPreAd abordamos el consumo de drogas y sustancias psicotrópicas como una problemática social compleja que impacta, entre otros ámbitos de la vida cotidiana, sobre el trabajo; y lo hacemos promoviendo la revisión de las condiciones y medio ambiente de trabajo como medida para proteger la salud de los trabajadores, fortaleciendo el trabajo preventivo. En este sentido, reconocemos que se trata de un problema que atraviesa la totalidad del tejido social, aunque presenta un conjunto de especificidades propias en el ámbito laboral.

En este trabajo intentamos reflejar principalmente las distintas aristas de la tarea que venimos realizando. Por un lado, nuestra inserción institucional en el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, que nos señala como único ámbito estatal

comprometido con esta tarea en ese ámbito específico. Por el otro, la mirada del equipo interdisciplinario, mostrando cómo las distintas disciplinas fueron aportando a la comprensión de las complejidades de esta temática en el ámbito laboral. Finalmente, los desafíos presentes en la práctica con los trabajadores, que supusieron modificar o reforzar algunas de las líneas propuestas de trabajo. En conclusión, entonces, este artículo buscó destacar que el ámbito laboral presenta no sólo complejidades propias sino también una enorme potencialidad como espacio de promoción y prevención de la salud en lo referido a los consumos problemáticos, que hasta el momento no había sido atendida.

Bibliografía

- Baczko, B. (1984). *Los imaginarios sociales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- CoPreAd (2014). *Capacitación de formadores. Prevención del consumo problemático de drogas con impacto en el mundo del trabajo*. Buenos Aires: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación.
- CoPreAd (2014). *Consumo problemático de drogas con impacto en el ámbito laboral*. Buenos Aires: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación.
- García Blanco, L. (2011). *Nociones básicas sobre drogas. Tabaco, alcohol, marihuana y cocaína. Su aplicación al mundo del trabajo*. Buenos Aires: Punto de Encuentro.
- Grimberg, M. (2009). «Poder, políticas y vida cotidiana. Un estudio antropológico sobre protesta y resistencia social en el Área Metropolitana de Buenos Aires». *Revista Sociología e Política*, vol. 17, n.º 32.
- Kaes, R. (1989). «Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones». En Kaes, R.; Bleger, J.; Enriquez, E.; Fornari, F.; Fustier, P.;

- Roussillon, R. y Vida, J. P., *La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos*. Buenos Aires: Paidós, pp. 15-67.
- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, Subsecretaría de Relaciones Laborales (s/f). *Nuevos contenidos de la Negociación Colectiva*, vols. I, III y IV. Buenos Aires.
- OIT (2012). *SOLVE: integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo*. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra.
- OMS (2002). *Informe sobre la salud en el mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana* (en línea). Recuperado el 8/9/2015 de <http://www.who.int/whr/2002/es/>.
- OMS (2014). *Global status report on alcohol and health* (en línea). Recuperado el 8/9/2015 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf.
- Quiña, G. (2014). «Prácticas y representaciones del consumo problemático de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral: alcohol, tabaco y otras drogas. Características, implicancias y herramientas para su abordaje en la industria». Investigación en convenio UNLaM-MTEySS. Coordinación: Nicolás Cardone y Natalia Suárez.
- Stolkner, A. (1987). «De interdisciplinas e indisciplinas». En Elchiry, N. (comp.). *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Tuberculosis y consumo problemático de pasta base de cocaína. Mitos y muros

Graciela M. Cragnolini de Casado

Introducción

La tuberculosis, enfermedad infecciosa y contagiosa, adquiere características particulares en el proceso de salud-enfermedad-atención en usuarios con consumo problemático de pasta base de cocaína (paco). Las investigaciones sitúan la introducción del paco en villas de emergencia y barrios pobres porteños y del conurbano, dentro de un contexto socioeconómico de pobreza estructural, exclusión y carencias de acceso a servicios elementales de salud. Ello como resultado de las políticas neoliberales aplicadas desde 1976 y profundizadas desde fines de la década de 1990. A fines de dicha década y principios de 2000, precisamente, es cuando surge el consumo de paco.

Este escrito reflexiona sobre la relación entre la accesibilidad a los servicios de salud de pacientes con tuberculosis y el consumo de paco. Se considera dicha relación como el «vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Ella surge de una combinación entre condiciones, discursos y prácticas de los servicios y condiciones y representaciones de los sujetos que se manifiestan en la modalidad en que se utilizan los mismos» (Stolkiner *et al.*, 2000).

No depende sólo de la oferta, sino también de las políticas públicas, del sector, la economía, los modelos médicos, los valores culturales, la situación social individual y colectiva, y los estilos de vida. En cada uno de ellos encontraremos situaciones que facilitan y otras que impiden el acceso al sistema de salud.

Reflexionemos: ¿es el consumo de paco una limitante en la atención de los pacientes con tuberculosis?, ¿es la tuberculosis una limitante en la atención de los pacientes que consumen? Pareciera que existen muros, tanto por parte del sistema como por parte del paciente. Y existen también mitos en ambos. ¿Es posible construir ese vínculo sólo con un modelo médico-hegemónico o es necesario pensar en la articulación de equipos interdisciplinarios que incluyan no sólo profesionales sino también la participación comunitaria?

El proceso salud-enfermedad en el paciente con tuberculosis y consumo de pasta base de cocaína

El proceso salud-enfermedad-atención opera estructuralmente, constituye un hecho social y se transforma históricamente. A partir de él se construyen las causas de las dolencias, la manera de asistir-las y las ideologías que existen respecto a ellas.

La tuberculosis, como enfermedad, es una patología que conlleva la estigmatización y discriminación. Ello está relacionado con procesos histórico-culturales universales que no han variado en la actualidad.

El tuberculoso es en el imaginario social «el apestoso, el pobre, el sucio, el inmigrante, el que viene a invadir el territorio del otro, el “sin trabajo”, el vago, el villero, el drogadicto, el que nos puede introducir su enfermedad». Esto condiciona su accesibilidad a los servicios de salud desde los propios servicios y desde el paciente, que, por miedo o desconocimiento, no consulta.

Los usuarios con consumo de pasta base de cocaína se ubican en un contexto de vulnerabilidad social caracterizada por la precarización y pérdida de soportes sociales. Son sujetos carentes de visibilidad en la vida pública, porque entraron en el universo de la indiferencia, porque transitaron por una sociedad que parece no esperar nada de ellos (Touzé, 2006).

Esta combinación de tuberculosis y consumo problemático constituye un «muro» en el vínculo a crear con el paciente. Este muro,

sostenido por diferentes «mitos», tales como «al paciente no le interesa curarse», «no le importa la enfermedad», perpetúan el problema.

Las instituciones de salud se convierten en expulsivas de estos pacientes ya sea porque les resultan conflictivos, ya sea porque no saben cómo afrontar la problemática, o bien porque se carece de políticas públicas que den respuesta al problema.

El paciente se siente incapaz de consultar por sus propios medios, llega a la consulta acompañado por un familiar, personal de salud del territorio, un religioso o un vecino. Presentan formas de tuberculosis muy avanzadas. Les es imposible sostener un tratamiento en forma ambulatoria, el cual es largo, sin los cuidados adecuados y sin una red multidisciplinaria que lo sostenga. Les es imposible sostener una internación en la que sólo se atienda el aspecto médico, sin considerar o hacerlo sólo parcialmente sus aspectos sociales y vinculares, sobreviene el abandono de tratamiento, las múltiples internaciones y el desarrollo de multirresistencia (Cragolini de Casado, 2013).

Resultado de ello sobreviene el deterioro físico progresivo, el abandono personal, la fragmentación y una subjetividad difícil de construir. Son seres desaparecidos de la mirada del otro.

Conclusiones

La atención de los pacientes con tuberculosis y consumo problemático de pasta base de cocaína constituye un desafío difícil de sostener sin la aplicación de nuevos dispositivos creativos que favorezcan el vínculo del paciente con un equipo que debe ser interdisciplinario.

Es necesario desanudar prácticas a las que estamos acostumbrados los profesionales de la salud y realizar intervenciones que incluyan dentro del modelo de proceso salud-enfermedad la necesidad de generar redes comprometidas en este aspecto.

Hablar de redes nos obliga a *repensarnos, relacionarnos, compartir, vincularnos*. Pero ¿desde qué niveles?, ¿manteniendo una estruc-

tura piramidal o una sociabilizada transversal? Mario Rovere (1999) lo clarifica: «Ni en el hospital, ni en el centro de salud, la punta del compás está en la población». Es así como debemos reforzar el trabajo territorial con equipos interdisciplinarios que salgan a buscar a los jóvenes a las ranchadas, al pasillo, y crear el espacio para que, una vez logrado el vínculo, estos seres sufrientes puedan consultar sin miedo en el centro de salud o en el hospital.

Es necesario que nuestros colegas del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) se encuentren involucrados en el trabajo interdisciplinario, y por ello es necesario habilitar el derecho a opinar de todos los integrantes. No se pueden formar redes sin el reconocimiento explícito de cada uno de los integrantes que las componen para luego tomar conocimiento y compartir objetivos y proyectos.

A partir de la intervención del Centro Nacional de Reeducación Social en noviembre del año 2012 y con el desarrollo de un *Plan estratégico*, la mirada distintiva de la institución ha sido hacia la subjetividad, y ha constituido al sujeto en protagonista. Ello le ha permitido consagrar una verdadera política pública en la búsqueda de respuesta a la asociación de tuberculosis y consumo de paco. Distintos dispositivos del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) acompañan en esta búsqueda: equipos en territorio entre los que se incluye a médicos generalistas, psiquiatras, asistentes sociales, psicólogos.

Es así como un hospital especializado en salud mental y adicciones busca generar con un rol activo a través de un equipo interdisciplinario y con diferentes dispositivos la visibilización de estos pacientes, generar conciencia en la sociedad y en el sistema de salud, y, por sobre todo, acompañar y estar dispuesto a la escucha.

Existen otros actores que también intentan dar respuesta en conjunto o separadamente: el trabajo de los «curas villeros» en las villas de emergencia, operadores de la comunidad, otros grupos religiosos, grupos políticos.

El ejemplo previamente planteado es un eslabón que da cuenta de la necesidad de integrarse en una red profunda conjuntamente

con el Programa Nacional de Tuberculosis, los programas provinciales y municipales.

Reconocer las características y la complejidad de los vínculos entre los usuarios de drogas con tuberculosis y las instituciones de salud es empezar a dar cuenta de una necesidad no satisfecha. Y esta necesidad no puede convertirse en derecho sólo con el accionar del equipo de salud integrado por médicos, enfermeras, laboratoristas y asistentes sociales; es importantísimo el rol del equipo de salud mental para constituir un solo equipo en el que el protagonista sea el paciente, quien comience a ser visibilizado. En esta «visibilización» el sujeto enfermo que necesita consultar debe ser acompañado, tener un lugar para la escucha, trabajar sin turnos prefijados o bien en horarios más elásticos, favorecerse los tratamientos directamente observados por medio de acompañantes terapéuticos o ex pacientes convertidos en agentes de salud.

Una consideración especial la constituye la necesidad de internación que surge ante la presencia de tuberculosis avanzadas, multirresistencia, complicaciones, comorbilidades, desnutrición severa, hemoptisis. El paciente habitualmente ingresa a la sala de internación de un hospital luego de varios «días de gira», acompañado por un vecino o un familiar, sin conciencia de enfermedad y en muy mal estado general. No soportan las normas ni los horarios. Es aquí donde el equipo debe trabajar con mayor esfuerzo, generar espacios de trabajo en común y con el paciente.

No existe en la actualidad un dispositivo para tratamiento de la tuberculosis en pacientes con consumo problemático de pasta base o con cualquier consumo problemático de una sustancia que lleva a la ruptura de lazos sociales, que sea integral, inclusivo y que abarque todas las etapas de la accesibilidad del paciente a los servicios de salud, prevención diagnóstica, tratamiento y su finalización. Es por ello que es necesario ser creativo, constituir redes con todos los actores para concretar políticas públicas nacionales y populares, dispuestas con el compromiso de derribar los «muros» existentes.

Bibliografía

- Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2013-2015*. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- Camarotti, A. C. y Touris, C. (s/f). «Consumo/uso de pasta base en mujeres de zonas marginalizadas del sur de la Ciudad de Buenos Aires». Trabajo presentado en las *VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*, Instituto de Investigaciones Gino Germani-UBA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Cragolini de Casado G., Perella F. *et al.* (2013). «Determinantes sociales y patrones de conducta en mujeres con tuberculosis consumidoras de pasta base de cocaína (paco) internadas en un hospital de referencia Hospital Muñiz». Trabajo presentado en el *41.º Congreso Argentino de Medicina Respiratoria*, Instituto de Tisioneumonología Prof. Dr. Raúl Vaccarezza, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Epele, M. E. (2007). «La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud». En *Cuadernos de Antropología Social*, n.º 25, pp. 151-168.
- Rovere, M. (1999). «Redes en salud, un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad» (en línea). Recuperado el 23/05/2015 de <http://www.rosario.gov.ar/sitio/verArchivo?id=8565&tipo=objetoMultimedia>.
- Stolkiner, A. *et al.* (2000). «Reforma del sector salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso». En *La salud en crisis: un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Dunken.
- Touzé, G. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios.

Alimentando la interdisciplina.

Aportes de la nutrición al tratamiento de pacientes con consumos problemáticos

Romina A. Hahn, Delia V. Moyano, Jessica A. Resnisky y Mariano G. Rey

Introducción

El consumo problemático de sustancias puede conllevar un estilo de vida que implica, entre otras cosas, alteraciones de la alimentación diaria, con modificaciones negativas tanto en la cantidad como en la calidad. Dependiendo de la sustancia consumida se puede observar asimismo un aumento o disminución del apetito, y se producen de esta forma modificaciones en el estado nutricional de la persona (Marquez *et al.*, 2001).

La evaluación primaria es una herramienta diagnóstica del estado nutricional del paciente de referencia que utiliza el área de Alimentación y Nutrición del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), en vías de identificar deficiencias o riesgos nutricionales, para el posterior diseño de estrategias en el marco de una intervención interdisciplinaria.

Lograr una alimentación equilibrada puede ser difícil tanto en el caso de pacientes con una pérdida de peso considerable como así también con normopeso y sobrepeso.

Desarrollo

El Área de Alimentación y Nutrición del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) tiene entre sus funciones elaborar planes de alimentación para pacientes que cursan una internación por motivos de

salud mental así como también para quienes realizan tratamiento en los dispositivos ambulatorios que se ofrecen en la institución.

Para ello, las licenciadas en Nutrición realizan una evaluación nutricional a todos los pacientes, a fin de brindar un plan de alimentación acorde a sus necesidades, que puede verse modificado en el transcurso del tratamiento. Aquellos que lo requieran tendrán consultas semanales para trabajar objetivos específicos y se realizará educación alimentaria.

En esta línea, se elaboran menús cíclicos de acuerdo con los requerimientos nutricionales de los pacientes, ya sea para los que tienen una alimentación general como para los que presentan patologías de orden clínico (diabetes, hipertensión, sobrepeso, hepatopatías, enfermedades intestinales, etc.).

La supervisión en el área de la cocina es crucial a fin de poder entregar a los pacientes alimentos inocuos y de buena calidad. Esta tarea abarca el control de los alimentos desde el momento de su ingreso, almacenamiento, manipulación y elaboración, hasta la salida del servicio de alimentación hacia los dispositivos.

Trastornos nutricionales asociados a consumos problemáticos

Los pacientes con consumo problemático de sustancias representan en general un sector de la población que se encuentra en situación de vulnerabilidad nutricional, ya que presentan problemas importantes de malnutrición y/o desnutrición. Dicho patrón de consumo puede cambiar las necesidades de nutrientes por parte del organismo, con lo cual se afecta la digestión, absorción, distribución y/o metabolismo.

Este tipo de problemáticas se agudizan progresivamente a medida que se avanza en la cantidad y frecuencia de consumo, lo cual se debe al progresivo deterioro físico que produce el uso continuado de determinadas sustancias.

De los pacientes abordados se percibe una tendencia a un estilo de vida desordenado que determina toda una serie de problemas a nivel tanto personal como vincular y social, lo que contribuye a que la alimentación sea muchas veces irregular, escasa y desequilibrada, sin horarios fijos, basada en comida rápida y de mala calidad. En muchas ocasiones se realizan únicamente una o dos comidas a lo largo del día, lo que conduce a una mala alimentación y se acentúa la anorexia, agravándose de esta manera el problema. Este tipo de conductas, a largo plazo, producen desnutrición y adelgazamiento con consecuente pérdida de masa muscular y de grasa subcutánea. Esto se ve reflejado en un bajo índice de masa corporal al momento de una primera evaluación nutricional.

Por otra parte, la selección de alimentos es inadecuada, lo que genera un patrón alimentario desequilibrado. Muchos pacientes consumen alcohol en cantidades elevadas, lo cual aporta calorías vacías, ya que contribuyen a la ingesta de energía, sin aportar cantidades adecuadas de micro y macronutrientes. También el consumo de alimentos glucídicos es relativamente elevado, tanto de alimentos ricos en azúcares simples, como dulces y productos de pastelería. Se observa asimismo un bajo consumo de alimentos proteicos de origen animal, ricos en aminoácidos esenciales, en particular de carnes. De igual modo, resulta escaso el consumo de frutas y verduras.

Esta forma de alimentación antes descripta trae consigo riesgos de ingestas deficientes de diversos nutrientes, por lo que la dieta resulta escasa en proteínas, disminuye la síntesis de albúmina en el hígado y contribuye a la pérdida de masa muscular. Asimismo, la dieta suele ser hipolipídica, con lo cual existe un mayor riesgo de estados carenciales de ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles (Serra Majem y Aranceta Bartrina, 2004).

Los problemas asociados al estado nutricional son diferentes dependiendo del tipo de sustancia y la frecuencia de consumo.

El alcoholismo es una de las principales causas de deficiencia nutricional. Las deficiencias más comunes son la de piridoxina, tiamina y

ácido fólico. Las deficiencias de estos nutrientes causan anemia y problemas neurológicos. El síndrome de Korsakoff («cerebro húmedo») es causado por deficiencias nutricionales relacionadas con problemas de absorción ocasionados por el consumo excesivo de alcohol y no por la bebida en sí (Serra Majem y Aranceta Bartrina, 2004).

En lo que se refiere al consumo de cannabinoides, existen ensayos clínicos que indican que éstos producen aumento del apetito, que lleva a que se ingieran alimentos generalmente de baja calidad nutricional, lo que puede originar signos de deficiencia (O'Connor, 2007).

En cuanto al consumo de cocaína, se ha comprobado que produce disminución de la ingesta de alimentos y pérdida de peso, así como trastornos de la conducta alimentaria en general debido a los efectos supresores del apetito (Serra Majem y Aranceta Batrina, 2004).

Generalmente se observa que consumen mayores cantidades de alcohol, tabaco y cafeína, lo cual produce un efecto sinérgico en cuanto a la disminución de la ingesta calórica y el consiguiente déficit de su estado nutricional.

En lo que respecta al consumo de paco, provoca alteraciones en el sistema digestivo tales como náuseas, vómitos, diarreas, hepatitis y una pérdida de peso considerable y acelerada (Morales, 2009).

Evaluación Primaria Nutricional

La Evaluación Primaria Nutricional es una herramienta diagnóstica que utiliza el área cuyo objetivo es obtener una primera aproximación al estado nutricional de los pacientes, como así también identificar, si las hubiera, patologías asociadas, alergias y aversiones alimentarias, antecedentes familiares de enfermedades hereditarias, medicación, etc.

Características de la evaluación primaria:

- Simple, rápida y económica.
- No invasiva.
- De fácil administración.

- Aplicable a todos los pacientes.
- De buena sensibilidad y especificidad.
- Diseñada para incorporar sólo pruebas de rutina y datos disponibles en el momento de la entrevista del paciente.

La valoración antropométrica se basa en la determinación de la talla, peso y circunferencia de la cintura; y en base a estos datos se pueden construir determinados índices.

El peso es la medida del estado nutricional más utilizada, es un indicador global del estado nutricional. Una pérdida de peso igual o superior al 10% en 6 meses es significativa. El peso corporal expresa el valor en kilogramos del contenido orgánico, pero no abre juicio sobre el estado de las reservas calórico-proteicas.

La circunferencia de cintura (CC) es una medida que determina la adiposidad abdominal, la distribución de grasa a nivel del tronco, siendo el parámetro más sencillo para lograrlo. Permite evaluar el riesgo cardiometabólico, siempre asociado a otros indicadores.

El índice de masa corporal (IMC) se construye a partir de la relación obtenida entre el peso y la talla del sujeto evaluado. A partir de aquél se obtiene el diagnóstico de su estado nutricional (Torresani y Somoza, 2003).

Intervenciones nutricionales

La entrevista primaria nutricional permite, además de la obtención de un primer diagnóstico mediante la toma de medidas antropométricas, poder indagar sobre patologías clínicas ligadas o no al consumo, y de esta forma otorgar la alimentación adecuada en cada situación. Se trabaja en el equipo interdisciplinario una intervención nutricional acordada según las posibilidades de los pacientes.

Algunas de las patologías más frecuentes que se observan en los pacientes atendidos en el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) son las siguientes.

- **Desnutrición:**

Las personas con desnutrición son vulnerables a las infecciones. Los nutrientes de los alimentos son esenciales para el funcionamiento del sistema inmune.

Otros resultados de la desnutrición son las fallas en el funcionamiento básico del cuerpo. Los pacientes, además de tener bajo peso, pueden sufrir problemas digestivos, dolores musculares y fatiga. Su pelo puede dejar de crecer e incluso caer, y en el caso de mujeres en edad fértil dejar de menstruar. También se pueden producir algunos problemas a nivel de las piezas dentarias.¹

En cuanto al abordaje de estos pacientes, se les otorga hasta dos refuerzos nutricionales al día para lograr la recuperación progresiva del estado nutricional.

- **Obesidad:**

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa en el organismo que puede ser perjudicial para la salud.²

En población con vulneración socioeconómica, además del sedentarismo, el factor determinante de la obesidad es la alimentación. Si bien compran de forma más eficiente, esto los lleva a adquirir comida rica en energía (alta en grasas y azúcar) para satisfacer el hambre, que es mucho más económica por unidad de energía que las comidas ricas en nutrientes protectores (como las frutas y los vegetales).

En el trabajo cotidiano del área se observan tanto pacientes que ingresan con sobrepeso –ya sea por consumo de alcohol y/o una mala alimentación– como así también pacientes que al momento de su ingreso presentan peso normal, que aumenta durante su trata-

-
1. Puede encontrarse información sobre este tema en *La drogadicción, el alcoholismo y la desnutrición*: <http://rezinearticles.com/salud-2/article-2186.html>.
 2. Véase al respecto la información acerca del sobrepeso y la obesidad que ofrece la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/obesidad>.

miento producto del creciente apetito derivado de diferentes causas; desde las condiciones propias de una internación, episodios de abstinencia, ansiedades diversas, efecto de la ingesta de determinada medicación, entre otras.

En ambos casos se emplea un plan de alimentación hipocalórico y se trabajan pautas de educación alimentaria para poder lograr un peso ideal –aquel que da cuenta del peso de referencia con el cual se logra la mayor expectativa de vida– o posible.

- **Hepatopatía alcohólica:**

La hepatopatía alcohólica ocurre después de años de consumo excesivo de alcohol. El alcohol puede causar inflamación en el hígado. Con el tiempo, puede derivar en una cicatrización y cirrosis, que es la fase final de la hepatopatía alcohólica.³ Los pacientes con este tipo de patologías presentan muchas veces intolerancias digestivas. Se evalúa y brinda el plan de alimentación hepatoprotector con posterior seguimiento.

- **Hipertensión arterial:**

La hipertensión arterial es el aumento de la presión arterial de forma crónica.

El consumo de cocaína puede ser causa de HTA crónica y, con mayor frecuencia, de crisis hipertensivas graves (como la intoxicación aguda de anfetaminas) que pueden evolucionar a accidentes cerebrovasculares o muerte súbita (Lozano Vidal, 2001). El tratamiento nutricional que se brinda a estos pacientes consta de un plan de alimentación hiposódico.

- **VIH-SIDA:**

El VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) es un virus que afecta al sistema inmunológico, encargado de proteger al cuerpo de

3. Véase al respecto la información que ofrece la U.S. National Library of Medicine, *Enfermedad hepática alcohólica*: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000281.htm>.

las enfermedades. El consumo problemático de sustancias puede incidir negativamente en la evolución de la infección con el VIH y sus consecuencias, lo cual establece muchas veces interrupciones de los tratamientos con antirretrovirales, así como las propias barreras de acceso que el sistema de salud muchas veces impone a los usuarios de drogas producto de la estigmatización de dicho grupo.

Entre los micronutrientes más críticos en los pacientes con esta patología tenemos la vitamina A, la E, el zinc, el selenio, el complejo B y el cobre. Su deficiencia influye sobre varias funciones del sistema inmune, lo cual acentúa la inmunodeficiencia, y puede llevar al estadio avanzado de la infección causada por el virus, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (Rodríguez Toro, 2007).

En los pacientes con VIH-SIDA se debe garantizar una dieta balanceada, poniendo agudeza en estos nutrientes críticos, aumentando el valor calórico.

Otras funciones que puede ocupar el alimento en los tratamientos

La alimentación no queda exenta de los modos de vinculación que puede establecer un sujeto con los diversos objetos de consumo que se encuentran a disposición en la sociedad. De este modo, se puede configurar una serie de padecimientos asociados, tales como la obesidad, bulimia y anorexia, situando los más relevantes que se observan en la clínica. Estos se presentan en ausencia de consumo, muchas otras veces acompañan los escenarios de consumo, o bien se instalan en un momento posterior, dando cuenta de la no resolución de ciertos mecanismos compulsivos.

Asimismo, en aquellos sujetos que se encuentran realizando tratamiento en salud mental los alimentos pueden ocupar diversos lugares; ubicando algunos ejemplos, se pueden instituir como un modo de paliar la ansiedad propia de la experiencia de una internación. En otros casos, una vía regia para atravesar momentos de abs-

tinencia y deseo irrefrenable de consumo. Otra posibilidad se da producto del incremento del apetito producido por el empleo de ciertos medicamentos administrados en los planes farmacológicos –sobre todo en el uso de antipsicóticos–.

A modo de reflexión

La intervención del área de Alimentación puede traer aparejados resultados distintos según se la incluya en el marco de una estrategia interdisciplinaria en vías de abordar al sujeto en su integralidad, o bien se la convoque al modo de una interconsulta. En el primero de los casos, la intervención es dinámica, contempla los distintos momentos y posibilidades del paciente, y así posibilita una lectura diacrónica del caso, contemplando no sólo cuestiones de déficit sobre las cuales operar, sino también estableciendo estrategias preventivas. Asimismo, la aplicación de la entrevista primaria nutricional aporta datos de relevancia en materia de elaborar una hipótesis sobre la función que tiene y puede tener el alimento en los pacientes y sus tratamientos, y no sólo echar luz sobre patologías clínicas que requieran un plan de alimentación diferenciado.

En los casos en los cuales adquiere el modo de una interconsulta, se trabajará con un recorte específico, acotando el margen de intervención. Si bien en algunos casos resulta eficaz, la experiencia del trabajo interdisciplinario se muestra como la que mayor cantidad de aportes puede brindar para el abordaje integral de los pacientes.

Bibliografía

Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2013-2015*. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

- Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación (s/f). *Sobrepeso y obesidad* (en línea). Recuperado el 21/07/2015 de <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/obesidad>.
- Lozano Vidal, J. V. (2001). «Hipertensión arterial por ingestión de sustancias exógenas». *Hipertensión y Riesgo Vascular*, vol. 18, n.º 1, pp. 25-29.
- Márquez M. *et al.* (2001). «Niveles séricos de vitamina C en adultos jóvenes consumidores crónicos de drogas de abuso». En *Instituto de Investigaciones Clínicas*, vol. 42, n.º 3, pp. 183-194.
- Morales, H. A. (2009). «El consumo de paco en la Argentina». En *Revista Electrónica de Psicología Política*, año 7, n.º 21.
- O'Connor, P. G. (2007). «Alcohol Abuse and Dependence». En Goldman, L. y Ausiello, D. (eds.). *Cecil Medicine*. Philadelphia: Elsevier.
- Rodríguez Toro, E. (2007). «Impacto de la deficiencia de micronutrientes en pacientes con VIH/sida». *Infectio*, vol. 11, n.º 2, pp. 78-86.
- Serra Majem, L. y Aranceta Bartrina, J. (2004). *Nutrición y salud pública*. Barcelona: Masson.
- Sitio web www.rezinearticles.com. *La drogadicción, el alcoholismo y la desnutrición* (en línea). Recuperado el 21/07/2015 de <http://www.rezinearticles.com/salud-2/article-2186.html>.
- Torresani, M. E. y Somoza, M. I. (2003). *Lineamientos para el cuidado nutricional*. Buenos Aires: Eudeba.
- U.S. National Library of Medicine (s/f). *Enfermedad hepática alcohólica* (en línea). Recuperado el 21/07/2015 de <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000281.htm>.

II. Nuevas estrategias para la intervención clínica en salud mental

Estrategias y desafíos de los espacios lúdico-artísticos en el primer nivel de atención

Ludmila Bertolesi y Matías Garboso

Introducción

El presente trabajo propone analizar el rol del tallerista como parte de los equipos de salud, y el trabajo interdisciplinario en el marco institucional del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), en el primer nivel de atención. A partir del relato de experiencias que se desarrollaron en distintos barrios, comentaremos sobre lo que interpela nuestra práctica como talleristas, cuáles son las estrategias y desafíos que nos atraviesan y nuestras conclusiones sobre este nuevo rol como parte del equipo de salud mental.

Del marco que nos contiene y la experiencia con la que contamos...

No existe una única manera de trabajar interdisciplinariamente entre talleristas y profesionales de la salud. Al ser una práctica novedosa la inclusión de la figura del tallerista como parte del equipo de salud mental en territorio, no posee un manual o pautas preestablecidas sobre cómo intervenir. Sin embargo hemos encontrado algunas variantes al trabajo interdisciplinario en los espacios de taller, intervenciones, o espacios grupales:

- Se planifica una actividad en la que se acuerda un objetivo clínico desde el equipo de salud mental y es el tallerista quien

aporta las herramientas lúdicas y/o artísticas para trabajar dicho objetivo.

- Dentro de la actividad grupal coordinada por los talleristas, el resto del equipo de salud ocupa un rol observador no participante atento a emergentes y/o singularidades de los sujetos que integran el grupo, para luego poder intervenir cuando sea pertinente, necesario o cuando alguno de los participantes lo demande.
- Hay una coordinación conjunta del tallerista con miembros del equipo de salud.

Cabe aclarar que en todas las circunstancias estos roles están planificados y pensados con un objetivo tanto clínico como pedagógico específico y no son casuales.

¿Por qué el arte y el juego?

Las actividades lúdico-artísticas nos permiten observar ciertos aspectos que quizás en una charla o entrevista no se ven tan fácilmente. También son espacios donde, al comunicarnos de modo diferente, logramos vincularnos de una manera distinta.

El arte permite «decir» sin palabras, fomenta la expresión pura, sin filtros ni barreras. Es otra forma de lenguaje con la que el sujeto se comunica, se expresa. Creemos que para hacer arte no hay necesidad de ser expertos ni dotados, sólo hacer y participar. Es uno de los desafíos del equipo interdisciplinario poder «entender» este lenguaje y aprovechar al máximo las herramientas que el tallerista puede aportar.

Podemos decir que el juego, en su aspecto formal es una acción libre ejecutada «como si» y sentida como situada fuera de la vida corriente, pero que a pesar de todo, puede absorber por completo al jugador, sin que haya en ella ningún interés material, ni se obtenga en ella provecho alguno, que se ejecuta dentro de un

determinado tiempo y un determinado espacio, que se desarrolla en un orden sometido a reglas y que da origen a asociaciones que propenden a rodearse de misterio o a disfrazarse para destacarse del mundo habitual [...] (Huizinga, 1938, p. 25).

Lo pensamos desde el arte y el juego, pero podría ser desde otros lugares también, que se propongan como objetivo que «otras cosas sucedan». El arte y el juego son convocantes a la hora de producir o expresarnos colectiva e individualmente, y en este caso funcionan como puerta de entrada al equipo de salud y a las tareas que éste realiza en los barrios, entre otras cosas.

¿Desde dónde nos ubicamos?

Ahora ya nadie educa a nadie, así como tampoco nadie se educa a sí mismo, los hombres se educan en comunión, y el mundo es el mediador.

PAULO FREIRE

Es fundamental en este tipo de intervenciones no ubicarnos ante la persona que llega al barrio en el lugar de «bajar» un saber o disciplina específica.

El héroe se sitúa como el «salvador» que llega desde afuera, y sin pensar con los otros. En la práctica crea desacuerdos y malestar porque enfrenta, sabotea o no reconoce la subjetividad del otro. Hace algo por la comunidad pero no con la comunidad. No forma parte de ella en ese momento: la rescata desde afuera (De la Aldea y Lewkowicz, 1999).

Creemos que nuestra tarea consiste en facilitar espacios de intercambio y vínculo, en los cuales el equipo de salud pueda intervenir, evaluar, construir demanda y poder trabajar objetivos clínicos. Para

eso nosotros decimos que es necesario «habitar el barrio», solemos llegar al territorio con el entusiasmo de querer hacer de todo desde un principio. Llegar a un nuevo barrio implica tener que habitarlo y conocer las características tanto geográficas como poblacionales, cómo es la rutina de los habitantes, y qué intereses e inquietudes tiene la población con la que podemos trabajar.

Para lograr esto nos parece muy importante no limitarnos solamente a nuestro saber específico sino poder ser curiosos y animarnos a incursionar en nuevas áreas o disciplinas artísticas y lúdicas, permitarnos jugar, explorar, compartir e investigar junto con los participantes y nuestros compañeros de equipo los espacios que coordinamos.

Salud/educación/cultura... Ámbitos diferentes que se encuentran bajo una misma estrategia

Provenir de diferentes ámbitos implica poner en común lenguajes, modos, roles, conceptos, etc. Y muchas veces dificulta la práctica el no poder tomarse el tiempo y buscar el momento para poder llegar a esos conceptos en común como equipo.

Sin embargo, creemos que una interdisciplina de salud mental integrada por profesionales provenientes de distintos ámbitos enriquece la práctica, ya que habla de pensar la salud de un modo integral. El arte, el juego y la cultura son prácticas saludables y el acceso a ellas es un derecho que no debe ser vulnerado.

¿Qué, para quién y en dónde? Por qué es importante el diagnóstico...

«Las prácticas de diagnóstico se desarrollan asumiendo a la comunidad como preexistente a la intervención. La imagen es que la comunidad “está ahí”, y entonces la tarea consiste en hacer un diagnóstico y luego intervenir» (De la Aldea y Lewkowicz, 1999).

El diagnóstico nos permite poder ver cuáles son las problemáticas, necesidades e intereses del barrio y de qué forma podremos intervenir.

Entendemos que cada barrio tiene sus características, su historia, sus habitantes y su momento presente; todas estas variantes condicionan nuestra intervención constantemente. Es por esto que resulta fundamental no pretender llevar a cabo actividades «prefabricadas», ya que muchas veces eso nos lleva al fracaso, y como fracaso entendemos que un espacio no tenga participación alguna como también que no cumpla con el objetivo pensado.

La eficiencia de las intervenciones se favorece cuando existe una conexión desde el primer momento con la comunidad y sus referentes que permita realizar una historización del estado de situación de las problemáticas y formas en que se estructura la dinámica de relación con las instituciones, actividades cotidianas, representaciones sociales, etc., para establecer prioridades y estrategias de intervención.

Tres experiencias..., un mismo rol

A continuación describiremos tres experiencias que aún funcionan en tres barrios distintos. Nuestro interés al compartir estos espacios es poder dimensionar las múltiples estrategias de intervención que pueden llevarse a cabo, además de ser las experiencias que para nosotros más ejemplifican el trabajo interdisciplinario que realizamos a diario en los barrios.

1. Barrio: Zavaleta. Intervención: espacio artístico integral

La intervención se sitúa en el dispositivo Casa Amigable de Zavaleta, donde se trabaja desde el modelo de reducción de riesgo y daño y con un umbral mínimo de exigencia. En este espacio participan niños, vecinos, población en situación de pasillo y/o consumo, ado-

lescentes, etc., por ende el espacio artístico debe ser tan flexible como el dispositivo en sí mismo.

El objetivo es que los concurrentes de la casa tengan acceso a diferentes actividades lúdicas y artísticas, y que se vea favorecido el «re-anudamiento del lazo social» (Benedetti, 2013)¹ a través de la interacción entre los participantes.

Las actividades se desarrollan dentro de un encuadre flexible y desestructurado, sin horarios ni condiciones, a excepción de las reglas de convivencia de la casa. La intención de esta estrategia es que los concurrentes puedan elegir cuándo sumarse, de qué manera y durante cuánto tiempo participar. Las actividades son planificadas de un modo integral abarcando diferentes disciplinas artístico-lúdicas (plástica, música, recreación, literatura, etc.), las cuales permiten que diferentes participantes integren estos proyectos desde diferentes roles dependiendo de sus intereses.

Por citar un ejemplo, podemos comentar el proyecto de construcción de cajones peruanos. Durante dos meses algunos participantes confeccionaron cajones peruanos en madera, mientras que otros prefirieron ocuparse de la pintura y decoración de éstos a medida que eran terminados. Hoy en día los cajones son ejecutados por otro grupo de personas que se mostró más interesado en el aspecto musical. Estos cajones ya forman parte del patrimonio de la casa como un aporte al espacio común.

Esta intervención permitió que los concurrentes de la casa pudieran participar de un proyecto colectivo a pesar de contar con diferentes intereses e inquietudes, que pudieran compartir con otros un espacio diferente y generar mayor pertenencia a través de los objetos que fueron intervenidos o construidos por ellos mismos.

1. El concepto de «re-anudamiento del lazo social» es mencionado por la autora en el *Plan estratégico 2013-2015* del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo).

2. *Barrio: 21-24 (Tres Rosas). Intervención:
taller de manualidades para mujeres*

Este espacio de taller funciona desde el año 2014 hasta el día de hoy, actualmente en la casa de una de las mujeres. Desde el año anterior se han utilizado diferentes estrategias para la conformación del grupo, donde la forma de convocar, desde dónde y hacia dónde fue reformulada en reiteradas ocasiones considerando las singularidades comunitarias. Descubrimos que presentando el grupo como «taller de manualidades» generaba más curiosidad e intenciones de participar que presentándolo como «grupo de mujeres». Desde esta estrategia se logró trabajar sobre las problemáticas cotidianas de salud, de la familia, de la crianza de sus hijos y del barrio, siempre con actividades manuales, audiovisuales, y de lectura como disparadores [...] Dada la efectividad de la propuesta decidimos con el resto del equipo de salud ofrecer en este año nuevas y atractivas ofertas de producciones manuales y artísticas como excusa para el encuentro, como también paseos a lugares de la ciudad que tuvieran relación con las temáticas abordadas en el grupo. Esta propuesta surgió porque llegamos a la conclusión de que muchas de las participantes no suelen salir del barrio, y por otro lado creemos que esta propuesta favorece el cumplimiento del derecho al acceso al capital cultural (Bourdieu, 1997). [...] Esto permite acercarse a nuevas vivencias compartiendo así experiencias que muchas veces ellas no se permiten o no tienen la posibilidad de realizar (quizás simplemente por no conocerlas). Coincidimos en la hipótesis de que prácticas como éstas, que no son habituales en la cotidianeidad de estas mujeres, hacen más sólidos los vínculos como grupo, favoreciendo la continuidad de estos encuentros (Demarco, Ghiselli y Bertolesi, 2015).

Las mujeres que integran este grupo no son convocadas por poseer un padecimiento o problemática en particular. Se trabaja la preven-

ción inespecífica, y la promoción de la salud para ellas y para terceros. Se comparten vivencias, saberes y aprendizajes. Las mujeres asisten para conversar sobre ellas mismas, sobre otros; para producir colectivamente objetos, experiencias y vínculos. Es en este encuadre abierto donde surge la riqueza en la variedad de situaciones y en formas de vincularse, desde el que luego se puede intervenir o no más específicamente.

3. Barrio: Barrio Obrero. Intervención: «los otros doctores»

La intervención en el Barrio Obrero surge al observar que en el playón (canchita) que se encuentra en la entrada al barrio, después del almuerzo, suelen juntarse los niños (de entre 5 y 10 años) a jugar. Así fue que junto con el equipo planificamos esta intervención como un espacio lúdico-artístico con dos objetivos principales: acercar una propuesta con variadas actividades a esta población, y a su vez, a través de ellos, poder conocer y vincularnos con sus familias, con sus problemáticas, promocionar las actividades del consultorio móvil y construir demanda.

Después de un tiempo nos surgió la necesidad de repensar los objetivos clínicos del espacio. Así fue que decidimos implementar la participación de dos personajes para trabajar estos objetivos de promoción de la salud con los niños: «los otros doctores». Con estos personajes intervenimos en el barrio disfrazados con guardapolvos coloridos, bigotes y anteojos falsos.

El objetivo de esta acción fue evaluar qué imagen tenían los niños del médico y los efectores de salud de su barrio para poder resignificarla. Además, trabajamos diferentes temáticas en relación con la promoción y prevención de la salud, por ejemplo la ubicación y referenciación de los dispositivos de salud, qué es una radiografía, qué es una vacuna, etc.

Esta actividad fortaleció el vínculo entre ellos y con la actividad que se venía desarrollando todas las semanas. También generó que el resto del equipo de salud pudiera tomar contacto con los familia-

res de los niños que a lo largo del tiempo fueron consultando, y algunos hoy en día están en tratamiento y/o seguimiento.

El espacio de arte y juego del Barrio Obrero sigue en funcionamiento hasta el día de la fecha.

Conclusión

Para concluir este análisis nos gustaría poder mencionar algunos aspectos a tener en cuenta cuando trabajamos interdisciplinariamente talleristas y profesionales de la salud, ya que uno de los objetivos de este trabajo es que estas prácticas puedan ser repensadas y que funcionen como disparadores de ideas y estrategias posibles para futuras intervenciones.

Conocer las instituciones o espacios artístico-recreativos que ya están trabajando en el barrio es importante no sólo para no superponer nuestra tarea a la que ya se viene realizando, sino también para poder ofrecer dinámicas alternativas a las que ya se ofrecen en el territorio.

Mantener el contacto con referentes barriales puede facilitarnos la tarea de muchas formas: contactarnos con los vecinos, ayudarnos en la convocatoria, elegir lugares, horarios, organizar eventos, etc. Como sosteníamos más arriba, creemos que resulta posible la eficiencia de las intervenciones cuando desde el comienzo se da la conexión entre la comunidad y sus referentes. Señalábamos que esto permite realizar una historización del estado de situación de las problemáticas y formas en que se estructura la dinámica de relación con las instituciones, actividades cotidianas, representaciones sociales, etc., para establecer prioridades y estrategias de intervención.

Es importante acordar con el resto del equipo de qué manera se va a intervenir, sea con la utilización de temáticas de salud dentro de la actividad, como también actividades que no tienen que ver directamente con la salud, pero que permiten que el equipo observe, intervenga e interactúe con los participantes desde una mirada clínica.

Para finalizar creemos importante rescatar que establecer una propuesta atractiva, que tenga un sentido para los participantes, donde puedan ser los protagonistas, que sea apropiada, que genere lazos de confianza, solidaridad y promueva valores, concientización en derechos, colabora a que comiencen a generarse nuevas representaciones que amplíen la accesibilidad acortando la distancia entre los sujetos entre sí y los sujetos con los recursos y servicios en el barrio, contribuyendo a la construcción y solidificación del vínculo entre población e instituciones (Demarco, Ghiselli y Bertolesi, 2015).

Bibliografía

- Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2013-2015*. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- De la Aldea, E. y Lewkowicz, I. (1999). «La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud» (en línea). Recuperado el 9/8/2015 de http://www.lacasona.org.ar/media/uploads/la_subjetividad_heroica_escrito_por_elena_de_la_aldea.pdf.
- Freire, P. (1999). *Pedagogía del oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Huizinga, J. (2000). *Homo Ludens*. Madrid: Alianza.

El abordaje de los soportes comunicacionales como una posible alternativa ante el «desanudamiento» del lazo social

Federico Bondarovsky, Laura D. Cittadini Carrera y Florencia Piccinini

«Los llamados “ignorantes” son hombres y mujeres cultos a los que se les ha negado el derecho de expresarse y por ello son sometidos a vivir en una “cultura del silencio”».

PAULO FREIRE

Promoviendo derechos

El presente trabajo pretende dar cuenta de la construcción interdisciplinaria de un espacio de intervención grupal que se desarrolla paralelamente en los dispositivos de Hospital de Día e Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), al cual damos en llamar Taller de comunicación.

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 dio el marco legal al nuevo paradigma en el abordaje de las diversas problemáticas en el campo de la salud mental. A partir de esto, queda expresado, por un lado, que los usuarios de los servicios de salud mental son sujetos plenos de derechos con el Estado como garante de éstos y, por el otro lado, modelos de acción que entienden a los diferentes componentes que integran este campo como parte de un proceso complejo. Es por lo antedicho que se requiere de un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial que fije acciones y objetivos destinados a responder a los diversos padecimientos subjetivos.

La salud es un derecho humano y social impostergable e indelegable por parte del Estado. Es en este marco donde actualmente se implementan las políticas públicas en esta materia. La Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 reconoce a la salud como «una construcción social atravesada por componentes históricos, socio-económicos, culturales, psicológicos y biológicos cuya preservación y mejoramiento implican una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona» (Ley n.º 26.657, art. 3º). En este sentido, damos cuenta de que la cultura debe ser considerada en el desarrollo de actividades que apunten a la promoción de la salud y generen recursos simbólicos con el objetivo de propiciar el lazo social entendido como «la capacidad del sujeto para establecer vínculos con los otros que le permitan la vida en común» (Galende, 2011, p. 47) y de esta manera que tengan como fin «preservar o recuperar en el sufriente mental su capacidad en relación con los otros de su comunidad, la vida en común con sus semejantes, en la sociedad que le toca habitar» (Galende, 2011, p. 46).

La redistribución del capital cultural se ubica entre los objetivos primordiales del taller. En la mayoría de los pacientes que participan del espacio, el derecho al acceso a bienes culturales fue vulnerado. En este sentido, el dispositivo se propone la restitución, en la medida de lo posible, de ese derecho, en el marco de un Estado presente, para «construir (reconstruir) el acceso real a los derechos de ciudadanía, el ejercicio progresivo de los mismos, la posibilidad de verlos reconocidos y de actuarlos, la capacidad de practicarlos» (Rotelli, 1994, p. 1). Porque entendemos que el Estado «debe garantizar condiciones equitativas de acceso al debate público, a la información y a la participación ciudadana» porque «sólo democratizando la comunicación es posible garantizar una democracia real» (Baranchuk, 2011).

Democratización de la comunicación. Acceso a bienes culturales y herramientas tecnológicas. Construcción de un discurso propio

Al posicionarse desde una perspectiva materialista para hablar de la producción de discurso, se comprende que quienes carecen de los

medios necesarios para la producción material de éstos serán sometidos a incorporar y replicar discursos ajenos.

Al hablar de la democratización de la comunicación no se intenta reducir a sólo

[...] un aumento de las posibilidades de acceso a contenidos por parte del ciudadano-consumidor, sino como un derecho humano que implica también la posibilidad de que los diferentes grupos sociales puedan producir mensajes y acceder al manejo de los dispositivos de enunciación, de modo de generar discursos que puedan circular, dialogar, articular y disputar hegemonía con los sentidos socialmente dominantes (Rossi y Rudich, 2014).

El paciente va incorporando no sólo saberes técnicos sino también herramientas que le permiten deconstruir un discurso mediático «desmontando la estructura del emisor» en primera instancia, es decir, poder acceder a la información acerca de la propiedad de los medios y la relación entre sus dueños y los poderes político y económico de turno.

En el caso de estos dispositivos grupales, propiciar la palabra a quienes tienen padecimientos mentales es una forma de desplegar una posibilidad hacia su efectiva inclusión social.

A su vez, experiencias como ésta permiten al campo de la comunicación expandir su horizonte de acción y analizar la transformación de la relación entre pacientes de salud mental con el consumo y producción de discursos comunicacionales.

El taller aquí y allá

El Taller de comunicación es co-coordinado por un/a profesional psicólogo/a (en el caso de Hospital de Día son dos profesionales) y una tallerista del área de comunicación, y consiste en encuentros

semanales donde, a partir del soporte audiovisual, gráfico y sonoro, se trabajan diversas temáticas con el fin de generar instancias de producción, reflexión y discusión. El taller se desarrolla dentro del marco terapéutico de los usuarios de salud mental tanto en el dispositivo de Hospital de Día como de Internación, adaptándose a las particularidades y enmarcados en el tratamiento específico de cada paciente, en la lógica del caso por caso. La convocatoria es abierta y, a su vez, consensuada con los equipos interdisciplinarios. Están aquellos pacientes que dentro de su dispositivo específico de tratamiento transitan por los talleres en los dos servicios, y en algunos de estos casos pudimos observar cómo este taller funciona como punto de anclaje, dando cierta estabilidad ante la necesidad de adaptarse a un nuevo espacio físico, a un nuevo equipo. El taller se desarrolla con un encuadre que se intenta respetar, destacándose un primer momento o caldeamiento en el cual los pacientes recuerdan qué hacemos y para qué lo hacemos. Se presentan y dan cuenta del espacio a quienes se suman por primera vez. ¿Se toma una herramienta comunicacional como disparador para trabajar determinadas temáticas o son las temáticas las que funcionan como disparadores para analizar los recursos comunicacionales y visibilizar las distintas formas de decir o callar? Se consideran fechas históricas y distintos sucesos de la actualidad que, desde la óptica de los diferentes soportes, nos permiten ver aquello que ha permanecido oculto, aquello que ha sido velado con una determinada intencionalidad. Partimos de la idea de que no existe la objetividad. La realidad se puede tapar o se puede hacer tapa, nos repitieron. Durante años se velaron derechos: el derecho a la salud, el derecho a la información, el derecho a la cultura, el derecho a una vida digna.

Se propicia el intercambio a fin de hacer circular la palabra, promoviendo un espacio de participación que posibilite nuevos posicionamientos subjetivos. Es en este sentido que se generan las posibilidades para la exploración de las potencialidades de los pacientes, se las visibiliza e incentiva.

El proceso grupal como dimensión de la creación colectiva para la transformación a través del arte debe tener en cuenta lo que cada uno de los integrantes aporta como inquietud artística o temática, así como las características e intereses grupales y sus potencialidades. [...] De esta forma, se reconoce a los participantes en su dimensión subjetiva como personas portadoras de potencialidades creativas y expresivas que pueden desarrollar de forma activa (Bang-Wajnerman, 2010, p. 4).

El objetivo es generar preguntas, abrir sentidos. El saber no se concentra en quienes coordinan ni tampoco en los pacientes. El conocimiento no se transmite, se construye en acto (Freire, 1985). Estos saberes construidos colectivamente dan lugar a algo novedoso. Se forma un grupo, un equipo. Luego ese mismo grupo que pudo filmar un corto podrá colaborar en el armado de un currículum vitae de alguno de sus compañeros o podrá compartir estrategias de actividades para el fin de semana. Se da lugar a un sentido nuevo, que estaba allí y había que visibilizarlo. Ese día analizamos determinado acontecimiento a partir de un medio en particular y abrimos sentidos, circuló la palabra y algo produjimos: una tapa de un diario, un corto, un programa de TV, una entrevista, una canción. Los silenciados tomaron la palabra, se la apropiaron y dijeron algo o lo dibujaron o lo recortaron y pegaron. Surge la posibilidad de hacer una salida, no como algo novedoso en sí mismo, pero tomando algo de esa salida y generando una producción comunicacional a partir de ella. La salida, a su vez, pasa a ser un motivador más para participar del espacio cuando a veces gana la apatía.

Praxis interdisciplinaria en la constitución del dispositivo grupal

La Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 plantea que «debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo

interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes» (Ley n.º 26.657, art. 8º). El espacio de intervención grupal intenta enmarcarse dentro de la lógica interdisciplinaria ya sea en el trabajo mismo entre los co-coordinadores así como también la articulación con los equipos interdisciplinarios específicos de cada paciente. Esto trae aparejados nuevos obstáculos y desafíos. Se trata de la construcción de un modo de entender y abordar al sujeto, y «la interdisciplinaria es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina» (Stolkiner, 2005, p. 5). Todas las actividades que se realizan en el dispositivo son pensadas, elaboradas y planificadas colectivamente entre los coordinadores psicólogos/as y la tallerista del área de comunicación desde una perspectiva terapéutica, considerando la subjetividad particular de cada paciente y poniendo el eje en la diversidad de intereses. Además, se intenta articular con los equipos interdisciplinarios de los dispositivos; por un lado, para incorporar elementos a la hora de desarrollar la actividad específica en la intervención grupal; y, por el otro, transmitir a los equipos los diversos elementos que surgen en la actividad y que puedan resultar relevantes a la hora de continuar elaborando el plan terapéutico de los pacientes, así como también el lugar que ocupan dentro del dispositivo terapéutico.

Es la práctica misma la que nos lleva a pensar interdisciplinariamente. Sin embargo, es esta misma práctica la que impone obstáculos a la hora del trabajo interdisciplinario, debido a que la mera superposición de saberes y disciplinas, en este caso, en la elaboración de un espacio de intervención grupal no genera trabajo interdisciplinario, la relación entre las disciplinas debe ser provocada (Elichiry, 1987). El principal desafío radica en generar espacios reales de intercambio, de planificación y evaluación, «es prácticamente imposible el trabajo interdisciplinario si no se genera un

espacio de reflexión, porque el trabajo interdisciplinario no es un trabajo espontáneo» (Stolkiner, 2005). Es menester que estos espacios posibiliten un diálogo transdisciplinar que produzca acciones concretas destinadas a transformar la realidad, que apunten a producir recursos tales que generen en los pacientes de salud mental grados mayores de autonomía que les posibiliten modificar su mundo circundante.

Algunas reflexiones finales

A modo de cierre, consideramos importante abrir sentidos sobre la base de lo que nos interpela la praxis misma en el trabajo interdisciplinario.

Nuestras formaciones académicas raramente consideran el trabajo con otros saberes. La visión unívoca y recortada de la realidad poco puede decir sobre la complejidad del mundo actual. Es por esto fundamental la apuesta al trabajo interdisciplinario. En este sentido nos hacemos algunas preguntas. ¿Podríamos no contemplar los saberes no académicos? ¿Quién más que los padecientes sabe sobre su propio sufrir? ¿Cómo decir lo que se sabe cuándo por años se les dijo cómo vestirse, qué lenguaje adoptar, qué consumir y cuánto? Los medios de comunicación hegemónicos cuestionan sólo ciertas violencias, nada dicen de la violencia simbólica que ellos ejecutan a la hora de decidir qué decir y qué callar. ¿Quién tiene el poder en el mundo globalizado?

La nueva Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 nos interpela a ser creativos y la complejidad de la salud mental implica abordarla no desde conceptos dogmáticos sino desde intervenciones abiertas, dando un lugar central a la singularidad del sujeto. Es menester elaborar intervenciones que apunten a la liberación del sujeto otorgando herramientas que posibiliten mayores grados de autonomía, haciendo efectivo el ejercicio de los derechos en el marco de un proyecto de inclusión social.

La salud como derecho, no como mercancía, y el Estado como garante de ella. Es imprescindible que esta premisa sea efectiva, dejando atrás la cara del Estado represor que durante años padecieron los usuarios de salud mental, los invisibles, los olvidados de siempre. Hoy hay un Estado presente, que nombra, que aloja, que incluye y que exige un trabajo mancomunado entre los agentes del Estado y la sociedad en el sentido de efectivizar el hecho de que donde hay una necesidad nace un derecho.

Bibliografía

- Bang, C. y Wajnerman, C. (2010). «Arte y transformación social: la importancia de la creación colectiva en intervenciones comunitarias». *Revista Argentina de Psicología*, n.º 48.
- Baranchuk, M. (2011). *Ley 26.522 de Servicios de Comunicación Audiovisual: una normativa encuadrada en el paradigma de los Derechos Humanos*. Buenos Aires: Mora.
- Elichiry, N. (1987). *El niño y la escuela. La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de nuevas metodologías transdisciplinarias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freire, P. (1985). *Pedagogía del oprimido*. Montevideo: Siglo XXI Editores.
- Galende, E. (2011). «El concepto de comunidad en Salud Mental Comunitaria». *Revista Salud Mental y Comunidad*, año 1, n.º 1. Buenos Aires.
- Graziano, M. (1986). «Política o ley: debate sobre el debate». *Revista Espacios*, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Ley n.º 26.522. Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 10 de octubre de 2009.
- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.

- Mac Bride, S. *et al.* (1987). *Un solo mundo, voces múltiples*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Martínez Bouquet, C.; Moccio, F. y Pavlovsky, E. (1979). *Psicodrama psicoanalítico en grupos*. Madrid: Fundamentos.
- Marx, K. (1845). *La ideología alemana*. Montevideo: Pueblos Unidos.
- Pichon-Rivière, E. (1977). *El proceso grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rosas, M. (2005). «Entrevista a A. Stolkiner». *Revista Salud y Población*, n.º 4.
- Rossi, D. (2012). *Acceso y participación: políticas activas, condicionamientos de los licenciarios dominantes y el desafío digital*. Buenos Aires: Cecso. Universidad de Buenos Aires.
- Rossi, D. y Rudich, T. (2014). *Audiovisual y servicios en convergencia en Argentina: hacia la garantía de accesibilidad para sectores vulnerables y el fortalecimiento de la diversidad*. Trabajo presentado en el XII Congreso Latinoamericano de Investigadores de la Comunicación, Lima, Perú.
- Rotelli, F. (1998). «Rehabilitar la rehabilitación». En *Enfoques para un debate en salud mental*. La Habana: Conexiones.
- Stolkiner, A. (2007). «APS e interdisciplina». *Revista APS*, año 4, n.º 7, Buenos Aires.

El empoderamiento a través de la palabra

Cecilia Escobar y Liliana Laffrentz

Introducción

En el presente trabajo intentamos dar cuenta de lo interdisciplinario en la manera de intervenir en los pacientes a partir del taller de lectura y escritura (literario) y del taller de lectoescritura, que tienen lugar en Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Para profundizar en el análisis del impacto que generan estos espacios se compartirá la experiencia sobre un caso en particular.

Los talleres

Los talleres de lectura y escritura (literario) se realizan de manera grupal. En ellos, contamos cuentos o poemas, jugamos con palabras. Estas lecturas resultan disparadoras, generan una resonancia con respecto a la propia historia, o disonancia con respecto a las vivencias de los pacientes. Desde la escritura, jugamos al cadáver exquisito (un poema colectivo), o hacemos cuentos grupales, a veces combinado con dibujos, escribimos cartas, etc.

La palabra narrada nos permite remitirnos a veces a situaciones humorísticas, otras a la reflexión, a tener en cuenta que otras miradas son posibles, a colocarnos en lugares diferentes a los habituales o conocidos, a expresar la propia opinión y a respetar las ajenas. Las lecturas generan discusiones y debates intergeneracionales, intersexua-

les, de cuestiones de género. Intentamos que todos sean escuchados y aprendan a escuchar al otro, a defender su postura a partir de la argumentación propia. A pesar de que los talleres son grupales, se hace hincapié en la singularidad de cada sujeto y el hecho de poder brindarles ese lugar especial que necesitan y merecen. La opinión de cada uno de los participantes del taller es importantísima, es un ejercicio de reconocimiento de la propia voz. La mayoría de las veces, hay un desconocimiento, de parte de los pacientes, de la voz propia; se produce, en este espacio, al ir descubriendo palabras, conceptos, sentires, un develar las palabras para explorar esa voz y que salga a la luz.

Los talleres de lectoescritura son, por lo general, individuales. Hemos optado por esta modalidad para respetar los tiempos que cada paciente requiera para poder recuperar, o a veces instalar, la capacidad de lectoescritura. Nos distanciamos, de alguna manera, de la escuela formal o de los talleres de alfabetización, ya que no nos adecuamos a las pautas convencionales; por el contrario, cada taller es pensado y planificado para ese paciente en particular, para sus necesidades, sobre la base de sus saberes previos y teniendo en cuenta las fluctuaciones que los mismos pacientes presentan día a día al transitar su período de internación. Entonces, a veces pintamos las letras, o practicamos fonación, dibujamos, hacemos cuentas, o también leemos, o escribimos, o todo junto.

Nos interesa destacar que estos espacios que los talleres brindan son un sitio para apropiarse de la palabra, la escucha desde otro lugar, desde el arte, desde lo lúdico; una manera de facilitar herramientas para que los sujetos desarrollen la imaginación, para que experimenten nuevos canales de expresión, para generar proyectos individuales o colectivos.

Lo interdisciplinario

Los pacientes que asisten a los diferentes talleres son evaluados por los equipos interdisciplinarios (psiquiatra, psicólogo, trabajador

social) y luego son derivados a nuestros talleres como parte de su tratamiento terapéutico.

Una vez que los pacientes participan de los talleres, se mantiene una comunicación permanente y fluida con el equipo acerca de lo observado en los talleres, cuestiones y temáticas que se disparan a partir de los textos trabajados, o de los escritos de los mismos pacientes. Se intenta fomentar, de este modo, los intereses que cada paciente va descubriendo o desarrollando.

Puntualmente con respecto al caso que presentamos a continuación, la interdisciplina favoreció el espacio de taller desde varios lugares; por un lado, la participación de Liliana, la técnica en adicción dinamizó el vínculo reciente entre la tallerista Cecilia y la paciente; y la posibilidad de desarrollar actividades que fueran interesantes y atractivas para ella, que generaran que se sostuviera el espacio. Además, a través de la comunicación fluida entre el equipo tratante y la tallerista, se pudieron tomar en cuenta los emergentes que surgieron en el momento de taller para abordarse luego en el espacio de tratamiento.

Para concluir, creemos y sostenemos que esta comunicación genera que podamos intervenir con el paciente de una manera más integral.

El empoderamiento

La filosofía del empoderamiento tiene su origen en el enfoque de la educación popular desarrollada a partir del trabajo de Paulo Freire en la década de 1960, estando ambas muy ligadas a los denominados «enfoques participativos», presentes en el campo del desarrollo desde la década de 1970.

El empoderamiento ha sido definido también como uno de los cinco ejes de la acción comunitaria, junto con la participación, la concienciación, la educación y el desarrollo (Varela Crespo, 2000).

Por supuesto, el empoderamiento comunitario requiere del empoderamiento individual para ser una realidad sólida. Según San Pedro (2006), el empoderamiento individual avanza en la medida

que el sujeto toma conciencia de sus posibilidades, a la vez que puede contribuir de forma más activa a la acción colectiva. El empoderamiento individual amplifica la voz colectiva. Exige respeto al otro, a la vez que el otro aumenta en el respeto a sí mismo (Vidal, 2009).

Presentación del caso

L. es una paciente de 30 años internada en nuestra institución desde agosto del año pasado. Desde los 18 años tiene consumo problemático de sustancias y alcohol. Cuenta con el apoyo de un padre adoptivo muy mayor. También tiene madre y hermana, pero no hay relación con ellas. Tiene dos hijos, uno que está al cuidado de su ex suegra y otro más chico que se encuentra en un hogar.

La primera vez que trabajamos con ella en el grupo del taller de lectura y escritura, manifestó desinterés y prefirió irse antes de terminar el espacio. A partir de su poca participación en el grupo, se trabajó conjuntamente con el equipo tratante de la paciente y se decidió que asistiera al taller de lectoescritura, conociendo las dificultades que la paciente presentaba para leer y escribir, y para ofrecerle un ámbito más acotado.

Al principio estos talleres estaban compuestos por pocos pacientes, luego los planteamos de manera individual. Durante el transcurso de éstos, L. se limitaba a copiar letras, sin que se produjera ningún impacto en ella. Para convocarla, la íbamos a buscar, la despertábamos, ella se adormecía en el taller, no lográbamos que se entusiasmara. Un día que estuvo sola, le propusimos escribir una carta. Como ella tendría salida durante el próximo fin de semana a casa de su padre, propuso que la carta fuera dirigida a él. Éste es el texto de la carta:

Buenos Aires, 29/1/15

Querido Papá:

¿Cómo anda?

Le quiero contar que estoy en tratamiento, muy contenta.

Te quiero ver, te extraño mucho.
Estoy muy ansiosa por ir a casa mañana.
Chau, Papá.
Te mando un beso.
L.

Es importante aclarar que al comienzo ella redactaba la carta y se le copiaban las letras para que ella las reprodujera. Cuando comienza el tuteo al padre, ella ya escribía algunas palabras con ayuda. Al terminarla, como no teníamos sobre, doblamos la hoja de manera tal que se asemejara a uno. Le dijimos que se ponía el destinatario en el centro. Ella escribió sola, sin ningún tipo de ayuda: «Papá. Te quiero».

Las lágrimas de emoción rodaban por nuestras mejillas, a partir de ese momento se produjo el punto de inflexión en su espacio de taller, y decidimos continuar trabajando con ella de manera individual. Como veníamos trabajando en hojas sueltas, le conseguimos un cuaderno; eso le dio pertenencia. Ya venía sola a la hora del taller y les decía a sus compañeros de internación: «Voy a la escuela». En el cuaderno, a veces dibujaba algo relacionado con los cuentos que leíamos, al principio escribía lo que hacía, lo que comía, si tomaba mate, etc. Luego, con el tiempo, y a partir de situaciones que la angustiaban, le propusimos que escribiera sobre lo que sentía, lo que la tenía mal o la afectaba.

Es necesario aclarar que la paciente desde un comienzo expresó su deseo de ver a sus hijos, cuánto los extrañaba. Sin embargo, lo que no aparecía en los comienzos de su espacio era su conexión con ella misma, más allá de sus sentimientos y deseos maternos. Queremos aclarar que ella escribe lo que quiere y no es guiada, ni inducida por nosotras en ningún momento, ni siquiera en la selección de las palabras.

Compartimos a continuación una selección de lo escrito en su cuaderno para observar su proceso:

Jueves 19/2/15

(Escribe su nombre).

El fin de semana fui a visitar a Papá. Miramos la tele, películas de amor. Escuchamos música.

Los extraño a mis hijos: J. y T.

Miércoles 25/3/15

El fin de semana miré tele, una película de acción. Tomé mate, escuché música: cumbia. El músico que más me gusta es Leo Mattioli. Dormí una larga siesta

Miércoles 15/4/15

Ayer dormí todo el día y soñé con mis hijos, que los extraño mucho.

Hoy, más temprano, tuve ganas de irme del hospital, porque me siento sola y me aburro.

Quiero rehabilitarme, terminar una etapa de mi vida.

Martes 19/5/15

Compartí con Papá una comida.

Tomé mate, miré tele, escuché música.

Extraño a mi bebé un montón.

Ahora me toca esta semana estar con mi hijo, el más grande.

Hablé con mi hermana, cosas de mujeres.

Miércoles 27/5/15

Vi a mi hijo mayor, J. Él corrió a abrazarme cuando me vio.

Él me contó que va al jardín, habla mucho, está re grande; le saqué muchas fotos.

Con Papá fuimos juntos a verlo.

Miércoles 3/6/15

Me siento mal porque no medité.
Quiero consumir drogas y se hace difícil.

Le propusimos que dibujara algo que reflejara su angustia, y se dibujó a sí misma con su hermana K. y con su hermano R. (fallecido, él iba a visitarla frecuentemente cuando estaba internada en otra institución).

Martes 23/6/15

Fui al barrio y estaba todo igual, pero yo cambié, no estoy igual.
Mi proyecto es estar con mis dos hijos el día de la madre.
No quería consumir con mamá pero lo soñé.

El barrio mencionado es en el que ella sostenía su situación de consumo.

Martes 30/6/15

La persona manda con sus sentimientos.
Tengo miedo de querer consumir.
Ver a mis hijos, es ver una parte tuya, es lo que me da fuerza.

Jueves 2/7/15

Estoy ansiosa porque empiezo a viajar sola.
Voy a visitar a mi hijo J. el sábado.
Extraño demasiado a mis hijos.

Un aspecto que nos importa remarcar es que L. tiene por lo general dificultades para relacionarse, para participar grupalmente. De todos modos, en un momento ella abrió su espacio para compartirlo con dos compañeras de las que se hizo amiga. Pero, sin embargo, conservó sus talleres individuales en los momentos que consideraba que era necesario, ya que valoraba su espacio personal, exclusivo para trabajar sus cuestiones más íntimas; y de ese modo se lo manifestaba a sus amigas para que ellas no se sintieran dolidas.

Podríamos pensar que esta escritura, que funciona como una especie de diario íntimo de su transcurrir en esta institución, podría llegar a servir en un futuro cercano como una marca de la vivencia que la atravesó en este proceso de recuperación.

Hay una observación con respecto al proceso de escritura de L. que nos interesa analizar. Desde un comienzo, cuando ella copia las letras para formar las palabras, las realiza con una grafía desarrapada, desapareja. Sin embargo, cuando las letras surgen espontáneamente de su fuero íntimo (aunque a lo mejor falten algunas letras en esas palabras), la letra, es decir, la grafía, el dibujo de esa letra, se estabiliza y quedan todas las letras parejas, del mismo tamaño.

Incluso nos llama la atención esta suerte de «proceso inverso» que se produce con ella. Paradójicamente, uno supondría que cuando ella copia las letras, estas deberían salir de manera prolija y pareja; y que en los momentos en que en ella irrumpe todo lo que le acontece hacia el exterior, tendría que salir «a borbotones», y esto se reflejaría en una letra desgarbada y desordenada que refleje ese volcán.

No es justamente lo que sucede, en estos casos en los que aflora su ser más íntimo, la grafía es clara, como copiada de un libro. Es entonces que aquí queremos resaltar el hecho de que cuando se ofrece un espacio donde la palabra es develada, la voz de estos sujetos emerge con fuerza, con entereza, reflejándose en las propias letras en el caso de L.; logrando el *empoderamiento*, este pararse sobre los propios pies y emitir la voz y decir, por ejemplo: «Yo tengo una vida», como le dijo una vez L. a su padre, durante una discusión. El empoderamiento en este caso no sólo se hace visible por el hecho de escribir palabras, sino además por el de escribir las propias palabras.

La recapitulación

Desde el espacio ofrecido en los talleres intentamos facilitarles a los pacientes la palabra desde otro lugar. En dichos espacios surgen cuestiones que pueden enriquecer el proceso terapéutico y comple-

mentarlo, de este modo se produce la interdisciplina. Desde lo observado y vivenciado en los talleres, se comparten estas miradas al equipo terapéutico. Estos disparadores provenientes de la literatura, estas historias narradas, que se hacen eco en la historia personal, que la cuestionan, que los lleva a repensarse, a repensar el rol femenino o el masculino, a correrse de lo estipulado, de lo conocido. Estas herramientas los llevan a considerar que su opinión es importante. En los comienzos les cuesta creer que su voz es valedera, responden al principio con lo que creen que se espera de ellos, hasta que, como capas de cebollas, se van corriendo los velos, y escuchamos sus pensamientos y sus sentimientos más íntimos. Se produce un *feedback*, una retroalimentación permanente entre ellos y nosotras, y eso es lo que hace tan nutricional a este espacio. Lo fundamental de este vínculo que se establece entre todos es la confianza que se construye, y el hecho de que ellos saben que cuentan con un espacio para comentar su proceso de empoderamiento.

Bibliografía

- San Pedro, P. (2006). «El individuo como agente de cambio: el proceso de empoderamiento» (en línea). Recuperado el 18/05/2015 de <http://fride.org/publicacion/38/el-individuo-como-agente-del-cambio-el-proceso-de-empoderamiento>.
- Varela Crespo, L. (2010). «La educación social y los servicios sociales en los procesos de desarrollo comunitario: revitalización del trabajo en red». En *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, n.º 17, pp. 137-148.
- Vidal, F. (2009). *Pan y rosas. Fundamentos de exclusión social y empoderamiento*. Madrid: Cáritas y Fundación Foesa.

Musicoterapia clínica: una terapia activa. Del hacer y la intervención del musicoterapeuta en un equipo interdisciplinario

Daniel A. Garay, Clara L. Sirulnik y Mónica G. Valle

Introducción

Organizar el espacio en torno nuestro, integrarse a otros ritmos, es una necesidad fundamental del ser humano.

Con esta presentación intentamos dar cuenta de esta disciplina, la musicoterapia, y del quehacer y la intervención del musicoterapeuta en un equipo interdisciplinario. Esta construcción permite crear y favorecer el intercambio, posibilita una ampliación de la visión del paciente y de su problemática.

Desde la musicoterapia se propone un continente, un espacio y un tiempo determinados que puedan usarse para «un hacer». Un lugar donde, además de la palabra hablada, existan otros medios de intercomunicación, de relación, de expresión y creación: abordaje sensible que brinda al paciente un lugar para la expresión, el encuentro, la posibilidad de respuesta y solución de las necesidades de la salud integral.

Abordamos al paciente formando parte del plan terapéutico delineado, ofreciendo una modalidad y dinámica diferentes, donde predomina el sentir-hacer-pensar-hablar. Se desarrolla una tarea en la que se privilegia el tiempo de hacer, el hacer-acción, sobre el decir-hablar, y donde los protagonistas son los cuerpos y los sonidos, y lo que se verbaliza está referido generalmente a lo hecho.

La musicoterapia clínica es aquella que está enfocada hacia el sujeto, se centra en la «demanda», y busca el alivio a una determinada

problemática. La musicoterapia es una terapia esencialmente activa. Como espacio terapéutico intenta un cambio en el otro, no sólo desde la palabra, sino también apelando a otros recursos. Estos otros recursos articulan las distintas técnicas que se van implementando, desde el trabajo en grupo hasta la propuesta más específica relativa a la tarea musicoterapéutica.

Como técnica expresiva, lo lúdico se orienta a que el paciente pueda encontrarse con sus contenidos internos, lo cual favorece un camino hacia la armonía entre pensamiento, sentimiento y acción, así como también la liberación de conflictos, que además facilita la expresión: «Lo dicho se desdice y recrea permanentemente, en una nueva significación [...] Lo expresivo lleva necesariamente a la comprensión del individuo en su presente, en su producción actual [...] el aquí y ahora se instala sin esfuerzo [...]» (Moccio, 1994, p. 14).

La actividad musicoterapéutica se genera y se gesta en sesión a partir de las necesidades planteadas por los pacientes, y los emergentes que surgen tanto en lo grupal como en el trabajo individual. Se articula también con otras técnicas, que favorecen la especificidad de la tarea en cuestión, como por ejemplo: el psicodrama, ejercicios y técnicas gestálticas, se logra otra forma de «estar», de compartir, de dirigirse a los otros, de pensarse uno mismo.

El escuchar es un arte, donde se interpone siempre la pantalla de nuestros propios pensamientos, de nuestras conclusiones, de nuestros prejuicios; tiene que haber quietud interna y una atención relajada, que permitan escuchar lo que está más allá de la conclusión verbal. Sólo cuando uno escucha, oye la «canción profunda» detrás de las palabras. La escucha implica un movimiento de entradas y salidas que se pone de manifiesto en juegos y escenas para poder captar, indagar, reflexionar, señalar, interpretar y reformular.

Es una escucha dinámica, de acuerdo con el momento del tratamiento. No sólo se escuchan las palabras o los sentidos, sino también todo lo que el paciente entrega durante la sesión. Aparece en escena un lenguaje no verbal traducido en gestos, movimientos, sonidos, música, silencios, afectos, miradas.

Son los pacientes los que nos habilitan y autorizan a conducirlos por ese trazo engorroso que representa conectarse con lo enfermo y con lo sano de su persona y porque la música y el sonido y las diferentes propuestas que se despliegan en este espacio serían «sólo ruido», si no los re-significara un vínculo transferencial (Pellizzari, 1993, p. 43).

No es sólo la música lo que se utiliza como parte del proceso terapéutico, se utiliza el sonido en el aspecto más amplio de la concepción, y el movimiento. El movimiento aprehendido, como dato inmediato, nos lleva a descubrir el cuerpo como unidad, con totalidad primordial. El carácter expresivo del movimiento nos remite a la persona y no a un objetivo exterior que es preciso alcanzar.

En un espacio integrado por pacientes y terapeutas observamos tres niveles de manifestación: un lenguaje sonoro, un lenguaje verbal y un lenguaje corporal. Trabajamos con la expresión integrada de estos tres lenguajes, rescatando la importancia del papel del cuerpo y sus sonidos en el proceso terapéutico. Su participación hace que la comunicación «toda» cobre otros niveles de relevancia, y de esta forma entran más elementos en juego en el proceso terapéutico general.

El caso Laura

En la presentación de este caso nos hemos focalizado en el trabajo que se hizo a partir del cuerpo.

Laura reingresó a este hospital con el fin de retomar el proyecto que había comenzado a construir en la internación anterior y por cuestiones ajenas a ella no llegó a poner en marcha.

Dicho proyecto le posibilitaría salir de la prostitución y palpar un sueño que había deseado por años. Se trabajó con los datos y temáticas traídas por ella en forma espontánea.

En sus relatos hizo referencia al monto de angustia que ubica desde su temprana infancia, a partir del rechazo constante recibido

desde los vínculos familiares hacia su nueva elección de identidad sexual.

Desde entonces trató de sobreponerse a las constantes agresiones verbales y físicas provenientes de los vínculos parentales, lo cual le fue generando un gran resentimiento hacia ellos.

El cuerpo con sus actitudes y sus movimientos es aquello por medio de lo cual el sujeto aparece ante los demás, de modo que adquiere una importancia primordial en la relación con las personas, porque cada manifestación del existir se proyecta en el cuerpo. No hay sentimiento que no implique un gesto o una mímica para ser.

Desde pequeña ya sabía qué nombre elegiría cuando pudiese abrirse al mundo en su nueva identidad de mujer. Al entrar en la adolescencia, decidió travestirse a pesar de las consecuencias que esto traería en el entorno familiar.

La violencia del padre se iba acrecentando y los efectos de dicho maltrato los comenzó a experimentar como síntomas en el cuerpo: ansiedad, insomnio, sudoración, angustia, dolores de estómago.

Richard Seldes lo expresó de este modo: «[...] se trata de momentos de crisis en la vida del sujeto, el que, al no poder dar cuenta de su sufrimiento, inefable, queda encerrado en el mayor mutismo, es impulsado a actos desesperados, o es presa de la más cruel angustia» (Seldes, 1993, p. 31).

Integrar la música o el sonido a la terapia es integrar el cuerpo y es ir en busca de sus gestos, posturas y estilos, como engarce de la historia de su familia, sector social y su cultura. Buscar en el cuerpo lleva necesariamente a la relación del cuerpo con el cuerpo del otro y desarrolla un plano de encuentro.

Si bien la madre de Laura aparece como figura sumamente absorbente y manipuladora, representa a su vez a la persona que podía contenerla, limitarla en sus acciones, que frenaba así sus tendencias impulsivas y auto-hétero-agresivas.

Al fallecer el padre pudo sentir en parte cierto alivio, dado que éste llegó a pedirle perdón por los malos tratos ejercidos sobre ella. Si bien nunca conoció a su padre biológico, reconoció a este padre

adoptivo que le dio el apellido, aceptando el perdón que le manifestó antes de morir.

Es allí cuando queda impregnada por los dichos de su madre, quien intenta ejercer control sobre ella, a través de una posición de víctima. Sin embargo, Laura buscaba permanentemente su aprobación y aceptación, incluso en cuanto a su elección de identidad sexual.

El principal instrumento del hombre es su cuerpo, y para hacer sentir a los demás un trabajo de instrumentación es necesario haber tenido la propia experiencia corporal.

La angustia continuaba persistiendo, Laura encontraba cierto alivio momentáneo en el uso de sustancias psicoactivas, básicamente en el uso de alcohol. Así, fue generando un vínculo dependiente no sólo con su madre, de quien buscaba la contención y aprobación, sino también con el alcohol, el cual le posibilitó, como beneficio secundario, trabajar en la calle ofertando su cuerpo.

En este marco la paciente enfatizaba que no le era posible ejercer la prostitución sin estar alcoholizada. Dicho consumo la condujo a estados de absoluto descontrol y excesos, que derivaron luego en reacciones violentas auto-hétero-agresivas.

El punto de mayor angustia aparecía en sus relatos al recordar situaciones en las cuales estallaba en violencia, y quedaba expuesta a sus propias conductas impulsivas, cuando ya no estaba su madre para poner un freno a los desbordes y excesos en los que solía y suele encontrarse.

Luego de fallecer su madre, incrementó aún más el consumo, primeramente de alcohol, pero también de otras sustancias, y así entró en un circuito en el cual habitualmente siente que ya no puede salir y continúa a su vez retroalimentando.

El terapeuta busca soporte en la red que su cuerpo establece con otros cuerpos, y, si es eficaz, lo es en la medida en que ha logrado una tarea clara, realizada en relación con otras tareas, y habiendo logrado nitidez al retículo de las relaciones conscientes e inconscientes que se establecen con el grupo de terapeutas y de pacientes.

La presencia del cuerpo y sus manifestaciones no es sólo soporte, sino también lenguaje; no es sólo fondo, sino también figura; no es sólo herramienta, sino también historia.

Sin embargo, surgía el recuerdo de una etapa de su vida en la cual solía realizar actividades relacionadas con la belleza de la mujer en una peluquería.

Suele recordarse estable en su ánimo, entusiasmada y con buenos resultados en el desempeño de esta actividad que la estimula y la motiva para cambiar de vida.

Considera que volver a trabajar en este oficio le abriría un nuevo horizonte, ya que su deseo sería dejar la prostitución y regular el consumo de sustancias.

Desde este enfoque, el equipo profesional propuso como estrategia de tratamiento acompañar a la paciente no sólo en su estabilización psíquica y física, sino también en la recuperación de su proyecto, el cual había quedado suspendido en el tiempo por cuestiones fortuitas, situación que fue vivenciada por Laura como una gran frustración.

Esta desilusión la habría debilitado en su decisión de abandonar el trabajo en la calle, de modo que volvió a los excesos y debió reinternarse en el hospital para poner coto a dicho descontrol.

El cuerpo responde sin teoría y da una contestación viva y comunicante. En este caso, como en tantos otros, el cuerpo se constituye en objeto principal de la autoagresión.

Desde los diferentes espacios terapéuticos, se propuso trabajar la posibilidad de retomar su proyecto laboral coartado, el cual la ubicaría frente a la vida en una posición de mayor valoración de sí y mayor autoestima.

Una sesión de musicoterapia

Luego de su primera entrevista, se evaluó que participaría tanto del trabajo grupal como del individual. En este relato se describirá una sesión individual.

Este primer encuentro posibilitó conocer algunos aspectos de la historia familiar y su problemática.

Se presentaba regularmente, con buena disposición e interesada en cada propuesta que se planteaba. Aparecieron en escena y en forma permanente la frustración y tristeza ante sus imposibilidades. Se repetía el miedo a pedir y marcaba lo económico como impedimento y factor desencadenante para la repetición (consumo y prostitución) y la angustia que esto le generaba.

Su «no poder pedir» la ubica en el lugar de esperar que el otro le dé, «espera» que casi nunca llega en forma espontánea.

En sesión individual se comenzó con un trabajo de relajación.

Elegió un lugar para ubicarse con el que se conectaba desde una sensación de bienestar. La sala, ambientada con música adecuada y las consignas dadas, intentó ir favoreciendo un clima de confiabilidad, lo que le posibilitó transitoriamente la desconexión con el mundo externo, para desarrollar más profundamente la autopercepción.

Dicho clima resulta necesario para poder sentir, percibir y registrar el cuerpo desde un lugar diferente. Un lugar donde partimos de la vivencia de jugar el conflicto, un conflicto que aparece cuando se da el permiso para poder sentir. Lograr de «adentro» hacia «afuera» ubicarse en un lugar diferente.

Poder «encontrarse» interactuando desde el cuerpo, el gesto, el contacto, el sonido, la mirada y la palabra. Poder «asumir-asumirse» en sus roles y funciones.

Las consignas eran las siguientes:

- Cierro los ojos, me conecto con mi cuerpo, mis sensaciones y percepciones...
- Me conecto con mis estados de ánimos..., los vivencio...
- Me centro en las manos...
- ...Redescubro cómo es esta parte de mi cuerpo...
- Toco las manos como si fueran extrañas, y dejo que una a la otra se descubran...
- ¿Cómo se encuentran?
- ¿Cómo son esas manos?...

- ¿Percibo qué transmiten?... Si transmiten...
- Percibo textura, tamaño, temperatura, estética, habilidades...

«Darse cuenta» implica que hay algo de lo corporal que se mueve dentro de uno; algo ocurre, no sólo en la mente, en el intelectualizar, sino en todo el cuerpo. Se produce la integración de lo emocional, lo afectivo, lo corporal, lo mental, lo cognitivo.

Avanzando en la propuesta, se sugiere:

- ...hago con las manos un recorrido por mi cuerpo para reconocirme, re-descubrirme, dándome el tiempo necesario para ello.
- Tomo contacto con mi cuerpo y siento qué me pasa...

Laura se apropia de la consigna, hace que sus manos se encuentren, se toquen, se reconozcan, y puede también recorrer las distintas partes de su cuerpo.

- ...Me quedo con el registro de sensaciones y sentimientos, y me doy cuenta de que desde las manos puedo comunicarme con otro, puedo buscar y encontrar a otros.

El movimiento del hombre se despliega en presencia de la mirada de los demás, sólo existe retomado por otro «ser expresivo», que lo acoge y lo interpreta.

- ...Extiendo las manos hacia adelante, dejando la derecha con la palma hacia arriba y la izquierda con la palma hacia abajo, descubriendo y sintiendo que hay otras manos que me esperan, me reciben, me sostienen... Sostengo..., doy..., recibo..., me contienen..., contengo.
- ¿Cómo se siente sostener?... ¿Cómo se siente ser sostenido?...
- ¿Cómo siento las manos del otro?...
- ¿Cómo me conecto con el otro?...

- ¿Cuál es mi necesidad?...
- Me quedo por unos minutos, en este encuentro, sintiendo, sólo... sintiendo.
- Intento darme cuenta de qué me pasa en este encuentro, cuál es la dificultad, qué puedo más, o qué no puedo... Doy y recibo...

Hay un punto de encuentro donde se posibilita una respuesta.

Laura se comprometió, se emocionó, se le dio el tiempo necesario para transitar por esta propuesta.

El tiempo tiene que ver con el preciso instante en que algo acontece. Propongo, lentamente, comenzar a separarse:

- ...Separarse del otro..., que las manos se despidan... guardando sensaciones, emociones, sentimientos.
- La despedida fue lenta, pausada, sentida, no quería soltar, no quería que la soltaran.
- Guardo el registro de esta experiencia, me quedo con esta vivencia.
- En el momento en que se pueda, abro los ojos.

Por unos minutos, en este encuentro se respiraba afecto, emoción; no hubo muchas palabras, pero esta sesión generó y movilizó poder trabajar sobre fortalezas y debilidades, y la disposición para hacer una búsqueda diferente: «otro camino».

Laura cerró diciendo: «No sabía que yo me podía mimar, acariciar..., me lo llevo... Gracias».

Conclusiones

En el trabajo realizado el abordaje que se implementó con los distintos recursos y técnicas tuvo como objetivo el encuentro y el reconocimiento del propio cuerpo, se lo revalorizó y se reposicionó desde un lugar diferente.

Laura pudo acceder a ese lugar tan temido sin ahuyentarse de la sensación de angustia. Pudo vivenciar y comprender que muy cerca

puede haber un otro que se ofrezca como sostén en la medida que ella recurra a ese otro y exprese sus emociones y necesidades.

Pudo darse cuenta también de que ella misma es capaz de sostenerse; descubrir sus potencialidades, sus recursos y capacidades, y así revalorizar y recuperar una imagen de sí que consideraba perdida en el tiempo.

Cuando la palabra está velada hay que buscarla, rescatarla, crearla.

Según Alicia Donghi: «[...] la sustitución del goce de la sustancia en el cuerpo por el de la palabra» (Donghi, 2003, p. 66).

A través de los sonidos, los gestos, el contacto, la música, se expresan las emociones más intensas, y se llega así a un lugar donde a veces no hay palabra.

Desde nuestra experiencia, poder conocernos, acercarnos, compartir sentimientos, ideas, dudas es en gran parte el resultado de un trabajo interdisciplinario.

Bibliografía

- Donghi, A. (2003). «Innovaciones de la práctica». En *Dispositivos clínicos en el tratamiento de las adicciones*. Buenos Aires: Grama.
- Fregtman, C. (1982). *Cuerpo, música y terapia*. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda.
- Gallardo, R. (1998). *Musicoterapia y salud mental. Prevención, asistencia y rehabilitación*. Buenos Aires: Ediciones Universo.
- Le Boulch, J. (1982). *Hacia una ciencia del movimiento humano. Introducción a la psicokinética*. Buenos Aires: Paidós.
- Moccio, F. (1994). *El taller de terapia expresiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Moccio, F. y Martínez Marrodán, H. (1988). *Psicoterapia grupal*. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda.
- Pavlovsky, E.; Martínez Bouquet, C. y Moccio, F. (1988). *Cuándo y por qué dramatizar*. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda.
- Pellizzari, P. (1993). *Musicoterapia psicoanalítica. El malestar en la voz*. Buenos Aires: Sudamericana.

Seldes, R. (1993). «La urgencia y el discurso». En *La urgencia. El psicoanalista en la práctica hospitalaria*. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones.

Campamento, una salida al encuentro. Nuevas intervenciones ante nuevos desafíos

Daniel C. Antagli, Nicolás E. Gil, Mario E. Iribarren y Alicia N. Maya

«Eso es el dispositivo: unas estrategias de relaciones de fuerza soportando unos tipos de saberes y soportados por ella».

MICHEL FOUCAULT, *Microfísica del poder*

Este trabajo tiene por objetivo transmitir una experiencia interdisciplinaria circunscripta tanto intra- como extramuros.

Es por el año 2000 donde comienza a surgir la idea de generar un espacio de intervención que trascienda las puertas del Hospital de Día del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), como un proyecto que permita poner en práctica algunos conceptos trabajados con los pacientes durante el año.

A lo largo de los años, la experiencia nos ha llevado a preguntarnos y, posteriormente, cuestionar si nuestra práctica tradicional de intervención en un contexto de consultorio bastaba o era suficiente para dar respuesta a esta clínica tan compleja y heterogénea con la que nos encontramos día a día.

Es así como la implementación de estas intervenciones en encuadres más flexibles comienza a tener una mayor repercusión y efectividad en el dispositivo de cada uno de nuestros pacientes, permitiendo al campamento tomar nuevas dimensiones y resignificar su función, haciendo huella o profundizando aquella que se generó a lo largo de su transitar por el tratamiento; pero en un lugar distinto, novedoso para muchos de ellos, permitiendo en ocasiones un en-

cuentro no solo con la naturaleza sino también con su subjetividad, muchas veces desconocida u opacada por el consumo, o la cotidianidad que abruma.

Pensar la clínica desde esta perspectiva nos lleva como equipo a operar desde otro lugar, el cual nos convoca e interpela a renovar los conceptos teóricos, permitiendo desplegar el potencial de los mismos con la finalidad de alcanzar o realizar algo diferente de lo que suele repetirse hacia el infinito.

De este modo, el campamento se transforma en un dispositivo de intervención que se orienta a favorecer la reconstrucción de solidaridades, redes y formas de reciprocidad e intercambio, intentando restituir una trama social fragmentada y fuertemente atravesada por formas de sociabilidad que cada vez más se orientan hacia la esfera individual.

El espacio del campamento siempre fue pensado como intervención clínica del equipo interdisciplinario, el cual permite evaluar, proponer y definir estrategias donde cada uno de los integrantes oferta un saber no absoluto, evitando acciones aisladas, dispersas o segmentadas, y favoreciendo una integración de dichos saberes. Según Carballada (2005): «El trabajo en equipo se presenta como una posibilidad de construir algo diferente en la medida que se pueda incorporar el concepto de diálogo por encima del de imposición [...]».

Es así como, al pensar la actividad de campamento como una instancia clínica interdisciplinaria, la dirección del hospital a partir del año 2012 apoya este proyecto, potenciándolo, brindándole los recursos económicos y humanos necesarios para llevarlo adelante.

¿Quién va al campamento?

A medida que comienza a circular la idea del campamento, la pregunta en los pacientes insiste, transformándose en un interrogante que comienza a desplegarse y, por tanto, es puesto a trabajar en los distintos espacios del dispositivo de cada uno de ellos, y esto para

todos aquellos profesionales de diversas disciplinas que intervienen: psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, médicos clínicos, musicoterapeutas, operadores sociales, enfermeros, acompañantes terapéuticos y talleristas, entre otros.

Es allí donde el deseo o no de cada sujeto se juega y confluye con la pertinencia o conveniencia clínica o social de participar de este encuentro dados los múltiples factores que intervienen en la salud mental, y particularmente en las toxicomanías, multicausalidad que complejiza y hace que el abordaje constituya un desafío.

La interdisciplina nos compromete a sostener y alimentar espacios de diálogo, donde no se pierda la singularidad de cada disciplina, y donde cada uno aporte su saber desde una relación horizontal. En distintos espacios, como reuniones de equipo, supervisiones y encuentros más informales, se generan constantes intercambios y, en ocasiones, discusiones enérgicas. Éstos nos permiten decidir si resulta o no conveniente la participación de cada paciente en el campamento teniendo en cuenta cada caso particular.

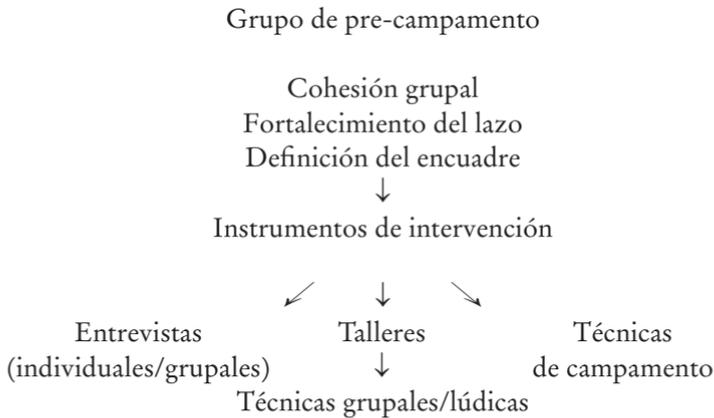
Algunos criterios que deben evaluarse:

- Evolución y estado actual del cuadro psicopatológico de base
- Agrupabilidad
- Relación actual del paciente con el consumo
- Situación social (laboral, educacional, familiar, habitacional, etc.)
- Evaluación clínica médica

Una vez definido el grupo, se da comienzo a las actividades que denominamos «actividades de pre-campamento», con el objetivo de afianzar la cohesión grupal y fortalecer los lazos. Estas reuniones nos permiten asimismo trabajar el encuadre que dará marco a este encuentro, el que se caracteriza por ser en un ambiente distinto, fuera del ámbito hospitalario, que implica (tanto para los pacientes como para los profesionales) un estar con el otro durante varias jornadas.

Al poder contar e instrumentar técnicas de sociometría, se logra articular la elección tanto de los integrantes de cada carpas como la

de subgrupos donde las tareas se eligen teniendo en cuenta las actitudes, aptitudes, afinidad y empatía de cada uno de ellos.



El campamento

Los campamentos se desarrollan en la localidad de Aguas Verdes, partido de La Costa (provincia de Buenos Aires, Argentina). No se trata de una elección azarosa o caprichosa, dado que en este lugar se conjugan diferentes factores que lo hacen propicio para la actividad campamental.

El camping cuenta con las condiciones de salubridad, seguridad y confort necesarias para este tipo de práctica, a lo cual se suma el paisaje boscoso, una amplia extensión de playa y el mar, escenario que favorece la organización y desarrollo de numerosas actividades. El campamento propiamente dicho comienza a las 6:30 de la mañana, cuando comenzamos a juntarnos en la puerta de nuestro hospital, ya desde ese momento se percibe un clima cargado de esperanzas, expectativas y ansiedades, que vamos tramitando con mates, juegos y anécdotas de otros viajes, donde la palabra comienza a circular en un ambiente distendido y de confianza.

La entrada a la ciudad despierta en el micro una gran emoción, la cual se visualiza a través de aplausos, gritos y silbidos, y el mar se convierte en el protagonista principal. Al bajar del micro, cada cual se contacta con el paisaje y la actividad de forma muy particular, evidenciándose los roles que cada uno intentará jugar en esta dinámica grupal.

La primera consigna será el armado de carpas y la organización de nuestro primer almuerzo, para lo cual cada uno aporta su disposición y sus conocimientos –apoyados en muchas ocasiones sobre la base de experiencias o vivencias anteriores y en la heterogeneidad del grupo–.

Una vez organizado el campamento y luego de nuestro almuerzo, podemos disfrutar del primer día de playa. Los días comienzan muy temprano y finalizan a altas horas de la noche, días que intentamos sean vividos de forma placentera, si bien aparecen de modo inevitable las angustias, ansiedades, los malestares y la abstinencia; en ese momento interviene el equipo o aquel a quien la transferencia se lo permita particularmente.

Realizamos constantemente microreuniones de equipo con el objetivo de evaluar el clima grupal y la situación individual de cada acampante, y nos permitimos repensar las intervenciones o actividades que desarrollaremos.

Por las noches el cansancio se hace evidente y la acción cede ante la palabra, surge el juego, en particular el juego de cartas, y brotan las historias personales, propiciándose el intercambio, chistes, risas, identificaciones, proyecciones y resistencias que enriquecen al grupo. La última noche realizamos una actividad que consiste en el tradicional «fogón», el cual nos permite escuchar la evaluación y valoración que cada uno puede construir acerca de lo vivido y sentido durante estos días de campamento.

Post-campamento

La vuelta es algo que impacta significativamente en cada uno de nosotros de manera particular, determinado esto por múltiples y

variados componentes: las características individuales, la historia personal y familiar, la estructura de personalidad, la dinámica familiar actual, el contexto o condición social y habitacional.

Es por ello que ya desde el último día buscamos poner a circular a través de la palabra todo aquello que se suscita a partir de nuestro regreso: temores, ansiedades, expectativas, frustraciones, felicidad, tristeza, son algunas emociones o sensaciones que se nos presentan y que debemos transitar y elaborar para que no se tornen una resistencia u obstáculo para el devenir del tratamiento.

El compromiso, al llegar, es reunirnos para continuar trabajando lo vivido durante y después de Aguas Verdes, ahora en el marco del hospital, ya sea en los talleres de post-campamento como en los diferentes espacios terapéuticos de sus dispositivos interdisciplinarios.

Es allí donde se despliega gran cantidad de material, el cual es posible compartir y contrastar con la experiencia vivida y la forma en que ha resonado en la singularidad de cada uno.

Carlos V.:

«El campamento fue muy lindo, hubo mucho compañerismo, estuvimos unidos. Fui al mar por primera vez. Me sirvió para darme cuenta de que una botella de alcohol no me puede dominar, los días de campamento estuve sin consumir; cuando consumo me pongo mal, lloro; ahora tengo que pensar en mí, lo que pasó pasó, ya no tengo más a mi hermano [...]».

Damián:

«[...] La compañía que me faltaba la recibí en el campamento. Yo me sentía solo y estaban conmigo. No consumí [...]».

Agustín:

«[...] Nunca había estado en un campamento, no va a cambiar lo que vivo diariamente, no poder vivir en mi casa, pero me hizo olvidar de las cosas malas y disfrutar. La contención de ustedes es muy

importante, el preocuparse cuando me iba a la profundidad del mar. Trato de decir no a las drogas y al alcohol [...]».

Carlos A.:

«[...] Aprendí muchas cosas, siento una calma total, el fin de semana fue complicado, hubo consumo, pero no estoy bajoneado como otras veces. No consumir te hace estar más lúcido, se interpreta diferente [...]».

Lucas:

«[...] Más allá de que estuvo lindo, no sabía cómo iba a ser yo, encontrarme con la persona que era en un momento y la droga tapó. Empecé a pensar en por qué me empecé a drogar y llegué a la situación en la que estoy. Este fin de semana fue como volver a ser lo que fui, vivir de otra manera, encontrarme conmigo, que hace mucho que no me veo la cara [...]».

Fabián:

«[...] Del regreso prefiero ni hablar [...]».

Cristian:

«[...] El campamento es alguien al lado que te da una mano, me gustaría llevar a mis hijas a una playa alguna vez, fue lindo sentirse cuidado, tener a alguien que te cuide [...]».

Hernán:

«[...] El campamento sirvió para retomar fuerzas, olvidar un poco la realidad que vivo acá [...]».

Brian:

«[...] Me sirvió para disfrutar de mi vida, tres horas riendo sin parar [...]».

Por último, es importante destacar que cada campamento lleva un nombre y, por tanto, una identidad que está dada por cada uno de los que integramos este encuentro, este nombre se construye muchas veces a partir de aquello que se presenta como contingente para luego tornarse eje del mismo. Así surgió el nombre de nuestro último campamento: «Toda magia tiene un costo». Nos referimos con ese nombre a los distintos costos que tiene para cada uno de nosotros elegir, como así también no hacerlo.

Algunas conclusiones

No se trata de propiciar esta actividad con un objetivo estrictamente recreativo, se trata de que este sea otro espacio del dispositivo que colabore o ayude al sujeto a producir alguna modificación de ese lugar de objeto para ser un sujeto creador apoyándose en este andamiaje que no tiene o del que está imposibilitado de hacer uso y el hospital le brinda.

Se trata más bien de pensar esta experiencia como una manera de favorecer el restablecimiento de la libido vincular, de pensar que «si bien la pulsión de vida no hace su trabajo bulliciosamente, pareciera estar Eros (fuerza de unión) al acecho de una oportunidad para demostrar su vigencia» (Freud, 1920), siendo solo necesario un otro que aporte su deseo en pos de esto.

Carballeda (2005) plantea: «La interdisciplina se puede pensar como un escollo o como una oportunidad en función de desarrollar estrategias de intervención en una sociedad fragmentada, con una fuerte tendencia a la individuación, donde la competencia individual desvaloriza el trabajo en equipo».

En último lugar, queremos agradecer especialmente a todos aquellos residentes que participaron del campamento, enriqueciendo personal y profesionalmente la práctica del mismo.

Bibliografía

- Bertrán, G. F. (Comp.). (2004). *Hospital de Día, particularidades de la clínica*. Buenos Aires: Minerva.
- Bertrán, G. F. (Comp.). (2011). *Hospital de Día II, Dispositivo, clínica y temporalidad en la psicosis*. Buenos Aires: Minerva.
- Carballeda, J. A. (2005, 2.^{da} reimpr.). *La intervención en lo social, exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1920). «Más allá del Principio del Placer». En *Obras Completas*, vol. XVIII. Buenos Aires/Madrid: Amorrortu, 1979.
- Iuorno, R. (2004). *En el hospital...* Buenos Aires: Catálogos.
- Larrazza, R. y Marcos, M. (2012). «Psicosis - el encuentro con la salida: ¿es hacer lazo?». *Revista Borrromeo*, n.º 3, Universidad J. F. Kennedy.
- Pichon-Rivière, E. (1995). «EPG: El proceso grupal». En *Del psicoanálisis a la psicología social* (ed. ampliada), Tomo I, Buenos Aires: Nueva Visión.

III. Una mirada interdisciplinaria sobre los dispositivos clínicos en salud mental

La coordinación en la interdisciplina

Fernando Calvo, Beatriz Caristina y Gloria Cimino

«El pasado ya no es lo que era»

G. K. CHESTERTON

«Cuando creíamos que teníamos todas las respuestas, de pronto cambiaron todas las preguntas»

MARIO BENEDETTI

Introducción

La frase de nuestro epígrafe del gran escritor latinoamericano Mario Benedetti muestra la esencia del trabajo en los equipos interdisciplinarios de salud, en nuestro caso, salud mental, y por supuesto en todos los ámbitos de nuestra vida.

Siempre se habló de equipos de trabajo, de interdisciplina, de transdisciplina. Los que transitamos desde hace años el hospital fuimos actores y testigos de cambios en el abordaje de la problemática que nos ocupa.

Cada disciplina cuenta con un marco teórico que tiene un objeto de estudio, con normas, metodología y una extensión limitada. Todas las disciplinas se expresan dentro de una institución que nos precede, nos sitúa y nos inscribe en vínculos y en discursos. Por lo tanto el abordaje es cambiante según los momentos históricos sociales que transitamos.

Dado que la institución es una formación social, es claro que hay un intercambio entre el adentro y el afuera.

Cuando creíamos que ya teníamos las respuestas para abordar el padecimiento mental de los sujetos, hoy nos encontramos con nuevas preguntas que cuestionan nuestro trabajo.

La problemática actual de salud, y en especial en salud mental, amerita una visión multicausal o pluricausal, donde todos los actores profesionales, no profesionales y técnicos tienen algo que decir sobre la salud.

Desarrollo

Recordamos el momento, hace tres años aproximadamente, en el cual hablamos por primera vez del término «interdisciplina» en Consultorios Externos. Fue una reunión improvisada del servicio donde varios profesionales nos juntamos a hablar del tema y planteamos que «interdisciplina» significa trabajar en equipo; nosotros lo veníamos haciendo. Por supuesto no nos pusimos de acuerdo y hubo opiniones dispares: «Interdisciplina es otra cosa, es mucho más».

Buscamos definiciones con la intención de ser más específicos en el tema interdisciplinario. El término «interdisciplina» se viene utilizando desde los años 1960 hasta hoy día, donde se intenta averiguar cuál es su alcance. No se debe confundir con los diferentes tipos de relaciones entre disciplinas, donde se integran conocimientos pero no se trata de un trabajo interdisciplinario.

La cooperación interprofesional es cuando se juntan distintas disciplinas que trabajan con un mismo objetivo y sobre un mismo caso. Es un puente entre conocimientos especializados, no es equivalente a la interdisciplina. La interprofesionalidad es un paso previo a la interdisciplina.

La multidisciplina o pluridisciplina son varias disciplinas que se ocupan y estudian diferentes aspectos de un mismo problema. Entonces, cada especialista da respuesta desde su ciencia. Es un intercambio de información, pero esto no lleva a una transformación o modificación de las disciplinas que concurren.

Las interdisciplinas cruzadas se dan cuando una disciplina trasciende sobre otra, y la segunda sería auxiliar de la primera.

En estos tres casos la cooperación/integración de ciencias es yuxtapuesta y circunstancial. Hay cooperación y aportes de conocimientos en conjunto pero no hay interpenetración de una ciencia con otra.

La transdisciplina es una perspectiva epistemológica que va más allá de la interdisciplina, y es cuando los conocimientos de distintas ciencias logran borrar los límites existentes entre ellas para integrarse en un sistema único. Es una instancia científica capaz de imponer su autoridad a las disciplinas particulares. Un nivel máximo de integración.

Disciplina o ciencia es una forma de pensar sistemáticamente la realidad, según el método científico, desde un recorte o fragmentación de un todo.

Ahora, la interdisciplina se trata de una interacción y cruzamiento de disciplinas que exige, de cada uno de los que intervienen, competencia en su respectiva disciplina y un cierto conocimiento del contenido y métodos de otras. Ser interdisciplinarios es tener saberes y competencias de cada una de las disciplinas. No es sólo una apertura conceptual, respetando las diferentes perspectivas, sino también aquello relacionado con los vínculos, donde entran en juego las identidades personales. Por ello nos es tan difícil llevarlo a la práctica.

En un primer momento pensamos traer un caso donde se había logrado con éxito el trabajo interdisciplinario, e incluso el trabajo con otras instituciones. Sin embargo, lo cierto es que las más de las veces es muy difícil el encuentro con los otros.

Pensamos que es importante para acercarnos a la interdisciplina tener en cuenta algunas variables: a) la valoración de los aportes de las otras disciplinas; b) el trabajo sobre los aspectos personales y el manejo de la omnipotencia, tratando de construir un pensamiento colectivo, y la visualización de que el cuerpo teórico de una disciplina no explica el problema; c) la integración armónica de las funciones,

repensando la territorialidad de nuestras prácticas; d) la responsabilidad compartida de sus miembros.

Interdisciplina no es la sumatoria de prácticas, de saberes, sino de interacción y reciprocidad simétrica.

Especificidad por disciplina

Psiquiatría

En principio, un tratamiento psiquiátrico es un tratamiento médico.

La medicina no es una ciencia en sí misma, sino que es una profesión que se nutre del conjunto de las ciencias, física, química, biología, anatomía, patología, farmacología, psicología, filosofía, etc., para aplicarlas al mejor cuidado de la salud de las personas. Estas disciplinas tienen sus propias teorías aplicadas a un conocimiento científico particular, y la medicina toma de todas ellas su saber para aplicarlo en la cura de las enfermedades del ser humano. Es una verdadera formación interdisciplinaria.

La psiquiatría es una especialidad de la medicina derivada de la clínica médica y se ocupa principalmente de las enfermedades mentales de origen psicológico, pero también de otros orígenes, como los debidos a enfermedades médicas generales, por ejemplo, las metabólicas, traumáticas, infecciosas, tóxicas, tumorales, etc., que producen alteraciones en la salud mental de las personas. Así, nos situamos ante el paciente con un conocimiento integral de las ciencias.

Como nos ocupamos de las enfermedades de origen psicológico de las personas, tomamos conocimiento de la psicología y de la teoría psicoanalítica para saber sobre la dinámica mental y el dolor psíquico.

Al evaluar a un paciente, los médicos psiquiatras no hacemos diagnóstico de estructura, sino que diagnosticamos enfermedades. Y de estas enfermedades lo primero que diferenciamos es si estamos ante un episodio agudo, subagudo o crónico. Por ejemplo, para la

psiquiatría la psicosis es un grupo de enfermedades donde cada una de ellas evolucionará y tendrá un pronóstico diferente que no siempre significará la invalidez de la esquizofrenia.

Un tratamiento psiquiátrico no es sólo hacer «un control farmacológico». El médico psiquiatra debe estar incluido en el equipo interdisciplinario para la salud mental de las personas.

Luego, buscando en la nueva Ley Nacional de Salud Mental cómo se incluye la palabra «interdisciplina», nos encontramos que habla de «equipo interdisciplinario». La decisión sobre la salud mental de las personas no debe recaer sobre una disciplina hegemónica o una sola persona, sino sobre un equipo.

Trabajo social

En lo específico de la intervención del trabajador social en los equipos interdisciplinarios parecería, en primera instancia, que el debate ha sido superado, pero los cambios sociales e históricos por los que atraviesa una comunidad y el discurso imperante demandan un movimiento constante, creatividad y formas específicas de abordaje según los casos.

Entendemos la intervención social como un proceso con determinada secuencia. Nos centramos en el análisis de la demanda que llega de los pacientes, sus familiares o referentes, de otros profesionales o de otras instituciones. Generalmente lo que aparece en el discurso es el pedido de recursos materiales. Esta demanda seguramente es lo emergente, lo que urge. Si nos quedamos atrapados sólo en esa demanda perdemos la oportunidad de acompañar al sujeto a pensar sobre sus dificultades. No implica desestimar esa primera demanda sino ubicarla en el justo lugar y que sirva de puente para optimizar las posibilidades de un cambio de posicionamiento.

El trabajo social aporta al diagnóstico situacional del paciente realizando un análisis de su tejido social, lo cual permitirá, junto con los aportes de otras disciplinas, definir estrategias de tratamiento, de alta o seguimiento. Interviene en procesos de acompañamiento,

asesoramiento al paciente, su familia o entorno social a fin de desarrollar capacidades para la resolución de los problemas.

El lazo social se va construyendo en un proceso de resignificación y religamento. Pasa por el diálogo, la concreción de estrategias colectivas y la incorporación de discursos alternativos.

Hacerlo de modo interdisciplinario nos permite un abordaje integral de la problemática y también un cuidado para cada uno de los miembros del equipo.

Psicología

Nuestras prácticas profesionales interdisciplinarias en el actual Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) se encuentran atravesadas por tensiones generadas como resultado de una puesta en común de los saberes que han sido convocados para abordar el padecimiento mental. Los equipos de salud afrontan la profunda responsabilidad de hacer efectiva en el propio territorio, el hospital, la implementación de la actual Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657.

Los profesionales de la salud nos encontramos en este presente comprometidos en una ardua tarea, la de dar respuestas, exponer e interrogar viejos y nuevos modelos, paradigmas de atención, pensar y pensarnos en esta transformación inédita.

Se abre una oportunidad para la pulsión de saber y de los saberes. La complejidad atraviesa a unos y a otros, tanto para los profesionales, agentes de salud en una institución pública, como para los pacientes, cuyas subjetividades interpelan los propios límites de la práctica clínica, y nos dejan en oportunidades sin texto, sin manuales.

El padecimiento que se aloja en este nuevo territorio tiene un rostro de carencias y ausencias. El estrago deja marcas, se despliega en los sujetos atravesando diferentes escenarios, relaciones vinculares con lo familiar, escolar, histórico y político que arman la trama de su propia voz, que, en cada caso, tendrá su presentación particular, su modalización en forma de demanda a otros.

Llegan sujetos al hospital y acceden a tratamientos ambulatorios interdisciplinarios que, a modo de oferta, se diseñan a partir de la escucha profesional interdisciplinaria.

Hay sujetos que demandan cambios en relación con su malestar, algunos decididos a modificar sus vínculos problemáticos con las sustancias; otros, a resolver pérdidas emocionales, duelos, crisis de angustia; algunos más desorientados, gobernados por lo pulsional reclaman una respuesta más ajustada a su perentoriedad. Ellos son los que se colocan en el lugar de la oferta y no de la demanda.

Una demanda de tratamiento posible requiere de tiempo y paciencia de ambas partes, tanto del paciente –impaciente– como del equipo profesional que afronta la labor de construir juntos el consentimiento de un tratamiento. No se trata entonces de un consentimiento informado, como «acto burocrático», sino de un consentimiento a formarse, a modo de un análisis, por la vía perlaborativa, donde se espera una producción epistémica de los saberes que intervienen; y del lado de los pacientes, la producción de un saber simbólico de su malestar.

Nuestras intervenciones van en dirección a que los «impacientes» con-sientan en interrogarse y transformen de acuerdo con nuestra apuesta terapéutica su condición de salud.

Aquí es importante una reflexión: no se trata de «recibir» tratamiento, sino que el equipo con sus intervenciones le pide algo a cambio que con-sienta con cada uno de los saberes. Se lo compromete entonces en su derecho, se lo invita a implicarse con lo que él vino a pedir, un saber hacer con lo que le pasa. Una invitación a perder goce, a perder malestar a cambio de ¿qué?, ¿de salud mental? ¡Vaya invitación! Así es el territorio donde transcurre esta aventura en la que estamos, territorio sembrado de paradojas, ¡los sujetos se restituyen también!

Sabemos que el conflicto cursa por un camino con variantes e *impasses*, no tiene una solución en lo inmediato, puede aliviarse y transformarse, pero el tiempo, como una variable decisiva, muchas veces tiraniza. No obstante, construimos ahí redes, lazos, en función de un proyecto vital para cada sujeto.

Se presentan «nuevas patologías» pero continúan los viejos problemas que están implicados y que vienen a desclasificar, a desordenar los cuadros, hacerlos caer y desbaratar los tratamientos que parecían posibles. La propuesta –lo sabemos– consiste en volver a relanzar nuevas intervenciones.

En otro orden y en otro espacio de intervención terapéutica, el sujeto habla, y en su discurso de repeticiones sentencia en un refrán lo padecido en su infancia: «Cuando el hambre entra por la puerta el amor sale por la ventana».

En el contexto de un análisis estamos ante un texto, una producción metafórica, efectos clínicos en transferencia, una metáfora que produce sentido para el sujeto y lo interroga en su posición erótica, etc. Sin extenderme en una viñeta clínica, aquí lo traumático excede, hay que dar un paso más en la clínica del caso por caso, la que necesita y requiere de una conversación no sólo entre saberes interdisciplinarios, sino que agrega a la complejidad un mayor desafío, el encuentro con otras organizaciones sociales, lo intersectorial. Construcción de identidades, restitución de derechos, diversidad, resonancias de nuevas subjetividades que demandan su inclusión en espacios sociales, organizaciones con entidad jurídica que los representan preservando sus derechos.

No hay duda de que la práctica clínica se construye con otros protagonistas e interlocutores, las organizaciones sociales y políticas ahora vienen a habitar el Estado.

El Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) hoy aloja la tensión que señalaba al comienzo, transforma su espacio, redefine su significación, sus intercambios y circulaciones. Las funciones y los lugares, los roles fijos, las jefaturas, la organización en su estructura burocrática del pasado cambian para dar paso a otras significaciones, otras prácticas donde los saberes y decisiones se redistribuyen. Como resultado, la incertidumbre se instala en los equipos y produce una paradoja, un efecto «epistémico», que, al tener que buscar, investigar nuevas referencias, animarse en esta búsqueda, consultar, entrar en conectividad, el equipo también se agrupa en redes sociales, afronta

y problematiza los nuevos desafíos que los casos les plantean a sus propias prácticas empujados a encontrar nuevos y viejos recursos para afrontar el no saber.

Una época de interpelaciones acerca de nuestra condición como agentes estatales se ha instalado. Necesita ir explicitándose, y ha llegado el tiempo donde el Estado también recupera su lugar, su protagonismo. ¡Nosotros no somos ajenos!

Reconozcamos que estamos construyendo y deconstruyendo representaciones sociales donde la salud mental y sus significaciones paulatinamente desplazan y desalojan a las viejas concepciones de la «enfermedad mental». La transformación surge por un proceso de dialectización con otros discursos, de tal manera que el enfermo mental de ayer es hoy un sujeto de derechos.

Las fronteras, los muros caen y en su lugar las ofertas y demandas del hospital adquieren una dinámica en sintonía con los recursos propios que el Estado en sus políticas públicas de salud ofrece, acercando la atención primaria de la salud a la comunidad, al barrio y su gente, articulando al hospital como un nodo de referencia.

La Ley de Salud Mental n.º 26.657 nos compromete en una ética, como agentes estatales de una institución pública. Siguiendo en este derrotero lo planteado por la Lic. Edith Benedetti: «Entendemos que no es posible una práctica que no sea político-epistémica, cuestión que nos obliga a ser creativos para dar respuesta a las problemáticas actuales con compromiso ético» (Benedetti, 2013).

Esto nos lleva a pensar al interior de los equipos, cuáles son nuestras propias representaciones acerca de esta materia, la salud mental en una institución pública:

Atendiendo a los nuevos desafíos epocales, la salud debe ser entendida como construcción social y, por lo tanto, atravesada por componentes históricos, socio-económicos, culturales, psicológicos y biológicos [...] consideramos además que es necesario complejizar los modelos, tener en cuenta la época y la situación, entendiendo al sujeto como histórico y social, es decir que lo

social produce subjetividad; reiteramos: no es solo contexto sino texto subjetivo (Benedetti, 2015).

Las significaciones y representaciones están ligadas con esta complejidad de condiciones que descubrimos –y lo sabemos muy bien– los que trabajamos en salud mental por la vía del único instrumento que compartimos: la palabra; en esto estaremos todos de acuerdo, el desafío entonces es continuar escuchando.

Consultorios Externos. Coordinación interdisciplinaria

Ésta es una experiencia piloto de coordinación interdisciplinaria (con una psicóloga, una psiquiatra y una trabajadora social). Somos un equipo que coordina al grupo de profesionales que constituye el dispositivo de Consultorios Externos: psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, terapeuta ocupacional y orientadora laboral.

Esta experiencia comienza en un momento de mucho movimiento institucional, donde todo lo «viejo» era cuestionado y teníamos que dar paso a lo «nuevo» que se estaba construyendo.

Según Gregorio Kaminsky: «Las instituciones tienen ojos. Los ojos institucionales son los grupos. A través de ellos es posible entender a los que son objeto de ella y a los que son sujetos de la misma» (Kaminsky, 1990).

Y ahí estábamos nosotros como grupo coordinador del dispositivo de Consultorios Externos en una institución en movimiento tratando de ponerlo en juego, sin dudar, con muchas dificultades. Y pasando por todas las etapas que todos los grupos transitan: a) de formación, donde prima la incertidumbre sobre el propósito, la estructura y el liderazgo; b) de conflicto, donde es aceptada la existencia del grupo pero se pone en juego quién tiene el liderazgo (considerando los avatares de un grupo de tres); c) de relaciones de trabajo, donde comienzan a aparecer la cohesión y el sentido de la

identidad y pertenencia; d) de desempeño funcional y aceptación de los miembros del grupo para la realización de la tarea.

Funciones del equipo interdisciplinario de coordinación:

1. Facilitar y motivar el proceso de comunicación entre los miembros del equipo interdisciplinario.
2. Identificar áreas de conflicto real o potencial, prevenirlas y generar estrategias para afrontarlas.
3. Realizar reuniones (semanales) para poner en común la evolución de los pacientes, discutiendo las diferentes opiniones y revisando los objetivos propuestos por el dispositivo de Consultorios Externos.
4. Definir y orientar el proceso para que el equipo encuentre las soluciones posibles a una problemática.
5. Acompañar a cualquier miembro del equipo, haciendo trabajo interdisciplinario para casos de complejidad clínica.
6. Articular las actividades de los profesionales que integran los equipos con el objetivo de garantizar una mirada interdisciplinaria y el abordaje integral de la problemática.
7. Estimular la articulación con otras instituciones y organismos de la comunidad para la acción conjunta (extrainstitucional).
8. Estimular y facilitar la interrelación con todos los dispositivos intrainstitucionales.

Conclusión

Hoy en día debemos decir que la interdisciplina en el dispositivo de Consultorios Externos es un tema en construcción. A pesar de los diferentes esfuerzos individuales y grupales, buscando diferentes alternativas y estrategias para ayudar a los pacientes, estamos aprendiendo a funcionar en equipo. Consultorios Externos logra absorber una gran demanda de atención de pacientes, y aún nos cuesta el trabajo en equipo interdisciplinario, principalmente por las siguientes dificultades:

1. Dificultad cuantitativa: no contamos con el mismo número de profesionales por disciplina en el equipo. La mayoría son psicólogos, le siguen en número los psiquiatras, y los trabajadores sociales son los menos.
2. Dificultad de coincidencia: el equipo tratante interdisciplinario no está al mismo tiempo, en el mismo horario de la atención al paciente. Intentamos que al menos coincidan dos disciplinas.

Estos dos puntos muestran que la conclusión terapéutica interdisciplinaria no se hace, por lo general, en el momento de la primera entrevista al paciente. La elaboración de un plan terapéutico ocurre en otro momento, cuando las tres disciplinas ya lo evaluaron.

Distinto es en la urgencia o emergencia, donde los coordinadores interdisciplinarios actuamos ayudando al equipo tratante e interactuando con la guardia.

3. Dificultad del lenguaje: las distintas disciplinas no utilizamos terminología similar para hablar de la clínica de salud mental. Lo vemos principalmente en la psicosis. Por ejemplo: acerca de un paciente una psicóloga expresaba: «Es una psicosis de tipo melancólica». El médico debe entender que habla de un trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos. ¿«Perverso» es igual a «psicópata»? Lo planteamos como inquietud, pues utilizando el mismo lenguaje el equipo interdisciplinario puede definir mejor el problema y ser más específico para resolverlo.
4. Dificultad con respecto a la posición omnipotente hegemónica de alguna de las disciplinas: se observa cada vez menos, se ve principalmente cuando hay que construir un tratamiento y cuando el paciente no se sitúa como tal, como un sujeto que sufre y se angustia, o cuando no existe ni un pequeño «yo» que requiere ayuda. Esto exige al profesional posicionarse, a veces, en posturas rígidas. El diálogo en el equipo interdisciplinario, escuchar otras opiniones, hace que se distiendan dichas posturas unilaterales. Por ejemplo: «No entiendo a qué viene», «Sólo viene por la medicación», «A mí no me viene a ver», «Quiere el certificado».

Recordamos un episodio de una psicóloga que le decía a un psiquiatra que el paciente debe recibir un antipsicótico, pues para ella era una psicosis grave, y el mismo psiquiatra decía, con historia clínica en mano, que el paciente no presentaba ni figuraba antecedentes de síntoma psicótico alguno. La primera pregunta que nos surgió fue: «¿quién tiene razón?», pero en realidad la pregunta que correspondía hacerse es qué les habrá pasado a estos dos profesionales que los confunde el paciente.

5. Dificultad con respecto a la superposición de roles: ya que las distintas disciplinas tienen una formación de grado y postgrado similar, eso hace que se sientan seducidas a abordar el terreno de la otra.

Nuestra concepción del mundo y de nosotros mismos está en plena transformación. Se hace imperioso producir nuevos sentidos, crear otras cartografías que nos permitan navegar la condición contemporánea. Las verdades eternas de un conocimiento certero y garantizado se han evaporado. No todo es para lamentar, junto con ellas se van esfumando sus mandatos y obligaciones [...] tampoco estamos viviendo una fiesta, la incertidumbre produce angustia y la debilitación del lazo social deja inermes a las grandes mayorías. La insignificancia avanza rauda, nuevas vallas reemplazan los viejos muros. Sin embargo, la vida pugna por salir, estamos gestando nuevas configuraciones relacionales y tramas de sentido a un tiempo delicadas y potentes. En eso consiste el juego de los vínculos, en hacer existir sin congelar (Najmanovich, 2005).

Bibliografía

Abad, S. y Cantarelli, M. (2013). *Habitar el Estado. Pensamiento estatal en tiempos a-estatales*. Buenos Aires: Hydra.

- Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2013-2015*. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- Benedetti, E. (2015). *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Kaes, R. et al. (1989). *La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos*. Buenos Aires: Paidós.
- Kaminsky, G. (1990). *Dispositivos institucionales*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Najmanovich, D. (2005). *El juego de los vínculos. Subjetividad y redes: figuras en mutación*. Buenos Aires: Biblos.
- Ranciére, J. (2009). *La palabra muda. Ensayo sobre las contradicciones de la literatura*. Buenos Aires: Eterna Cadencia.
- Stolkiner, A. (1990). «La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas». *Revista El Campo Psi*, abril.

El equipo interdisciplinario como sostén de la práctica diaria

Matías S. Tolosa

La atención en el Servicio de Adicciones de Tucumán está dada por un equipo multidisciplinario constituido por médicos, psicólogos, trabajadora social, terapistas ocupacionales, acompañantes terapéuticos, profesor de educación física, tallerista de teatro, residentes de psicología y psiquiatría, y los administrativos, que propone una mirada integral, busca alojar y propiciar la siempre difícil adherencia al tratamiento; como así también detectar factores y conductas de riesgo que permitan realizar correctas derivaciones a otros dispositivos, tratando de realizar constantemente un abordaje interdisciplinario.

Esta mirada busca evitar los abordajes reduccionistas de una problemática cuya naturaleza es compleja. Porque los reduccionismos en la comprensión conducen a abordajes que restringen derechos.

Los discursos sobre la salud nunca se refieren solo a dimensiones de la salud. Si tales discursos expresan modos de pensar, escribir, hablar sobre la salud y sus prácticas, es necesario situarlos en determinados momentos históricos y saber las razones por las cuales se legitiman al acompañar el orden económico, político y social donde son generados, sustentados y replicados, ajustándose a él. Los discursos sobre la salud consisten en construcciones contingentes, de carácter normativo, inapelablemente vinculadas a otros intereses. Dependen, explícitamente o no, de definiciones sobre lo que es el ser humano, el tipo de sociedad que se anhela y los modos de alcanzarla.

En algún momento la salud, o los discursos sobre la salud, se caracterizaron por una postura modernista. O sea, se fundamentaba

en la creencia iluminista de la ciencia y en los valores de la racionalidad y de sus instituciones y modos de organización para sustentar su legitimidad social con el propósito de buscar las mejores condiciones de salud en el eterno enfrentamiento con las amenazas a la integridad humana. En síntesis: la idea de supremacía del individualismo, en la que agentes racionales ejercen sus prerrogativas; un clima de descrédito de la autoridad política de los gobiernos; un excesivo acento al papel del mercado como instancia reguladora de la economía. Óptica bajo la cual el discurso y las prácticas en salud se adecuaban a propuestas compatibles con el proyecto neoliberal.

Actualmente son numerosos los cambios que en cuanto a la atención en salud mental vienen produciéndose, los cuales son resultado de diferentes políticas que día a día se afianzan para pensar una alternativa a instituciones de encierro, netamente manicomiales y con una lógica absolutista, políticas que propician que la salud sea concebida como un derecho inalienable, entendida como una construcción social que, por lo tanto, se encuentra atravesada por diversos componentes.

Estos cambios responden a los nuevos desafíos que implica correrse del viejo paradigma hospitalocéntrico para arribar a una mirada integral, basada en redes asistenciales, donde la prioridad comienza a ser garantizar la igualdad de acceso a la salud.

En el marco de esta concepción, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 ha permitido la profundización de un modelo de acción que, enmarcado a su vez en la Ley de Derechos del Paciente n.º 26.529, aborde desde la complejidad las diversas problemáticas que se presentan en el campo de la salud mental.

En su artículo 4.º, la Ley Nacional de Salud Mental establece que:

Las adicciones deberán ser abordadas como parte integrante de las políticas de Salud Mental. Las personas con uso problemático de drogas legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente Ley en su relación con los servicios de salud (Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657, art. 4.º).

Para el cumplimiento de esta ley es necesario romper con el modelo abstencionista que establece una relación lineal entre el usuario de drogas y la sustancia, y entender que son múltiples las variables que intervienen a la hora de hablar de consumo problemático. Por tal motivo, el problema requiere de un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial que fije objetivos y acciones destinados a responder a las necesidades de la población, pensando nuevas estrategias de intervención, que propicien el espacio para la emergencia de la subjetividad, teniendo como eje central al sujeto.

¿Hablamos de interdisciplina?

Se puede decir muy esquemáticamente que todo el conjunto de las acciones de salud opera en un terreno de base de tensión, constituido por lo menos por tres campos:

El primero, marcado por el hecho de que el territorio de las prácticas de salud es un espacio de disputa y de constitución de políticas, cuya característica es la multiplicidad, diseñado a partir de la acción de distintos sujetos colectivos, que, conforme sus intereses y capacidades de actuar, se unen o confrontan en la tentativa de afirmar, o de imponer, una cierta conformación de un «bien social» (la salud) como objeto de acción intencional de políticas (por tanto, como una cuestión social) que hagan sentido como parte del universo de valores de uso.

Otro campo de constitución de la lógica tensional de actuar en salud está delimitado por el hecho de que hegemónicamente la producción de actos de salud es un terreno del trabajo vivo en acto. La micro política de este proceso productivo, trabajo vivo dependiente y centrado, le da características distintas en relación a otras configuraciones del acto de producir y cuya marca central es la de ser entendido como un proceso de producción siempre a operar en alto grado de imprecisión y marcado por la acción de los actores en escena. Esa centralidad del trabajo vivo, en el interior de los procesos de trabajo en salud, lo define como un espacio abierto para la exploración de

las potencias inscriptas en él para la acción de dispositivos que puedan funcionar como agentes disparadores de nuevas subjetivaciones, que conforman las representaciones de la salud como bien social y de nuevos modos de actuar en salud que busquen articulaciones para la realización del trabajo en red, para seguir avanzando con la ampliación de derechos, y asegurar la accesibilidad a toda la población a una atención de la salud integral, integrada, igualitaria y equitativa.

En el tercer campo encontramos el mundo de las propias organizaciones de salud que se forma como un territorio tensional en sí, pues se constituye en espacio de intervención de sujetos colectivos, inscriptos a partir de sus capacidades de autogobernarse, disputando el caminar día a día con las normas y reglas instituidas para el control organizacional. La polarización entre autonomía y control es, sin dudas, un lugar de tensión y, por tanto, de potencia, constituyéndose en un problema para las intervenciones que ambicionan gobernar la producción, el modelo asistencial de un servicio, desde un lugar hegemónico, sin la participación no solo del equipo de salud, sino también de los usuarios.

A fines de aislar disciplinas en relación con otras, se construyen fronteras disciplinarias, como, por ejemplo, un lenguaje y conceptos propios. «El espíritu hiperdisciplinario va a devenir en un espíritu de propietario que prohíbe toda incursión extranjera en su parcela de saber» (Morin, 2001, p. 2). Al visualizar que la construcción de la disciplina, desde esta perspectiva, se funda en un espíritu de propietario, se puede comprender la resistencia de los profesionales a un cambio de paradigma como lo es la propuesta interdisciplinaria.

El positivismo, en el siglo XIX, generó el parcelamiento o fragmentación en los campos del saber, desarrollándose cada uno de ellos en forma independiente. Hoy, en pleno siglo XXI, contamos con numerosas herramientas y perspectivas para reflexionar sobre distintas situaciones. Al decir de Stolkiner, la interdisciplina

nace de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente y de la dificultad de encasillarlos. Los pro-

blemas 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 (Stolkiner, 1987, p. 313).

Tradicionalmente, los recursos humanos de los equipos de salud dividían sus prácticas según los conocimientos aprendidos, interviniendo según estos de manera aislada, sin traducir un enfoque integral ni integrador de la totalidad. Era una suma de prácticas, no como síntesis de las partes produciendo un conocimiento superador, sino como compartimientos estancos en los que ninguno de ellos poseía información ni capacitación sobre el conocimiento de los otros. Esta falta de socialización del saber lleva a grandes limitaciones en el abordaje; esta carencia de un conocimiento integrador se traduce también en lo operativo como una restricción a la accesibilidad y la disponibilidad del servicio de salud, ya que la ausencia de alguno de estos recursos impide que se brinde la atención necesaria.

Se puede percibir que algunos profesionales conciben la interdisciplina desde una perspectiva utópica: «Sería lo ideal, pero es muy difícil», «No existen los recursos para su implementación», cuando el único recurso que se necesita es el recurso humano; «Estamos lejos de la interdisciplina», dicen, dando por sentado su imposibilidad. Argumentos falaces como estos configuran un «no hacerse cargo» de que la interdisciplina comienza en la actuación de cada profesional, y una «falta de responsabilidad» ante los cambios emergentes y necesarios. En la mayoría de los casos, esta «falta de responsabilidad» y el «no hacerse cargo» no están ligados a una inoperancia o falta de ética profesional, sino a una cuestión clave: un desconocimiento acerca de cómo proceder en lo que constituye la interdisciplina.

En la década del 90, al reafirmarse una política neoliberal capitalista de desregulación, de privatización y de competencia, es insostenible la idea de integración. Se genera lo que se definió como «mercantilización» (Stolkiner, 1999) del sistema de salud, es decir, la incorporación de la lógica y competencia de mercado como eje

constitutivo del sector salud. Si la lógica hegemónica es de competencia individual o de competencia de mercado entre profesiones y corporaciones, las condiciones de desarrollo del accionar interdisciplinario se encuentran invisibilizadas. Por este motivo es necesario seguir trabajando, construyendo un discurso, el de la interdisciplina, con nuevas concepciones. El cambio normativo que significó la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 materializó una nueva mirada paradigmática del abordaje de la salud mental, pero no implica automáticamente una expansión del presente, va a depender de la voluntad de transformación de los actores que se involucran en esta transformación. Continuar parados desde la mirada de la imposibilidad de la interdisciplina nos conduce al fracaso.

Si bien la resistencia de numerosos profesionales ante lo interdisciplinario cedió, para ser reemplazada por una mayor aceptación en el discurso, esto va acompañado de una baja capacidad de concretarlo, ya que son varias las generaciones de profesionales que ejercieron su disciplina de la misma forma, desde un abordaje unidimensional. La interdisciplina nos permite ver de nuevo modo la realidad, en tanto nos abre a nuevos lenguajes que no conocíamos, que tienen formas diversas de nombrar las cosas, incluso algunas que no habíamos considerado.

Sostener una práctica interdisciplinaria exige algo más que el respeto por el trabajo de otros actores con pertenencias profesionales y dominios disciplinares diversos. Frecuentemente se cae en el aditamento o la multidisciplinaria, desde una matriz individualista que, en el mejor de los casos, se limita a establecer acuerdos convivenciales. En otro sentido, la singularidad entendida como síntesis única y dinámica mediada por una particularidad sociohistórica amplía notablemente la agenda de trabajo más allá de la coexistencia pacífica. Nos impone explorar la inscripción profesional como sujetos en un campo en devenir y la orientación política de nuestra práctica.

La interdisciplina no es una teoría, es un posicionamiento; por lo tanto la actividad interdisciplinaria, sea de la índole que sea, se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de ellos. Y

este panorama presenta nuevos desafíos, como integrar saberes que no son disciplinarios, que no se estructuran como conocimientos científicos, tal es el caso de la dimensión estética y simbólica que puede aportar un miembro que proviene del campo del arte y no de la ciencia, o la acumulación de saberes que aporta un educador popular o un operador con niños que están en la calle.

Ahora bien, ¿cómo podemos fortalecer el trabajo interdisciplinario en los equipos de salud mental?

La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinario, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción. Implica acuerdos básicos ideológicos: cuál es el tipo de relación que se intenta construir entre equipo asistencial y los «beneficiarios» del mismo; por ejemplo, no es lo mismo definir a la persona como el paciente adicto, o como sujeto con consumo problemático de sustancias. No es lo mismo proponer un programa vertical que una metodología participativa de programación.

Las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesadas por ellas. Resulta necesario resaltar que un equipo interdisciplinario es un grupo, y que, por lo tanto, debe ser pensado con alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo.

Es necesario que cada miembro del equipo pueda asumir las funciones específicas de su rol profesional en cuanto provee una coherencia de sus esquemas de comprensión y procederes racionales, y a la vez estar dispuesto a la movilidad que requiere comprender las otras dimensiones en juego y adquirir la capacidad de opinar e intervenir sobre ellas.

Hay que destacar que un saber disciplinario es una forma de poder, por lo que el abordaje interdisciplinario exige renunciaciones; una de ellas es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompletud, ceder a este cambio, implica «poner en juego la relación que

cada sujeto establece con la disciplina [...] toda relación con una disciplina es pasional: podemos someternos a ella, refugiarnos en ella, o hacerla trabajar, desafiarla» (Stolkiner, 1999, p. 2).

Es importante entregarnos o llevar a cabo el ejercicio de relativización de posiciones radicalizadas que pueden dar sustento a configuraciones ideológicas que confieren superioridad indiscutible a las propuestas de producción de conocimiento que se afirman en las fórmulas técnico-instrumentales, que se anclan en una realidad inmodificable, estática y única.

Se podría adoptar el «extrañamiento» como una forma de problematizar los patrones dominantes que se presentan como naturalizados, frecuentes, esperados. Producir un «extrañamiento» para criticar los puntos de vista considerados «normales» y el conformismo que los acompaña. Para generar nuevas miradas, a fin de enseñar nuevos usos que puedan ir más allá de la mismidad que se disimula en medio de las novedades que proliferan, pero que no causan sorpresa (Castiel, 2010, p. 20).

Conclusión

Pensar en la interdisciplina lleva indefectiblemente a pensar en el trabajo en red, y en la construcción de redes en salud, lo que permite seguir avanzando hacia la ampliación de derechos y asegurando la accesibilidad de toda la población a una atención de la salud integral, igualitaria y equitativa, ya que con nuestro saber y nuestro hacer somos responsables por el mañana. O lo hacemos diferente, o no lo será.

Bibliografía

Alvarez-Dardet Diaz, C. y Castiel, L. D. (2010). *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ley n.º 26.529. Derechos del Paciente. Historia Clínica y Consentimiento Informado. Sancionada el 21 de octubre de 2009. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 19 de noviembre de 2009.
- Merhy, E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Morin, E. (2001). «Sobre la interdisciplinariedad». En Bru, G. (ed.). *La interdisciplina como utopía* (en línea). *Revista Margen*, n.º 67. Recuperado el 20/06/2015 de <http://www.margen.org/suscri/margen67/bru.pdf>.
- Stolkiner, A. (1999). «La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas». En *Campo Psi. Revista de información especializada*, año 3, n.º 10.
- Stolkiner, A. (1987). «De interdisciplinas e indisciplinas». En Elichiry, N. (comp.), *El niño y la escuela, reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Nueva Visión, pp. 313-315.

Los avatares interdisciplinarios en un dispositivo de Media Internación

Luciana A. Barrionuevo, Yamila de los Milagros Canosa,
Genaro C. Fernández Grecco, Daiana G. Paniagua
y Juan Manuel Rodríguez

Introducción

A través del presente trabajo se intentará dar cuenta de los obstáculos que surgen en la constitución de un equipo interdisciplinario y los desafíos que se presentan en la intervención dentro de un dispositivo de Media Internación perteneciente al Hospital especializado en adicciones «Reencuentro» de la ciudad de La Plata.

Con la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657, la incorporación en los hospitales, y por ende en los equipos interdisciplinarios, de la figura de los acompañantes y operadores terapéuticos ha dado lugar a nuevas formas de intervención. Se analizará el rol que desempeñan en el tratamiento con pacientes con consumo problemático de sustancias psicoactivas, los beneficios en la interacción cotidiana que tienen con los mismos, como los aportes al resto de los profesionales del equipo. El interés, por lo tanto, es transmitir cómo funciona «lo interdisciplinario» a partir de la incorporación de estos roles, el lugar que tienen dentro del tratamiento, el vínculo con los pacientes y su lugar dentro del equipo.

Por último, dar cuenta de las interferencias o modificaciones en la función profesional teniendo en cuenta los recursos humanos, la situación sociofamiliar y económica.

Pensar desde la complejidad

En la actualidad los problemas con los que nos enfrentamos en el campo de la salud implican una complejidad irreductible a los campos disciplinarios.

Desde la complejidad, se acepta el desafío de pensar en una dinámica en la que los procesos no estén totalmente determinados, sino abiertos a la creación. El pensamiento complejo habilita una nueva manera de acceder al saber, de formular interrogantes, a partir del desvanecimiento de certezas. Resistiendo a la tentación de simplificaciones es como se construye la complejidad.

Pensamos en un sujeto complejo permanentemente vinculado y cuya subjetivación es producto de la compleja red de relaciones de las que se nutre y a las que, a su vez, alimenta.

El uso problemático de sustancias implica un entramado de múltiples factores biopsicosociales, culturales, económicos y otros que se interrelacionan de diversas maneras. En consecuencia, se torna necesario poder intervenir desde un abordaje interdisciplinario que implique una mirada desde la complejidad.

¿Qué entendemos por interdisciplina?

Consideramos a la interdisciplina «como el espacio que se va construyendo entre disciplinas diversas, las que, conservando la especificidad de cada una, se aportan recíprocamente dando lugar a lo novedoso y lo diferente» (Blumenthal, 2005).

Como dice Stolkner,

la interdisciplina es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. [...] Nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. Los problemas no pueden ser ya en-

casillados ni respondidos desde un saber único (Stolkiner, 1987, p. 313).

La actividad interdisciplinaria, sea de la índole que sea, se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de ello y supone las importaciones de un campo a otro, la multirreferencialidad teórica y la multidimensión en el abordaje de los problemas.

La interdisciplina se concreta, en principio, con la conformación de un equipo de trabajo. Por lo tanto, es necesario pensar en los diferentes obstáculos que se presentan en la construcción de los mismos.

Obstáculos en la construcción del equipo

El hospital cuenta con diferentes disciplinas, tales como psicología, trabajo social, psiquiatría, enfermería, odontología, operadores sociocomunitarios, acompañantes terapéuticos y talleristas. Casa de Día es uno de los dispositivos que se ofrecen dentro de la institución, consiste en un tratamiento de tipo grupal y convivencial. Si bien el hospital cuenta con las diferentes disciplinas antes mencionadas, en la actualidad la creciente demanda de atención vuelve insuficiente el número de trabajadores sociales y psiquiatras con los que se cuenta, lo cual representa el primer obstáculo con el que nos encontramos para la conformación del equipo interdisciplinario.

En la conformación de un equipo interdisciplinario, cada uno de sus miembros tiene su propio marco teórico, conceptualizaciones y expectativas. Sin embargo, en el tratamiento propio del uso problemático de sustancias tóxicas existen situaciones clínicas en las que es necesario intervenir más allá de la especificidad del propio campo de conocimiento.

No podemos negar que resulta todo un desafío trabajar en forma interdisciplinaria, lo cual supone una horizontalidad entre los miembros del equipo que implica reconocer nuestras propias limi-

taciones en el conocimiento de nuestro objeto de estudio para poder pensarlo desde lo multidimensional y la multicausalidad, y de esta manera poder armar estrategias desde una acción conjunta, configurando un espacio compartido, un interlenguaje que nos permita entender de qué hablamos, donde un nuevo saber se construya a partir del intercambio, trascendiendo así la sumatoria de las distintas disciplinas.

Construir un espacio terapéutico, desde un diagnóstico interdisciplinario y no desde roles hegemónicos, representa un nuevo modelo de abordaje basado en el pensamiento de la complejidad que permita quebrantar las certezas, formular nuevos interrogantes que den lugar a la creación y transformación, posibilitando la construcción de nuevas significaciones.

Sin embargo, pensamos que intervenir interdisciplinariamente no implica que el paciente deba ser evaluado por cada uno de los profesionales, sino que la evaluación esté dotada de una mirada integral. La función de las reuniones de equipo tiene como finalidad comentar los casos, las diferentes situaciones que se presentan y, de este modo, construir un *entre*, un *en medio de* los aportes e intervenciones específicas de cada disciplina en base a su formación y experiencia para luego generar un acuerdo en relación a los objetivos y criterios de intervención según las necesidades existentes.

No siendo esto condición necesaria y suficiente para el abordaje de esta problemática, debemos pensar también en un trabajo en red, intersectorial, que incluye la conexión entre los profesionales implicados y el vínculo con otras instituciones, como podrían ser la escuela, otros centros de salud, instituciones judiciales, entre otras.

El equipo de Casa de Día está formado en su mayoría por psicólogos y operadores sociocomunitarios. Aparece la figura de este último tomando un rol importante en este contexto. El operador es un agente de salud que trabaja de forma interdisciplinaria, realizando aportes desde sus conocimientos en la continuidad de los tratamientos, ubicándose en un lugar diferente al estar de manera cotidiana con los pacientes.

El rol del operador es el de acompañar y contener, a diferencia de la práctica de los pioneros GABA (Grupo de Autoayuda Buenos Aires) o de los operadores de comunidades terapéuticas que basaban su accionar en su experiencia, este modelo fundador de las prácticas de rehabilitación se revela insuficiente. Esta temática implica necesariamente un conocimiento exhaustivo de su multicausalidad y desarrollo. Queda atrás la intervención terapéutica educativa y nacen los «operadores sociocomunitarios especializados en atención a las adicciones». Trabajan fuera y dentro de la institución, funcionan como talleristas, acompañantes terapéuticos en las salidas con los pacientes y coordinadores de grupos, no dependen de encuadres rígidos o definidos para funcionar como tales. Su función es construir un espacio que trascienda lo ocupacional. Esta especificidad en la formación se relaciona con el modelo de trabajo en Hospital de Día y las estrategias que se enmarcan dentro del equipo.

El rol del operador sociocomunitario implica la articulación con otras disciplinas, puesto que su participación es pensada como un eslabón dentro de la estrategia de tratamiento. Trabajan desde un lugar de horizontalidad y en interacción al sujeto, a sus vínculos y al medio sociocultural en el que se encuentra; desde un lugar semejante pueden estar entre los pacientes sin serlo. Decir «semejante» no es decir «idéntico». Decimos «semejante» en tanto sujetos y decimos «no idénticos» porque en la situación clínica necesariamente ambos lugares deben diferenciarse. Participan de los códigos de comunicación pero lo que los define son sus roles.

El trabajo interdisciplinario con operadores resulta un aporte valioso dentro de las estrategias del tratamiento, permite acercarnos a la realidad de los pacientes desde otra perspectiva. Desde el contacto cotidiano; por el tiempo que comparten, presencian situaciones de conflicto donde el paciente se encuentra en situaciones de vulnerabilidad y es el operador quien puede detectarlo en el momento, realizando un abordaje desde la contención para luego transmitir al resto del equipo y dar lugar a otras intervenciones, detectar cues-

tiones que sólo surgen de la convivencia y poder abordarlo en el aquí y ahora, favoreciendo el circular de la palabra como forma de resolución de conflictos.

De los diferentes espacios que propone Hospital de Día (talleres, grupos de reflexión, grupos de convivencia, grupo multifamiliar, apertura, espacio terapéutico individual, etc.), los operadores sociocomunitarios coordinan las aperturas, participan del grupo de convivencia, de las reuniones de equipo y talleres varios.

En cuanto a las aperturas, éstas se realizan al iniciar el día, de forma diaria, son de fundamental importancia para el logro de cualquier tarea que se proponga el grupo; lo que pasa durante el transcurso de las mismas marca el desarrollo posterior del día. Las primeras intervenciones son las temáticas que propone cada uno de los miembros, comentan cómo se sienten, lo que permite que cada uno tenga un registro del estado de ánimo del otro, esto favorece la convivencia y posibilita la contención y la comprensión por parte de los miembros. El operador es quien coordina el grupo, pareciera tomar un rol pasivo dejando circular la palabra, sin embargo está más activo que nunca, detectando los signos a través de la interpretación. Por otra parte, interviene estimulando y motivando sus intereses, potenciando lo positivo.

Es el grupo privilegiado por los pacientes a partir de la incorporación de los operadores sociocomunitarios como coordinadores, diferenciándose del anterior modelo, donde estos grupos consistían en la recolección de información a partir de una entrevista dirigida y estructurada. En la actualidad este grupo se caracteriza por presentar una dinámica en la cual se promueve desde el coordinador el diálogo entre los pacientes, pudiendo cada uno opinar sobre lo que el compañero expone, compartiendo experiencias y estrategias para ir afrontando las diferentes situaciones que se relatan.

Para concluir, tomaremos de referencia la reunión de equipo y el grupo de convivencia como algunos de los espacios donde podríamos dar cuenta de un trabajo en el cual buscamos posicionarnos interdisciplinariamente.

La reunión de equipo se realiza semanalmente, con una duración de dos horas. Presentándose como un obstáculo la imposibilidad de la participación total del personal que trabaja en Casa de Día por cuestiones de horario y organización.

Participamos de la misma la totalidad de los psicólogos, la trabajadora social y las operadoras sociocomunitarias que se encuentran trabajando en ese momento. La función de esta reunión, como ya mencionamos, tiene como finalidad construir un *entre* los discursos de las distintas disciplinas. A partir del comentario de los casos, de los que se encuentran en tratamiento, de los que ingresaron recientemente o de los que están atravesando el proceso de admisión, se dialoga, se intercambian opiniones y se toman decisiones acerca de la dirección y continuidad del tratamiento de cada paciente. Por otra parte, se debate sobre el funcionamiento del dispositivo, a partir de los temas que surgen del grupo de convivencia, como ser la conformación de nuevas pautas de organización de las tareas que realizan los concurrentes, cuestiones referidas a los talleres y dificultades que se presentan en los vínculos propios de la convivencia (alianzas, enemistades, enamoramientos, entre otros).

Las diferencias que se presentan en los criterios de evaluación e interpretación en los temas planteados, a partir de la mirada de las distintas disciplinas, desde su experiencia singular con cada situación, resulta de suma utilidad para la construcción de nuevas intervenciones. Esto, que en un principio pareciera presentarse como un obstáculo, dado que una misma situación puede tener diversas lecturas, incluso opuestas, por parte del equipo; se tornó luego enriquecedor en la medida que nos permite tener una visión ampliada e integral del problema en cuestión.

Del grupo de convivencia participan todos los concurrentes que se encuentren en ese momento, algunos de los psicólogos del equipo y las operadoras sociocomunitarias. Tiene como función trabajar de manera grupal los conflictos que surgen en la convivencia, así como también construir las pautas necesarias para la organización de la dinámica de la Casa. En este sentido es que entendemos a este grupo

como un espacio asambleario, dado que es el órgano mediante el cual se deciden las pautas que los pacientes deberán respetar. Esto supone modificar el anterior modelo, donde el tratamiento era entendido como un programa de pautas a las que los pacientes debían adaptarse. Esta nueva perspectiva intenta propiciar un trabajo de reflexión sobre la responsabilidad singular de cada uno de ellos respecto de su lugar en el tratamiento.

Esta lógica responde a un cambio de paradigma, que tuvo lugar con la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657, a partir de la cual el dispositivo de Casa de Día presentó diversas transiciones, que van desde un modelo de tratamiento estructurado, normativo, basado en la idea de rehabilitar, reeducar y resocializar a un modelo que apunta a la restitución de los derechos de los pacientes, así como también de sus responsabilidades, implicar al sujeto en su responsabilidad subjetiva. Tomando los aportes del psicoanálisis, Tarrab sostiene que «en las clínicas del consumo lo que predomina es una sanción moral y que paradójicamente desresponsabiliza a los sujetos, los disculpa de su responsabilidad y eso es lo contrario de la idea lacaniana de la responsabilidad del sujeto» (Tarrab, 2008).

Es así que, no respondiendo a la demanda del orden, se busca desde el equipo construir un espacio singular en consonancia con una versión no deficitaria del paciente en salud mental, suponiéndole una responsabilidad y un poder hacer con aquello que le sucede, apostando a la responsabilidad del sujeto en términos de capacidad de respuesta y elección.

Esta apuesta supone un fortalecimiento del trabajo interdisciplinario, lo cual implica un esfuerzo cotidiano y compromiso por parte de los integrantes del equipo para que esta dinámica de trabajo se sostenga en el tiempo sin que quede en una mera utopía.

Bibliografía

- AA. VV. (s/f). *Operador comunitario socio-terapéutico y de calle. Introducción a la problemática de las adicciones*. Buenos Aires: Subsecretaría de Atención a las Adicciones. Ministerio de Salud.
- Blumenthal, D. (2005). *Tratamientos en red*. Buenos Aires: Distal.
- Donghi, A. y Vázquez, L. (2000). *Adicciones. Una clínica de la cultura y su malestar*. Buenos Aires: JVE.
- Stolkiner, A. (1987). «De interdisciplinas e indisciplinas». En *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Stolkiner, A. (1988). «Prácticas en salud mental». En *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, vol. VI.
- Tarrab, M. (2008). «La eficacia del psicoanálisis y los nuevos síntomas». En Salamone *et al.* *Lo inclasificable de las toxicomanías*. Buenos Aires: Grama.

Las distintas posibilidades de intervenir en la gestión de Servicios de Internación: momentos transdisciplinarios

María Eugenia Bennardis y Luciana Sambán

Introducción

La orientación interdisciplinaria en ciencias de la salud está contemplada en la mayor parte de los programas académicos de formación profesional de las diversas disciplinas involucradas. Es resaltado su valor en los servicios que atienden sujetos padecientes. Pero aun con tanta publicidad consideramos que en las intervenciones concretas y las realidades que atravesamos cotidianamente dicha interdisciplinarietà no es siempre la práctica elegida o la posible.

Objetivos

El presente escrito busca dar cuenta del trabajo de un equipo interdisciplinario de índole asistencial cuyo producto puede identificarse como «momentos transdisciplinarios» (Stolkiner, 1999).

Se propone contar una experiencia donde los saberes son conjugados y reconstruidos cada vez, partiendo de la complejidad del sujeto y generando intervenciones desde una perspectiva inter- y transdisciplinaria.

Problemáticas a abordar

En el contexto del Hospital Nacional Dr. Manuel Montes de Oca, conviven en un servicio de internación aproximadamente cuarenta

hombres con multidiagnóstico, discapacidad intelectual y trastornos de conducta. Desde mediados de 2011 hasta fines de 2014 se ha conformado un equipo interdisciplinario con el objetivo de llevar adelante los tratamientos de atención y rehabilitación de dichos hombres. El equipo está conformado por una trabajadora social, una psicóloga, dos médicos psiquiatras, un médico clínico, enfermeros y auxiliares de enfermería.

Uno de los principales desafíos con los que nos hemos encontrado a la hora de planificar y programar estrategias de intervención, fue la complejidad de los hombres con los cuales trabajábamos.

No solo la complejidad misma de cualquier sujeto, sino que esa realidad universal estaba atravesada por múltiples factores que determinaban su vida cotidiana, sus relaciones y sus patologías. Debíamos tener en cuenta los años de internación, innecesarios y excesivos en la mayoría de los casos; las complejas configuraciones familiares, las respuestas sociales que percibían de su entorno más cercano, los extensos planes psicofarmacológicos, entre otras características.

Inmediatamente fue necesario construir e implementar estrategias más allá de la lógica de cada disciplina.

Situaciones específicas pueden ilustrar esta afirmación:

- Hombre de 40 años de edad que durante su tiempo libre se dedica a intentar abrir autos particulares para obtener dinero u objetos de valor. Las primeras demandas siempre fueron dirigidas a los psiquiatras para que «aumentaran la medicación». La primera observación que tiene lugar es que este tipo de conductas no pueden ser tratadas con aumentos de medicación, por lo menos no como estrategia única y final.
- Joven de 22 años, con conductas inestables, que en ocasiones maltrata y hasta golpea a compañeros o trabajadores. Luego llora por horas. Se invita a la psicóloga a que intervenga y el sujeto responde: «Mi mamá no viene a verme y no atiende el teléfono». Si bien las intervenciones psicológicas pueden operar en las crisis de angustia del sujeto, hay un real impondera-

ble sobre el contacto con su familia que es necesario considerar y trabajar sobre eso.

- Hombre de 40 años, con dificultades cognitivas severas que no posee vestimenta suficiente (debido a que la rompe y/o ensucia constantemente). Se requiere que la trabajadora social gestione una pensión asistencial. Si bien el recurso económico siempre colabora en la gestión de estrategias, el solo hecho de contar con ese dinero no será suficiente para abordar la problemática de esta persona.

En estas imágenes cotidianas puede observarse la necesidad de establecer estrategias desde la interdisciplinariedad, donde los diversos saberes se conecten entre sí y se pueda pensar cada caso como una totalidad compleja, con sus singularidades y necesidades específicas, «se busca un enfoque que lleve a decisiones donde el inter-juego de distintas miradas se conjugue para responder de manera única e integrada» (Lucca, 2014, p. 5).

Paulatinamente las necesidades de las personas y sus situaciones condujeron a un movimiento inevitable en la forma de abordar las intervenciones. Los trabajadores fuimos convocados a operar desde un lugar transversal, donde las disciplinas individuales quedaron en los saberes de cada profesional constituyendo una base sólida de conocimientos para dar lugar a los momentos transdisciplinarios, donde tiene lugar la construcción de una axiomática común en la que están involucradas las disciplinas, que, por su alta cooperación, pueden construir una nueva teoría o disciplina (Lucca, 2014).

Se han multiplicado dichos momentos a lo largo del tiempo, particularmente en las intervenciones que construyen la gestión del Servicio de Internación, más allá de y contemplando los tratamientos individuales.

En particular, las profesionales de la psicología y el trabajo social hemos logrado construir una mirada única desde donde contemplar las situaciones y necesidades acontecidas, y generar herramientas de trabajo holísticas con un discurso común que colaborara en la or-

ganización del servicio, favoreciendo de manera global a todos los involucrados, pacientes y trabajadores.

Los saberes específicos dieron lugar a un momento de equilibrio entre las influencias de cada disciplina en cuestión. Desde ese equilibrio surgieron intervenciones que lograron hacer emerger nuevos datos que articulan las disciplinas entre sí y ofrecen una nueva visión de la realidad.

Se generaron movimientos permanentes entre la interdisciplinariedad del servicio, desde donde se construían puntos de vista y de entendimiento desde el diálogo cooperativista, y momentos transdisciplinarios donde las intervenciones globales conformaban un nuevo y único discurso, convirtiéndose en un lugar de anclaje para aquellos sujetos que lo requieren para la rehabilitación y la salud mental.

Se hizo evidente que al lograr la convergencia en algo singular, que de manera democrática y armonizada constituía un novedoso punto de partida para la construcción de miradas y respuestas, influyó en la forma de pensarse y actuar de los sujetos involucrados.

Debemos recordar en este punto que cuando hablamos de «saberes específicos», aquel que los porta vivencia una sensación de seguridad y poder que brinda movernos en un terreno y discursos conocidos y dominados por cada profesional. Es en ese momento donde somos interpelados por la complejidad de la situación, donde nuestro saber es insuficiente y, por ende, se pone en juego aquella ilusión de seguridad y poder que nos brindaba esa «zona de confort» de lo conocido. Momento donde la pregunta desarticula y nos invita a dar luz desde otros puntos de vista.

Las opciones en esa invitación son acotadas; o nos mantenemos en ese lugar conocido y cómodo desde donde podemos dar respuestas ya armadas y probadas, generando efectos de cierre y saturación del sujeto y su demanda; o bien, articularnos con otros y sus saberes específicos. Desde la falta de nuestros discursos dar lugar para el anclaje de otros y así propiciar un nuevo escenario.

Esta opción no solo permite entender la realidad circundante de una manera más completa y compleja, sino que también habilita al

portador de cada saber a enriquecer sus recursos, maximizando el alcance de sus intervenciones y colaborando a la puesta en contexto de la singularidad disciplinar.

Entonces, es considerable la resistencia que puede existir a generar equipos de trabajo interdisciplinarios, ya que invita a abandonar momentáneamente ese lugar de seguridad que nos brinda nuestro saber, como también obliga a reconocer la falta propia de cada sujeto y de cada disciplina.

Desde sus comienzos, al equipo se le proponía ser referente de la formación de residentes de primer año de la RISAM (Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental). Seis profesionales que conformaban dos equipos compuestos por psiquiatría, psicología y trabajo social. Nuevos profesionales ávidos de la necesidad de consolidarse en su saber disciplinar pero que se encontraban con otro, y en ese encuentro tuvo lugar la «incertidumbre interdisciplinaria». Como equipo de trabajo del dispositivo resultaba fundamental la seguridad en el abordaje interdisciplinario y el reforzamiento de los momentos transdisciplinarios como formadores de los residentes. Las reuniones de supervisión y seguimiento de casos se realizaban semanalmente y entre todos, coordinadas por cualquiera de los integrantes del equipo profesional y tendientes a una visión e intervención integral de cada caso asignado al equipo de residentes. Las resistencias no tardan en llegar, el malestar de la «inespecificidad» se diluye cuando se toma conciencia del movimiento que empieza a tener el caso o situación asignados y cuando en el discurso de cada residente comienzan a escucharse las voces del otro.

Desde una mirada retrospectiva, y teniendo en cuenta los resultados de las intervenciones acontecidas desde esta forma de trabajo, hemos concluido que son imprescindibles ciertos elementos para dar lugar a la inter- y transdisciplinariedad.

En primer lugar es fundamental un diálogo continuo y transversal; los profesionales compartíamos todo aquello que se consideraba importante en cada caso y cada situación. Pero es necesario que esa comunicación imprescindible sea en un lenguaje común a todos los

integrantes del equipo. De esta manera los discursos se entrelazan y homogenizan, permitiendo una real comunicación horizontal, según esta postura, la única con real riqueza.

Por otro lado, es necesaria la constitución de perspectivas ideológicas compartidas. No se considera que todos los integrantes del equipo deban pensar igual; al contrario, apoyamos la riqueza de las discusiones superadoras, pero es evidente que debe haber ciertos y mínimos acuerdos para ser puntos de partida para las intervenciones grupales. No se lograrán los mismos resultados si parte del equipo sostiene que el paciente psiquiátrico debe permanecer en instituciones asilares y controladas que si se considera que es un sujeto de derecho y debe contar con todas las posibilidades para favorecer su reinserción social comunitaria. Dichas diferencias podrán ser superadas si en el trabajo de equipo son explicitadas y dan lugar al debate horizontal y enriquecedor del que se hacía mención anteriormente.

En esta línea, se considera fundamental la intencionalidad de generar cambios. En todo grupo humano existen fuerzas que tienden a la permanencia de un estado de cosas y, por otro lado, fuerzas que pujarán por romper esa homeostasis para dar lugar a nuevos procesos y aconteceres. No puede generarse nada constructivo y que permanezca en el tiempo si solo las fuerzas hacia el cambio operan; pero es fundamental que el equipo considere que la posibilidad de cambio existe y que será beneficiosa; aun cuando esto implique correr riesgos y sentir que uno se arroja al vacío. Serán los otros saberes disciplinares los que operen como «cinturón de seguridad» para el riesgo que se elige correr.

Resultados obtenidos

Al comenzar a trabajar en el año 2011, el equipo toma el dispositivo con sesenta personas aproximadamente, se plantea como objetivo implementar estrategias para la rehabilitación de usuarios de servi-

cios de salud mental. Estas estrategias tenían que ver con un «adentro» y un «afuera»; mejorar la calidad de vida de los usuarios dentro del dispositivo de internación y generar las condiciones propicias para aquellas personas que se encontraran en condiciones de alta y/o derivación.

El trabajo que se presentaba era movilizante; había que generar movimiento en un servicio adormecido, cronificando y cronificante, con lógica manicomial. Pero para poder generarlo había que empezar a movilizar cada una de las disciplinas, sacarlas de esos lugares seguros de conocimiento para enfrentarlas a nuevas prácticas y conocimientos. Las características del dispositivo y de los usuarios hacían imposible el abordaje «solitario».

Para ello fue necesario conformarnos como equipo y tomamos lo planteado por Alicia Stolkiner cuando refiere que

un equipo interdisciplinario es un grupo. Debe ser pensado con alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. Lo primero, y más evidente, es que un saber disciplinario es una forma de poder y, por ende, las cuestiones de poder aparecerán necesariamente. La participación en un equipo de esta índole implica numerosas renunciaciones, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompletud (Stolkiner, 1999).

En el transcurrir de la cotidianeidad del servicio donde nos insertamos y en la complejidad de los casos a atender y de las demandas recibidas, la conformación del equipo tal como se describe anteriormente resultaba una necesidad pero también una elección desde lo personal, una metodología de trabajo, forma de pensar y concebir la realidad que se nos presentaba, una apuesta ideológica.

En el transcurrir de estos tres años, y luego de encuentros y desencuentros, podemos dar cuenta de la conformación como equipo interdisciplinario asistencial, donde cada disciplina no se diluyó sino

que se fortaleció en el encuentro con la otra y que desde una concepción dialéctica se puede dar cuenta de una praxis reflejada en los momentos transdisciplinarios.

Estos momentos nos encontraron en la gestión que resultaba cada vez más operativa, eficaz y logrando los resultados esperados. Frente a mismas situaciones de intervención existía un conocimiento común, una manera de actuar, un tipo de comunicación y diálogo, estrategias a implementar y resultados esperados. Los obstáculos estaban presentes a cada momento, pero también podían ser abordados y resueltos desde una misma lógica.

Luego de que este momento concluyera, cada uno volvía a su trabajo disciplinario dentro del equipo a la espera y/o necesidad de una nueva intervención que nos convocaba a lo transdisciplinario y que generaba una nueva praxis que nos enriquecía. Como actores en una obra de teatro donde cada personaje es trabajado desde lo individual pero en la interacción con otros y al momento del estreno se ve el producto terminado, que es la obra misma.

Conclusiones y recomendaciones

La población del servicio se redujo notoriamente, a partir de las diversas externaciones que tuvieron lugar. Dichos procesos fueron posibles ya que desde el equipo interdisciplinario se construyeron redes de apoyo para que aquellas personas que permanecían internadas sin ninguna necesidad pudieran volver o comenzar su proceso de rehabilitación en sus lugares de pertenencia. Como también fueron posibles las derivaciones a otras instituciones o alternativas a la internación de aquellas personas que requerían otro tipo de atención.

Desde el comienzo del trabajo en equipo se instalaron las asambleas grupales, donde aquellas ideas de discursos horizontales y puestas en común de los diversos saberes se convirtieron en prácticas concretas. De esta manera, la construcción de los discursos fue realizada de manera conjunta con todos los implicados, trabajadores

y usuarios, permitiendo aquella mirada holística de la realidad tan necesaria para el favorecimiento de prácticas efectivas y saludables.

Se constituyó un espacio donde tuvo lugar el ejercicio del manejo de dinero por las personas que contaban con recursos económicos y simbólicos para poder hacerlo. Dicho espacio fue llevado adelante por la mayor parte de los integrantes del equipo, permitiendo evitar la rigidización de funciones en disciplinas específicas y favoreciendo la circulación de prácticas rehabilitadoras.

Desde esta mirada retrospectiva, podemos afirmar que para la constitución de este tipo de trabajo con el grupo específico con el que trabajamos, fueron fundamentales las múltiples y diversas salidas terapéuticas que se han organizado. Desde la gestión y organización de las mismas hasta su realización efectiva, fuimos todos los trabajadores quienes contribuimos a que dichas estrategias de rehabilitación fueran posibles.

Bibliografía

- Lucca, E. (2014). *Interdisciplina. Práctica esencial para el abordaje social y ambiental*. Chaco: Cospel Ediciones.
- Stolkiner, A. (1999). «La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas» (en línea). *Revista El Campo Psi*, abril. Recuperado el 30/11/2014 de <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>.

IV. Reflexiones sobre el concepto de «interdisciplina» en la clínica en salud mental

El problema disciplinar o de cómo el disciplinar trae problemas

Paula C. Costa e Ignacio Peleretegui

Introducción

Cuando hablamos sobre interdisciplina no sólo hablamos de lo que ya se debe haber mencionado varias veces en estas jornadas (y por lo tanto no vamos a repetir), sino de un modo de hacer la práctica diferente al modo en que los paradigmas aprendidos y aprehendidos nos condicionan.

Tomaremos como referencia los trabajos de Alicia Stolkiner para pensar en un modo de trabajo plural que no sólo incluya todas las disciplinas, sino en un modo de ver al sujeto desde un posicionamiento subjetivo particular (Stolkiner, 1987). Flexibilizar la mirada es entender al ser humano desde un atravesamiento sociohistórico que de ningún modo y en ningún tiempo se desarrolló desde una sola área o desde una sola perspectiva, aun cuando así se mostrara. Es por eso que cualquier evaluación que un profesional de la salud hiciera únicamente desde su propia profesión sería, al menos, acotada. Esto es irrefutable, y por eso es que los profesionales de la salud encontraron desde siempre en la interconsulta una salida propicia para 1) desasnar dudas sobre aquello que no se sabe de su propia disciplina; 2) descomprometerse de lo que no se conoce, y por lo tanto no opinar sobre ello; 3) crear en el sujeto la falsa idea de atención integral (si en este punto el lector considera que esto es una crítica a la interconsulta no quisimos dar esa impresión, la interconsulta no es dañina cuando se vehiculiza como acto comple-

mentario dentro de un plan de tratamiento que necesita ser pensado interdisciplinariamente).

La interdisciplina y sus contenidos

Nosotros consideramos que la interdisciplina y la interconsulta ni siquiera son comparables en el mismo nivel. La interconsulta, como acto clínico, es un modo de actuar, un comportamiento, que supone completar vacíos nosológicos de la propia disciplina pero que admite entonces una forma de ver al sujeto *unilateral* como característica principal. Por ejemplo: el psiquiatra que solicita una interconsulta al médico clínico para descartar patologías o para complementar estudios está pensando a un sujeto dividido en estados, en áreas, y supone un tratamiento también dividido en estratos, por lo que él (o ella) se ocupará de su disciplina y el clínico de la suya, y luego completarán cada uno su área en la historia clínica (documento que presume ser un registro integral sobre el sujeto). Lo interdisciplinario comprende una forma abarcativa de pensar al otro que no define el *comportamiento* que el profesional realiza (o al menos no únicamente), sino que propone un modo de pensar al ser de manera integral. A continuación nos abocaremos especialmente a lo que se refiere al trabajo interdisciplinario taxativamente, es decir, a las formas de trabajo en el dispositivo asistencial.

El trabajo interdisciplinario puede dividirse en dos grandes aspectos generales:

1. Espacio dedicado al trabajo con el paciente
2. Espacio dedicado al trabajo en el equipo

Dentro del espacio dedicado al trabajo con el paciente se definen:

- a) El modo particular de pensar la problemática del sujeto (cómo pensamos al otro).
- b) El modo particular de asistir al sujeto (cómo trabajamos con el otro).

Dentro del espacio dedicado al trabajo en equipo deben tenerse en cuenta:

- a) El marco del equipo de salud mental en donde trabaja (hospital público, institución privada, consultorio privado, etc.).
- b) La formación interdisciplinaria (saber necesario y condición esencial para trabajar bajo esta modalidad) académica o no académica.
- c) La voluntad de los profesionales para trabajar de este modo.

El trabajo interdisciplinario propone una tensión, un espacio sobre ambos puntos donde se desarrolla, como se resume en el siguiente cuadro:

Trabajo interdisciplinario	
1. Trabajo sobre el sujeto	2. Trabajo sobre el equipo
a. Modo de pensar al otro	a. Marco en el que se apoya el equipo
b. Modo de trabajar con el otro	b. Formación en interdisciplina
	c. Voluntad de los profesionales

1.a. Existen múltiples formas de pensar al otro. Nos referimos aquí a que no será lo mismo recibir a un paciente bajo una mirada que diagnostique de antemano a otra que intente dilucidar y analizar la problemática integralmente; el modo de pensar al otro refleja el modo de pensar de uno y las consecuencias pueden ser tanto benévolas como problemáticas. Es en este punto donde pensamos que se puede caer en un gran peligro, aquel que forma pacientes a medida de lo que quiero, o lo que creo saber. Los diagnósticos cerrados y el sostenimiento de estigmatizaciones sociales continúan creando espacios «especiales» para patologías, y como agrupo pacientes agrupo etiquetas. Es notorio ver que estas prácticas continúan por-

que también se las demanda, se busca al especialista en adicciones porque sabrá del tema, o al experto en psiquiatría porque sabrá de la locura. Así se repite sesgando cuadros que disciplinan la práctica, y se disciplina al otro ubicándolo en algún lugar que al profesional le sirva para sostener su trabajo.

1.b. Del mismo modo, y apoyándonos en lo anterior, la forma de asistir al otro definirá la práctica que pensamos como *disciplinante* (la que supone un saber de antemano del lado del profesional sobre el saber del sujeto de *sí mismo*) o como *disciplinar*, en donde el profesional pone su saber a disposición del otro para lo que fuera necesario. Los riesgos aquí son altos, se han realizado durante muchos años (se siguen realizando) prácticas que intentan ser clínicas bajo la premisa de un saber que puede ser estigmatizante, discriminador y/o segregatorio. Como ha explicado Quevedo en sus trabajos (Quevedo, 2005), este modo de pensar la problemática suele apoyarse en el modelo abstencionista de asistencia, que plantea una mirada reduccionista, lineal y estigmatizante de lo psicopatológico y conceptualiza, por ejemplo, a las drogas como agente causal de la adicción, y así sostiene la tesis de la adicción como una enfermedad, una epidemia a la cual hay que combatir y extirpar a la manera de una infección peligrosa. De este modo se estereotipa a las sustancias psicoactivas como generadoras de daños irreparables, con la consecuente demonización de éstas como portadoras del mal, y el sujeto queda en una posición pasiva, irresponsable, es a la vez, contradictoriamente, considerado como víctima y delincuente, desviado o peligroso.

Es así como este modelo entiende a la droga y al sujeto que la utiliza por separado, ambos encuadrados en las nociones de «flagelo social» o de «amenaza» de la cual la sociedad debe defenderse, lo que genera mecanismos represivos que acentúan la exclusión, el aislamiento; se refuerza el contacto de los usuarios con la delincuencia, quedan atrapados, en su gran mayoría, en un círculo vicioso que dificulta seriamente y de forma sostenida el acceso al campo laboral, la educación formal e informal, el acceso a una propuesta asistencial acorde con sus necesidades, que tenga en cuenta la interacción par-

ticular que cada sujeto –usuario de sustancias– establece en realidad con la sustancia.

Por otro lado, el modelo de reducción de riesgo y daño plantea un paradigma opuesto, que apunta como principio rector a implementar estrategias que nos permitan interpelar y deconstruir los discursos hegemónicos segregativos y pensar la problemática en un contexto sociohistórico determinado (dado que tiene en cuenta el lugar y la función que las sustancias, volviendo al ejemplo de las drogas, tienen en los colectivos sociales y sus variaciones según los macro y micro contextos históricos y culturales). Queda claro que es en este marco donde la interdisciplina encuentra su máxima posibilidad de expresión.

En relación con el modo en el que trabaja el equipo se debe tener en cuenta lo siguiente.

2.a. La Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 indica que el modo de caracterizar el riesgo cierto e inminente es a través de un equipo interdisciplinario. Si bien la ley no obliga al equipo de salud a asistir a un paciente de manera interdisciplinaria, con la manera de proponer la caracterización mencionada orienta sobre la importancia de trabajar de esta forma. De este modo, el lugar donde se desenvuelve la práctica determina de una forma u otra la calidad interdisciplinaria que se llevará a cabo. Los equipos de salud mental en este país debieran poder adecuarse, si aún no lo hicieron, a la nueva Ley de Salud Mental y repensar la práctica sesgada que fundamenta un abordaje del padecimiento subjetivo monocausal.

Muchas veces los equipos de trabajo que no pertenecen al Estado se muestran suspicaces a la ley y omiten la importancia y ponderación con la que ésta ubica al equipo interdisciplinario. Es así como en algunas prácticas del ámbito privado, ciertas comunidades terapéuticas o consultorios particulares, los profesionales de la salud excluyen el *saber del otro* y continúan sin más con un tratamiento que, de ser compartido, se enmarcará en prácticas o derivaciones en forma de interconsulta o multidisciplinaria, donde el punto de vista en común de qué tratar puede llegar a congeniarse pero el diálogo en-

tre las disciplinas no es inherente a la práctica. En la multidisciplinaria cada una se dedicará al estudio del objeto en común desde su propio marco conceptual y desde su marco de acción, en el mejor de los casos se logra una pacífica convivencia en la que cada disciplina mantiene su intervención desde su individualidad.

2.b. En relación con este punto es de crucial importancia que los profesionales no sólo con buenas intenciones quieran trabajar interdisciplinariamente (sobre todo porque las buenas intenciones son siempre subjetivas y muchas veces también narcisistas), sino que se pueda comprobar una formación en interdisciplina que se verá lógicamente atravesada por el saber nosológico que se tenga sobre ella, pero que se plasma en el trabajo cotidiano con los pares del equipo de salud. La necesidad de puesta en común sobre el objeto de estudio o la asistencia que no se encuadra en un objeto de estudio (sino en una demanda compleja) no siempre es la misma, y sin embargo es en el entramado de las posiciones donde se puede, del mismo modo, trabajar interdisciplinariamente.

En la interdisciplina el objetivo en común se aborda desde la convergencia de las distintas disciplinas. Implica asumir que el problema a abordar no puede ser resuelto desde un único posicionamiento y requiere el abordaje desde varias perspectivas. Propone superar la visión fragmentada del problema y conduce a superar también la toma de decisiones unilaterales. Implica ubicar el saber disciplinario en un contexto de diálogo e interacción con otros saberes. Superar la visión fragmentada implica la renuncia del orgullo de lo que sé para asumir que no sé sobre muchas cosas más, y que ese no saber posibilita una apertura de un nuevo objetivo de tratamiento que será, por lo menos, más justo para quien padece.

2.c. Nuestro último punto se apoya en el anterior, y nos lleva a la pregunta del qué hacer cuando un colega no quiere trabajar interdisciplinariamente. Nosotros creemos que convencerlo es la mejor opción. Trabajar interdisciplinariamente es superador para la práctica clínica desde donde se lo mire. Empecemos por los beneficios propios: uno puede solitariamente definir lo que el paciente padece, con

buenas intenciones, puede definir el mejor tratamiento y el mejor modo de llevarlo a cabo, pero las propias intervenciones pueden ser acertadas y también equivocadas, el propio fundamento será (con suerte) determinado desde un paradigma o escuela que fragmenta la realidad, y esto es así siempre (salvo que alguien piense que existe una sola realidad en este mundo).

Cuando trabajamos interdisciplinariamente los puntos de vista convergen, no se escinden, y formulan una hipótesis de trabajo más amplia, que no cerrará una discusión sobre otra (o al menos no debiera hacerlo), sino que generará un nuevo espacio, y ese espacio además de ser más rico es el espacio que el sujeto de derecho necesita tener. Cuando se trabaja interdisciplinariamente se asimilan conceptos nuevos y usados, y así como no todo lo nuevo brilla tampoco todo lo viejo es descartable.

La posibilidad personal de escucha del profesional es proporcionalmente directa a la posibilidad de escucha de sus colegas y pacientes, por lo tanto la voluntad, el deseo y la intención de generar ese espacio de trabajo definen un camino correcto que nos beneficia y que beneficia a los que más lo necesitan.

Lo que pensamos como *actitud* interdisciplinaria es nada más y nada menos que un modo de ubicarse frente al otro; trabajar disciplinariamente no es malo, de hecho es necesario, la praxis disciplinar es maravillosa cuando se apoya en un marco de interdisciplina que permita el desenvolvimiento de la demanda compleja del sujeto, que, como tal, se verá agradecido de que respetemos su complejidad.

Bibliografía

- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Gil, N. (2014). «Trabajo integrador». Presentación para el curso «Modelos de intervención preventivo-asistenciales en consumos problemáticos de sustancias psicoactivas» (curso virtual). Buenos

- Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- González Zorrilla, C. (1987). *Drogas y control social*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial*. Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Peleretegui, I. (2014). «Trabajo integrador». Presentación para el curso «Modelos de intervención preventivo-asistenciales en consumos problemáticos de sustancias psicoactivas» (curso virtual). Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- Quevedo, S. (2014). «Modelos de intervención». Presentación para el curso «Modelos de intervención preventivo-asistenciales en consumos problemáticos de sustancias psicoactivas» (curso virtual). Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- Quevedo, S. y Kameniecki, M. (2005). «Dispositivos clínicos en toxicomanías». En Donghi, A.; Gartland, C. y Quevedo, S. (comps). *Cuerpo y subjetividad. Variantes e invariantes clínicas*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Stolkiner, A. (1987). «De interdisciplinas e indisciplinas». En *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Elichiry, N. (comp.). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Stolkiner, A. (2005). «La interdisciplinariedad es un posicionamiento». *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*. Posadas, Misiones, Argentina, octubre.

Acerca de la interdisciplina

Paula C. Costa y Rubén B. Ghía

En las instituciones en las que interactúan profesionales de distintas disciplinas se hace referencia a lo indispensable del trabajo interdisciplinario. La interdisciplinariedad aparece como un concepto cada vez más consensuado entre los equipos de la salud y, en particular, de salud mental. En el marco de la actual Ley de Salud Mental n.º 26.657, se establece a partir de una definición integral de la salud, la obligatoriedad de dichas intervenciones.

No obstante, bajo este significante aparentemente unívoco, se velan diferentes marcos referenciales, preconceptos e ideologías diversas.

Mencionaremos algunos interrogantes que hacen a la teoría y a la puesta en práctica de la interdisciplinariedad en lo cotidiano del quehacer profesional: ¿es posible la interdisciplina? ¿Hay en la interdisciplinariedad algún discurso hegemónico? ¿Al intervenir interdisciplinariamente se resignan aspectos de la especificidad propia? ¿Surge en la interdisciplina algún metalenguaje superador a nivel teórico? ¿La interdisciplinariedad implica la complementariedad en las formas de intervención? ¿La multiplicidad de las intervenciones remiten al ideal de una respuesta total a la complejidad de las presentaciones? ¿Emergen intervenciones novedosas?

En muchos ámbitos profesionales se parte de que cada disciplina tiene su propio marco conceptual, su propio objeto de intervención. El profesional actúa dentro de sus límites derivando al paciente a colegas de otras disciplinas cuando dicho marco es excedido. Desde estas concepciones no hay interacción posible.

A veces se interviene a partir de los saberes previos, y así, frecuentemente, termina predominando una disciplina consolidada como hegemónica, actuando las demás como complementarias. Cada disciplina opera desde su marco referencial, sin diálogo ni interacción con otras, dedicándose al estudio del caso en común desde su propio bagaje conceptual y la especificidad de su accionar. Se parte del ideal de una respuesta integral-total que emergería por la sumatoria de las intervenciones.

Queda claro que aquí no hay espacio para interrogar lo nuevo y el acento se pone en la importancia de la sumatoria de intervenciones para que todo quede cubierto. No hay, entonces, articulación, dado que no hay preguntas sobre los enigmas y lo singular de cada presentación sino que se interviene a partir de lo ya estandarizado.

En cuanto a la interdisciplina, ésta remite, en principio, a una forma de intervención que parte de una posición profesional que reconoce los límites propios de cada disciplina, los que surgen a partir de la delimitación del propio campo de trabajo y objeto de estudio; esta operación deja siempre como resultado un resto irreductible.

Este real que insiste hace de obstáculo y tope a la intervención disciplinar en cada presentación. Es justamente a partir de este reconocimiento que la intervención interdisciplinaria puede construirse, y así ubicar el saber disciplinario en un contexto de diálogo con otros saberes.

La interdisciplina resulta imprescindible y se impone como necesidad ineludible e inaugural en el momento de operar, desde esa construcción singular que se elabora, en cada presentación.

En el quehacer interdisciplinario, si bien los profesionales intervienen desde su especificidad, deben poder descentrarse, poniendo entre paréntesis el propio lugar de supuesto saber, para bordear y trascender estos límites y propiciar el intercambio. Esto favorece encuentros discursivos e intervenciones creativas, que constituyen inéditas formas de acción y de resolución de los obstáculos ante aquello que los interpela.

Las modalidades e intensidad de intervención de cada disciplina, los posibles puntos de articulación están en gran medida relacionados con las características y desafíos que surgen en cada caso.

En la interdisciplina, algo del saber previo, de lo protocolizado, queda en suspenso, interrogado por una situación que, por su singularidad y complejidad, lo problematiza y convoca al encuentro con el otro. Se parte de lo que se desconoce, de lo que no se sabe, de lo que hace obstáculo para elevarlo a la categoría de una pregunta en común. Es el caso el que cuestiona las teorías y las prácticas.

Desde un reconocimiento de la incompletud de todo campo de saber, se plantea la necesidad de interacción entre diferentes disciplinas para operar sobre una realidad compleja, teniendo en cuenta las propias posibilidades y limitaciones, así como la importancia del aporte de otras prácticas.

Hay algo de lo no sabido que convoca a la formulación de enigmas e interrogantes. Es a partir de lo que aparece como obstáculo que se formaliza una situación problemática en común, se construye la lógica del caso, convocando construcciones alternativas para operar sobre el acontecimiento.

Así, lo nuevo, lo propio del quehacer interdisciplinario, es producto de la creatividad resultante, la apertura a conceptualizaciones y formas de intervención inéditas que se articulan en la práctica.

Al hablar de interdisciplina, también nos interrogamos acerca de la propia conceptualización de lo disciplinar, dado que las disciplinas como tales remiten a un objeto y marco referencial específicos, produciendo esto cierto efecto de cierre.

Pensamos entonces el encuentro interdisciplinar centrándonos fundamentalmente en la posibilidad de articulaciones interdiscursivas, dado que es en ese diálogo donde puede aparecer la creación conjunta para dar una respuesta nueva ante los obstáculos de la práctica.

Lo interdiscursivo permite orientarnos en la complejidad de las presentaciones, en las que se tienen en cuenta la singularidad subjetiva, así como las múltiples determinaciones que se manifiestan en cada caso en su particularidad.

A propósito de la viñeta clínica que presentaremos a continuación, tomaremos como recorte el discurso médico y el psicoanalítico. Los desafíos y las dificultades que los atraviesan son distintos para cada práctica. Mientras que la medicina se ocupa del cuerpo biológico, del organismo humano; el psicoanálisis remite al cuerpo erógeno.

Es inherente al discurso psicoanalítico interrogar alternativas de intervención centradas en lo incuestionable del discurso de la ciencia –que excluye al sujeto a partir de una aparente objetividad– y habilitar así un espacio para la subjetividad.

Desde una escucha psicoanalítica se pueden interrogar ciertas formas de presentación de las demandas de los pacientes, frecuentemente determinadas por mandatos familiares o sociales, y hacer lugar a lo que surge más allá de su inmediatez, orientándose hacia la emergencia del sujeto y su deseo.

Dice Lacan en «Psicoanálisis y medicina»: «Cuando cualquiera nos pide algo, esto no es para nada idéntico e incluso a veces es diametralmente opuesto a aquello que desea» (Lacan, 1966, p. 86).

El psicoanálisis como práctica discursiva hace su aporte justo en el punto en el cual otros discursos no pueden dar cuenta de aquello que se les manifiesta; hay allí algo que está más allá de su posibilidad de comprensión-intervención. Hay también momentos en que el psicoanálisis debe necesariamente recurrir a otras propuestas discursivas.

El discurso psicoanalítico que se despliega desde su particularidad recurre e interactúa con otros discursos, teniendo como horizonte la habilitación de un espacio para la emergencia de alguna pregunta que interroge al sujeto.

A pesar de la especificidad de cada campo, psicoanálisis y medicina pueden vincularse entre sí para investigar o plantear hipótesis inherentes a las situaciones emergentes, dado que es justamente esta apertura la que promueve la posibilidad de la creatividad en cuanto a las intervenciones posibles.

Viñeta

Un joven de unos 30 años es internado en este hospital por consumo problemático de sustancias, principalmente cocaína y, sobre todo, alcohol. En primera instancia se muestra como alguien poco dispuesto a hablar, sobre él y sobre su historia. La sustancia aparece como protagonista de la escena.

Todos sus males se deben exclusivamente a los efectos del alcohol sobre su organismo. Que él no pueda dejar de tomarlo sólo se debe a que «su cuerpo se lo pide». Está inamoviblemente convencido de eso. El haber comenzado la ingesta en su adolescencia lo atribuye a una larga lista de antepasados que han sido alcohólicos en su familia.

Presenta pruebas: un tío muerto de cirrosis, otro con una larga serie de desatinos en las reuniones familiares. «Todos los hombres de la familia» se reúnen «para» tomar; el asado o el motivo de la reunión «sólo son una excusa para tomar alcohol». Nada abre las puertas a la pregunta por la identificación posible en su conducta. El paciente sólo ve una herencia genéticamente predestinada en su compulsión a beber.

En sintonía con esto, desde los primeros momentos de su internación toma importancia para él cómo sobrellevar la falta de alcohol, habiendo sido medicado a tal efecto por el psiquiatra del equipo. Pero él, que «conoce su cuerpo», que «es en definitiva de lo único de que se trata», reclama que el médico ponga Etumina en su plan farmacológico. Con esa medicación, refiere, se sentiría bien, sin padecer ninguno de los efectos que la falta de la ingesta de alcohol le ocasionaba.

En las entrevistas psicológicas se intenta abrir interrogantes, conmover certezas, generar algún enigma, pero nada de eso se despliega, y las entrevistas sólo tratan de la medicación faltante. La Etumina se mantiene inmoviblemente como sustancia cuasi mágica que resolvería todo. Ante la sustancia ausente (alcohol) otra sustancia restablecería la homeostasis. Eso es, a su criterio, lo que importa y lo que reclama.

Hay en esta presentación un punto que hace de obstáculo a que se pueda constituir la formulación de una verdadera demanda; se expresa, en todo caso, una exigencia irreductible ante la necesidad de una medicación específica.

Se manifiesta aquí un saber sobre el efecto de la sustancia en el cuerpo, una respuesta que se anticipa a la formulación de algún enigma, que obtura la posibilidad de alguna pregunta acerca de los motivos de su padecimiento.

De hecho, siguen pasando los días sin otros efectos de la psicoterapia; ante esta posición del paciente que aparece como irreductible, la terapeuta habla con el psiquiatra para preguntarle y proponerle la posibilidad de incluir la Etumina en el plan farmacológico, estratégicamente, como intento de quitarla del centro de la escena y, una vez corrida, posibilitar que otras cuestiones comiencen a desplegarse.

La hipótesis de ella era que, en la singularidad del caso, responder al pedido del paciente, lejos de acceder sin más a sus reclamos, podría ayudar a conmovier aquello que impedía alguna pregunta por la causa de su malestar, a que alguna demanda de saber comience a instalarse.

No se trataba de competir con la sustancia, discutir su grado de eficacia; la idea era intervenir a los efectos de conmovier cierta «certeza» en la que el tóxico aparecía como necesario y suficiente, como única respuesta, obturando algún encuentro con la falta.

La profesional se orientaba en el sentido de que, una vez que la medicación le fuera dada y lo supiera el paciente, éste podría confrontarse con que no todo lo resolvía y seguramente comenzaría a preguntarse sobre ciertas cosas que aún con la ingesta de esa sustancia le seguían ocurriendo.

El psiquiatra comprendió el planteo, las argumentaciones y la estrategia, pero se cuestionaba en cuanto a esta posibilidad, pues a su entender el paciente «se quería mambear con la medicación». Acceder al pedido, según su lectura, iría en la línea de promover e incrementar un modo de satisfacción mediante el efecto químico obtenido con el fármaco.

Evaluaba, además, que responder a esta exigencia reforzaría la creencia del paciente en cuanto a que el saber sobre su organismo y sobre los efectos de la sustancia estaban de su lado, lo que desconoce el saber del profesional.

En este sentido, la argumentación se sostenía en un saber previo, en el que se referencia el discurso médico, el saber de la ciencia, saber que excluye la singularidad del sujeto.

Hay en este planteo algo que queda afuera, la dimensión del goce. Dice Lacan que

un cuerpo es algo que está hecho para gozar, gozar de sí mismo. La dimensión del goce está excluida completamente de lo que llamé «la relación epistemo-somática». Pues la ciencia no es incapaz de saber qué puede; pero ella, al igual que el sujeto que engendra, no puede saber qué quiere (Lacan, 1966, p. 92).

Así continuó un tiempo más la internación de este joven, que ocupó casi la totalidad de las entrevistas tanto psicológicas como psiquiátricas reclamando la Etumina.

El psiquiatra siguió confrontado con su límite, quizás agotado por los permanentes reclamos del paciente, quien decía que la medicación no le hacía efecto, no le calmaba los temblores de las manos, no le sacaba la ansiedad por tomar alcohol, por lo cual permanecía insomne durante muchas noches.

El analista continuó sin lograr un mínimo consentimiento a que algún tipo de pregunta se pudiera constituir, dado que ya había una pretendida respuesta en la sustancia que obturaba la posibilidad de una división subjetiva.

Ambos profesionales se encontraban en un *impasse*, un real diferente hacía de obstáculo a la propia intervención: desde el analista no se instalaba una demanda de saber, desde el psiquiatra no se encontraba una alternativa eficaz para modificar los síntomas orgánicos que manifestaba el paciente.

Los interrogantes eran distintos, según el propio campo: ¿por qué el paciente no respondía a la medicación? El obstáculo para el médico era la subjetividad. ¿Por qué estaba el paciente fijado al efecto de la sustancia sin poder abrirse a alguna pregunta que lo implicara? El obstáculo para el analista era el organismo.

Confrontados con sus propios límites, plantean una nueva alternativa: acuerdan en modificar el plan psicofarmacológico incorporando la Etumina para promover alguna apertura posible ante aquello que insistía al modo de una repetición.

En el encuentro entre prácticas emergió la posibilidad de plantear hipótesis e instrumentar intervenciones propias de cada disciplina enriquecidas a partir del accionar suplementario conjunto.

Fue a partir de esta intervención que se produjo un salto cualitativo, la posibilidad de una nueva articulación, a partir de ese punto de desconocimiento particular con el que el caso confrontó a los profesionales, surgió una nueva posibilidad de intervención, algo del orden de la invención, de la creación, el hecho interdisciplinario.

En retrospectiva podemos pensar que ése fue el verdadero inicio del tratamiento o bien el pasaje a otro momento, y ubicar como «previo» todo lo que antes había acontecido.

Se produjo a partir de allí una primera rectificación que permitió al paciente confrontarse con lo que ninguna sustancia lograba resolverle, asumir la responsabilidad de interrogarse por qué seguía sin dormir, pensar en su familia, por qué no tenía un lugar en su casa, por qué le costaba relacionarse con los otros.

Emergió finalmente la pregunta de por qué había cosas que sólo lograba hacer tomando alcohol, como hablar con su padre, al cual sólo podía «decirle algunas cosas» después de haber tomado, intimidado por su mirada.

Surgió así el esbozo de otra demanda, una demanda de saber articulada en la transferencia, en relación con la causas de su padecimiento.

Conclusión

Hay en toda presentación un punto límite, algo del orden de la falta, que se constituye en un obstáculo particular para cada disciplina. Las diversas manifestaciones de ese real interrogan nuestras prácticas. En ese desafío que plantea cada caso, aparece también la oportunidad de un encuentro que habilita a la co-construcción de alternativas de intervención.

El aporte de cada disciplina se promueve a partir de la posibilidad interdiscursiva, con lo cual se genera algo del orden de la invención que trasciende lo disciplinar. Invención que, lejos de ser una respuesta totalizante, se orienta por la particularidad de cada presentación y apuesta a la dignidad subjetiva.

Bibliografía

- Camargo, L. (2004). «Consumir la interdisciplina». *Acheronta. Revista de psicoanálisis y cultura*, n.º 20.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual* (1.ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Ghía, R. (2014). «El tratamiento de la demanda». En *1.ª Jornada de salud mental y adicciones. Dispositivos de intervención clínica*, Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Lacan, J. (16 de febrero de 1966). «Psicoanálisis y medicina». Trabajo presentado en el Collège de Médecine, Salpêtrière, París, Francia. Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Maciel, F. (2001). «Lo posible y lo imposible en la interdisciplina». *Revista de L' Associació Catalana D' Atenció Precoç*, n.º 17-18.
- Miller, J.-A. (2013). *El lugar y el lazo* (1.ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Naparstek, F. (2005). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo* (1.ª ed.). Buenos Aires: Grama Ediciones.

- Rubinstein, A. (1993). «La práctica del psicoanálisis en el hospital». Trabajo presentado en las *Jornadas del Hospital Español*, Buenos Aires, Argentina.
- Vera Ocampo, E. (1989). «La categoría de la droga en el discurso de los toxicómanos». En *Droga, psicoanálisis y toxicomanía. Las huellas de un encuentro*. Buenos Aires/Barcelona: Paidós.

Avatares en la construcción del equipo interdisciplinario

Patricia L. Benadiba y Alejandra Maula

La interdisciplina propone considerar la complejidad en salud mental, la impotencia del pensamiento disciplinar para dar cuenta de la clínica y las teorías sobre los sujetos que atiende, y la necesidad del debate y la articulación como condición necesaria para abordar de manera integral la cuestión del sujeto. La clínica cotidiana merece ahondar en este debate áspero en que priman el tratamiento disciplinar cuidadosamente ordenado en centurias de prácticas legitimadas que se ven conmovidas en la experiencia. Por eso mismo, la interdisciplina supone además un cambio de posición subjetiva de cada uno de los profesionales del equipo interdisciplinario para poder abrirse a consideraciones y lógicas diferentes de aquellas en las que han sido formados.

Las dificultades que atravesamos para la tarea interdisciplinaria tienen un núcleo duro en las formaciones de los diversos integrantes de los equipos y en los prejuicios que pueden derivarse de ellas. Como todo prejuicio, producen resistencias de diverso orden y en distintos niveles para calibrar la puesta en común, la apuesta clínica. La demanda vigente de realizar diagnósticos y «epicrisis», según la nomenclatura única del *DSM* como supuesto lenguaje común, dista de favorecer la superación de esas resistencias, por el contrario, obra a favor del modelo hegemónico y la de-subjetivación.

Uno de los problemas presentes en el campo se debe a la consideración epistémica¹ de los sujetos padecientes como meros objetos

1. Según refiere Vaschetto en *Variantes de la clasificación en psicopatología. ¿Una lengua bien hecha?*, Foucault llamará «episteme» al «conjunto de las relaciones

del conocimiento por parte de un sujeto profesional o experto que, gracias a su conocimiento, podría conocerlo en un todo. La relación sujeto/objeto del marco conceptual moderno «se refiere a un objeto de la representación frente al sujeto o conciencia intencional que lo piensa» (Alemán, 2014, p. 98). En otras palabras: hay uno que sabe –y por eso es sujeto– y otro que es conocido –y por eso es objeto directo del conocimiento del primero–. Esa posición propuesta por la teoría del conocimiento desubjetiva al paciente y, en esa operación, lo supone como un ente pasivo y pasible de ser conocido completamente. Podemos reconocer en la teoría de la adherencia al tratamiento los efectos de la teoría del conocimiento así como de otras hipótesis unidimensionales y unidireccionales con base en la apuesta a «yo sé lo que le pasa, le digo lo que tiene que hacer». Esto suele fallar, ya que ese objeto no es un objeto.

Otro problema se desprende de la lógica aristotélica de lo Universal, la del silogismo que enuncia: «Para todo A, entonces B», que se funda en una excepción que le opera de límite y queda necesariamente excluida del conjunto que funda. En ella se basa la organización de los discursos (*logos*) de las disciplinas en las que se forman los profesionales (la medicina, la psicología, la sociología, la filosofía, el derecho). Esta lógica va acompañada del principio de no contradicción y del tercero excluido, y supone la oposición excluyente entre lo verdadero o lo falso. La filosofía ha intentado de muy di-

que pueden unir, en una época determinada, las prácticas discursivas que dan lugar a las figuras epistemológicas, a las ciencias y eventualmente a los sistemas formalizados [...]. Ésta no define, como el paradigma de Kuhn, lo que puede saberse en una cierta época, sino lo que está implícito en el hecho de que se dé un cierto discurso o una cierta forma epistemológica [...]. En su crítica, Foucault opone al paradigma kuhniano la idea de «regímenes discursivos»: «[...] lo que está en cuestión es lo que gobierna los enunciados y el modo en que se gobiernan los unos a los otros para constituir un conjunto de proposiciones científicamente aceptables y en consecuencia susceptibles de ser verificadas o invalidadas a través de procedimientos científicos». Según analiza Agamben, no se trata entonces de una «alteración de la forma teórica», sino más bien de «un régimen interno de poder» (Vaschetto, 2014, p. 198).

versas maneras salir del atolladero al que estas lógicas disyuntivas conducen, ya que no dan lugar a las paradojas, no aceptan las contingencias, no logran dar cuenta de lo real, reducen o aplanan los problemas, dificultan la dialéctica y la comunicación entre disciplinas, entre otros problemas. Asimismo, la ciencia moderna ha incorporado como modelo paradigmático a la física, en la que todo puede matematizarse, cuantificarse, y muchos suponen, insistiendo con el estilo de investigación en ciencias exactas en el que sólo es válido aquello que cualquier investigador podría replicar de la misma forma y en cualquier lugar bajo ciertas condiciones de experiencia (principio de identidad, recorte del campo de la experiencia, investigador aséptico no participante, etc.), que las ciencias sociales y humanas deberían tener el mismo sistema de pensamiento. Nada más lejos del sujeto y de las situaciones clínicas cotidianas.

Por otro lado, la filosofía de la Modernidad iniciada por Descartes propone a la duda como método para el conocimiento y a un sujeto que piensa como ente del que emana el saber, la existencia. Según refiere Curt Hacker, Glumpowicz (1905, citado por Fleck, 1980, p. 63) propone que el problema está en creer que el que piensa es el sujeto, cuando, invirtiendo la fórmula —«el sujeto es pensado»— se puede dar cuenta del sentido común de lo social, de la pendiente por la cual dialécticamente la familia, el grupo y la cultura que habita son productores de sujeto: «[...] lo que piensa en el hombre no es siquiera él sino la comunidad social» (Hacker, 2014, p. 62). Más radical aún, aunque en una dirección cercana al psicoanalista y el sociólogo recién nombrados, fue Lacan al proponer la fórmula freudiana: «Deseo, luego existo» (Lacan, 1964, p. 160), que inserta al deseo como el profundo descubrimiento freudiano que corre definitivamente el eje de la discusión filosófica respecto del sujeto, que queda escindido, descompletado, no totalizable, y en articulación con los deseos y las demandas del Otro —en sus distintas acepciones—.

Entramos aquí en el problema de la dimensión inconciente. No se trata de profundidades insondables sino de la estructura misma del lenguaje y de sus condiciones de producción. Se trata, en muy

apretada síntesis, de que lo comunicable es no-todo. La imposibilidad de decirlo todo proviene de la estructura del lenguaje y la de conocerlo todo, también, ya que existe lo inefable, lo indecible, lo que no puede ser dicho ni enunciado. Es un punto real de imposibilidad que no es reconocido por la ciencia. Para esta dificultad que atañe tanto a la lengua como al sujeto, Lacan construyó una herramienta eficaz que incluye la contingencia sobre la base de un conjunto abierto que no se deja abordar por la lógica formal ni la lógica matemática. No vamos a profundizar aquí en la lógica del no-todo —que es homóloga de lo inconsciente (Lacan, 1972)—, para ello remitimos a los desarrollos que Jorge Alemán propone para pensar la filosofía política, aunque entendemos que muchos de ellos pueden ser también útiles a la hora de ahondar en este proyecto.

Los equipos interdisciplinarios, como ya dijimos, están conformados por profesionales que no sólo portan conocimientos provenientes de distintas disciplinas, sino que además han sido formados en diversos momentos históricos, con teorizaciones diversas al son de los cambios paradigmáticos o regímenes discursivos hegemónicos. Por esto, sostienen distintas posiciones subjetivas y políticas, distintas culturas que, si bien hacen a la diversidad, también pueden provocar efecto de ajenidad, la impresión de estar hablando una lengua extranjera (Derrida, 1997). ¿Cómo hacer con lo extranjero-ajeno para que se lo admita y se lo aloje en la medida de hacer productiva esa diferencia?

La construcción de una intervención interdisciplinaria requiere además de una temporalidad propia que se atenga tanto al tiempo cronológico como al tiempo institucional, pero también a los tiempos lógicos de cada integrante del equipo y fundamentalmente al tiempo lógico del paciente. El tiempo justo se liga íntimamente con los tiempos subjetivos y lógicos de cada uno de sus integrantes. Hay una singular temporalidad lógica a la hora de desplegar una práctica interdisciplinaria.

La epistemología interna a cada una de las disciplinas que componen el equipo de salud mental agrega otro condimento de difi-

cultad, al encontrarse también en tensión entre diversas corrientes internas o escuelas. En un ejercicio del pensamiento creemos oportuno tensar al máximo esas posiciones al sólo efecto de que, tal vez, nos permitan pensar otra lógica. En este ejercicio conjeturamos la existencia de tres grandes ejes paradigmáticos comunes a todas las disciplinas: uno biologicista, que propone a la *physis* como productora y como origen de lo que entonces considera como todo lo que se manifiesta del hombre y, por lo tanto, también la sociedad; uno social, que supone que todo lo que se manifiesta en el hombre es un producto de sus relaciones sociales, institucionales y políticas; y uno psicológico, que piensa a lo psíquico como individual. Estas tres líneas marcarían polaridades excluyentes que hegemonizan el pensamiento teórico y las prácticas en diversos momentos históricos producto de lógicas mecanicistas (una causa, un efecto) que efectúan una reducción simplista. Estas posiciones extremas se afirman sobre un campo reducido de la experiencia y la recortan desestimando las diversas pendientes y niveles que operan sobre el campo que estudian. Un ejemplo muy evidente es el modelo de las neurociencias, en el que son los átomos, las moléculas más o menos complejas, los genes, las que en su materialidad natural producen todo lo humano. Es el neopositivismo y el neokräepelinismo que han hegemonizado a la psiquiatría en los últimos cuarenta o cincuenta años de la mano del imperio tecnocientífico apoyado en la industria farmacéutica y con un acompañamiento político hegemónico claro,² que producen la des-humanización en la tercera edición del *DSM*, en el que ya no hay ni rastros de nosografía ni de las pasiones estudiadas por la filosofía y que se proclama como objetivo y a-teórico.

¿Cómo articular una puesta en común que complejice y ordene estos campos heterogéneos?

2. El ex presidente de los Estados Unidos Ronald Reagan decretó el cerebro como centro de interés en la investigación en los Estados Unidos en la década de 1990-2000, que fue denominada en ese país la «década del cerebro».

Un horizonte posible sería arribar a un lenguaje nuevo, que, sin perder las huellas del origen disciplinar, permita producir un campo en común, una puesta en común, donde se sostengan las diferencias para hacerlas producir novedad, y nos desplazemos de la clásica definición del sujeto biopsicosocial que remite a esferas no integradas delimitando campos disyuntos. Un esbozo propositivo entre otros en esta línea sería el concebir a los sujetos como emergentes en la productividad sociohistórico-política y cultural –baño social, parafraseando a Wittgenstein–, atravesados necesariamente por el lenguaje –baño de lenguaje de Wittgenstein– que organiza a la lengua³ y a las huellas sinápticas,⁴ articulando las diversas materialidades, lógicas y pendientes heterogéneas presentes en el campo interdisciplinario que tratamos, sabiendo del carácter vacío,⁵ incompletable e interactivo –muchas veces paradójal– de los elementos en juego. Tal vez sea el nacimiento de fundamentos sobre nuevas bases de una transformación de las tradiciones disciplinares en este siglo.

Bibliografía

Alemán, J. (2012). *Soledad: común. Políticas en Lacan*. Buenos Aires: Capital Intelectual.

3. La «lengua» es un concepto acuñado por Lacan para diferenciarlo del lenguaje como construcción científica y presentar un «aparato» en el que se coimplican y amalgaman elementos tan heterogéneos como los significantes y las pulsiones. Esta lengua es más originaria que el lenguaje, al surgir «del encuentro traumático entre la masa corporal del ser vivo y los signos que lo capturan» (Alemán, 2012, pp. 14-17).
4. Ansermet y Magistretti proponen el término «huella sináptica» (HS) como nombre equivalente en otro nivel para las huellas mnémicas (HM) del aparato freudiano. Las HM son marcas de la experiencia en forma de trazas o restos de lo oído, lo visto, lo percibido que son productivas en la articulación pulsional y del deseo. Las HS son marcas moleculares en las membranas sinápticas que poseen las mismas características de modelizar la dinámica neuronal (neuroplasticidad). Completa el cuadro la epigénesis.
5. «Vacío» en el sentido en que lo usan Freud y Lacan, de lugar sin sentido ni contenido fijo ni prefijado y de lugar necesario para el funcionamiento.

- Alemán, J. (2014). *En la frontera. Sujeto y capitalismo*. Buenos Aires: Gedisa.
- Ansermet, F. y Magistretti, P. (2004). *A cada cual su cerebro: plasticidad neuronal e inconsciente*. Buenos Aires: Katz Editores.
- Derrida, J. (1997). *La hospitalidad*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- Fantin, J. C. (2012). «Empirismo ingenuo y evidencia en la psiquiatría actual». En Vaschetto, E. (comp.). *Epistemología y psiquiatría. Relaciones peligrosas*. Buenos Aires: Polemos, pp. 23-39.
- Lacan, J. (1987). «Análisis y verdad o el cierre del inconsciente». En *El Seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, pp. 142-154. [Trabajo original publicado en 1964].
- Lacan, J. (1987). «Del sujeto de la certeza». En *El Seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, pp. 37-49. [Trabajo original publicado en 1964].
- Lacan, J. (1987). «La sexualidad en los desfiladeros del significante». En *El Seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, pp. 155-167. [Trabajo original publicado en 1964].
- Lacan, J. (1987). «Presencia de analista». En *El Seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, pp. 129-141. [Trabajo original publicado en 1964].
- Lacan, J. (1992). *El Seminario. Libro 20. Aún*. Buenos Aires: Paidós. [Trabajo original publicado en 1972-1973].
- Laclau, E. (2014). *Los fundamentos retóricos de la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Maula, A. (2012). «De las clasificaciones, los catálogos, las siglas y el DSM. Un mapeo por los orígenes del DSM, su estructura discursiva; el contexto cultural en el que se produce y los efectos en la clínica con niños» (en línea). Trabajo presentado en *Mesas de la Lengua en la Biblioteca*, Psicoanálisis en Argentina, Museo del Libro y de la Lengua y Biblioteca Nacional. Recuperado el 20-06-2015 de http://www.psicoanalisisar.com.ar/?page_id=5426.

- Stagnaro, J. C. (2004). «Elementos para pensar una psiquiatría dinámica hoy» (en línea). Trabajo presentado en el Ateneo Científico de APdeBA. Recuperado el 20-06-2015 de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Stagnaro.pdf>.
- Vairo, C.; Ruiz, M. y Matusevich, D. (2012). «Psiquiatría psicodinámica: del magnetismo animal al *Managed Care*. Una revisión crítica de la historia de la psiquiatría dinámica». En Vaschetto, E. (comp.). *Epistemología y psiquiatría. Relaciones peligrosas*. Buenos Aires: Polemos, pp. 97-121.
- Vaschetto, E. (2014). «Variantes de la clasificación en psicopatología. ¿Una lengua bien hecha?». En Vaschetto, E. (comp.). *Epistemología y psiquiatría. Relaciones peligrosas*. Buenos Aires: Polemos.

O encontro interdisciplinar: os efeitos da alteridade e a ética do cuidado

Lívia Santiago Moreira

Por estar em contato direto com o sofrimento humano que interroga o alcance das teorias, a experiência clínica parece indicar que os antigos paradigmas das ciências humanas precisam ser revistos à luz das investigações sobre os sujeitos em conflito com os imperativos da modernidade tardia.

O sujeito sobre o qual se debruça a psicanálise é exatamente aquele que foi foracluído da ciência delirante na sua proposta de neutralidade e universalidade. Tal sujeito sofre os efeitos de um perpétuo estranhamento de si mesmo, é agido por forças que desconhece e está à mercê de um acaso que é irredutível ao controle. Tais categorias de universal e de neutralidade são cúmplices da barbárie inerente ao *modus operandi* do sistema econômico para o qual as vidas humanas rapidamente podem ser consideradas descartáveis. A angústia frente ao indeterminado e a falta de referentes parecem ser tributárias de uma vivência cada vez mais fragmentada e impossível de ser subjetivada, presença maciça do real traumático dos estímulos para os quais não há refúgio nem espera. Passado, presente e futuro se encontram fundidos num amálgama terrorífico, aonde o trabalho do luto e o trabalho do sonho figuram como horizonte distante para aqueles que precisam buscar alternativas para uma anestesia psíquica imediata.

Como Freud nos indica em 1921, é impossível separar a psicologia individual da psicologia coletiva, com essa premissa, vemos que tanto o saber quanto a prática devem ser construídos a partir de diferentes perspectivas disciplinares, como a antropologia, a socio-

logia, a medicina, filosofia, literatura. Apesar de a proposta interdisciplinar figurar como modelo ideal tanto na Academia quanto nos serviços de saúde, muitos desafios ainda estão colocados no caminho. A possibilidade de inclusão do «saber fazer» e do discurso do outro de campo distinto implica o reconhecimento do limite dentro do seu próprio modelo e uma abertura ao tensionamento promovido pelo encontro com a alteridade.

A interdisciplinaridade na rede de atendimento à saúde mental parece dialogar com as questões da clínica da intersubjetividade, que aposta na interação como possibilidade de novos começos, da criação de vias alternativas a partir da experiência com o outro. Desse modo, gostaríamos de fazer o exercício interdisciplinar de pensar a psicanálise com o conceito de rosto desenvolvido por Lévinas, E. em *Totalidade e Infinito* (1961), acreditando que este diálogo com a filosofia possa contribuir para que o impasse do encontro com a alteridade possa transformar-se em potência.

Diante do rosto do outro

Nas elaborações de E. Lévinas em *Totalidade e Infinito* (1961) a alteridade aparece como algo que antecede o sujeito e o traumatiza, sendo que esse traumatismo será aquilo que, ao mesmo tempo, irá constituir esse sujeito. O outro precede o sujeito, o constitui, o traumatiza e exige dele uma resposta e um trabalho—poderemos entender esse trabalho como exigência de trabalho psíquico de simbolização, elaboração e transformação daquilo que vem desse outro e excede o sujeito. O modelo de intersubjetividade que encontraremos em Lévinas se refere à dimensão da constituição subjetiva que encontra uma «abertura permanente e inevitável ao outro, em sua alteridade que sempre ultrapassará, por princípio, a nossa possibilidade de recepção, acolhimento e compreensão e que, no entanto, como expressão do sofrimento, nos exige alguma resposta» (Coelho e Figueiredo, 2012. p. 32).

A noção de *rostro* concebida por Lévinas é inquietante. Somos confrontados com a problemática de como seria possível conhecer o outro sem que essa modalidade de interação recaísse no discurso sobre o mesmo, o já estabelecido. O filósofo busca nos mostrar como se dá o encontro do mesmo com a alteridade, enquanto o primeiro é tributário de um modo de relação e de raciocínio solipsista, o segundo impede o fechamento mortífero da unidade totalizante. Diante do rosto do outro nos encontramos frente a uma alteridade radical que nos ultrapassa e desde o início impõe uma assimetria. Buscamos reconhecer no rosto do outro algo com o qual poderemos nos identificar, mas essa identificação, que me faz próximo do outro, não deveria tornar-se uma apreensão totalizante daquele que está à frente—o que seria entendido como uma forma de dominação do outro, uma violência. Lévinas nos diz que, diante do rosto do outro, nos veríamos responsáveis por ele, nos dirigiríamos para esse outro que será sempre mais do que se pode apreender dele por sua assimetria e desproporção às tentativas (narcísicas) de compreensão, promovendo uma abertura em quem o observa e convocando uma resposta a ele. O rosto do outro implica um posicionamento ético, uma capacidade de renúncia aos interesses egoísticos—chamados «bens menores»— em função de um «bem maior», um bem supremo. A dimensão de escolha frente ao rosto se mantém, contudo, ele convocaria o desejo do «bem maior», que ultrapassaria os interesses primários das necessidades funcionais. Visando tal «bem maior», teríamos a capacidade de doação ao outro, às necessidades do outro, nos tornaríamos responsáveis pelo outro. O rosto manteria uma relação do desejo com a lei, tanto um quanto outro no face a face se veriam referenciados para além daquele que está à sua frente. O outro de cada um dos sujeitos, o terceiro da relação seria o responsável pela regulação das ações a que se é convocado a responder frente ao rosto.

Dessa forma, aqueles que estão face a face podem se reconhecer à medida que os dois, no presente momento do encontro possuem um futuro que é indeterminado e ultrapassa a capacidade de controle

e previsão. O outro se torna precioso e indispensável na medida em que sua tradução e perspectiva única do mundo não podem existir sem ele.

Novos desafios são colocados para os habitantes de um tempo onde a espacialidade foi reconfigurada e as ofertas identificatórias têm a garantia de duração de uma mercadoria «sem agrotóxicos». Vemos como a lógica da aceleração do tempo e da globalização dos espaços têm consequências severas para a subjetividade. A consideração ética de responder a esse outro no aqui e agora estaria condicionada à capacidade de se vislumbrar que o tempo continuará, existirá um futuro, mesmo que não se faça mais parte dele. Ou seja, seria em função desse futuro virtualmente infinito que deveríamos nos mover e guiar nossas ações. Mesmo que eu queira satisfazer imediatamente meus desejos –satisfação que se refere a uma noção de unidade do eu– esses desejos precisariam de mais duração, de um tempo futuro onde eles pudessem perdurar. Veríamos assim uma relação paradoxal do desejo com o tempo: as experiências no presente convocam à ação, à necessidade de satisfação imediata do desejo, mas o desejo convocaria também a vontade de duração dessa satisfação, um futuro em que a ação (o existir) pudesse perdurar – o que limitaria a intensidade ou os modos de ação neste presente. O «bem supremo» estaria relacionado à essa capacidade de reconhecermos nossa limitação e finitude e assim, agir em vista a possibilitar um momento posterior, criar a possibilidade de um futuro para si e para o outro com quem compartilho o meu presente.

A ética do cuidado

Aqui daremos foco à modalidade de traumatismo que foi inaugurada por Sándor Ferenczi, psicanalista da primeira geração que ousou retomar a primeira construção freudiana acerca da realidade do trauma e do aparelho psíquico como efeito de um encontro, sempre

traumático, com o outro. De acordo com Ferenczi, o trauma estaria ligado a um desmentido, à recusa de reconhecimento por parte de um adulto daquilo que a criança teria vivido ou experimentado. Haveria uma «confusão de línguas» entre os adultos e as crianças, onde um fala a linguagem da paixão e outro só entende a linguagem da ternura. O adulto agride quando impõe sua vontade sobre a criança e abusa de sua vulnerabilidade. Contudo, essa violência se tornaria especialmente traumática no momento em que a criança recorre a um adulto pra compreender e dar sentido ao que ocorreu e não é acolhida, lhe é negado o reconhecimento do que se passou. A consequência dessa operação é o desmentido do próprio sujeito, que não mais confia nos seus sentimentos e nos outros. A intensidade do trauma torna necessário o mecanismo defensivo da cisão, uma parte da personalidade irá se desenvolver rapidamente para cuidar da outra, às custas de um anestesiamento, ela tudo sabe, mas nada sente. O reconhecimento da vivência do outro e da impossibilidade de sua tradução completa é fundamental para que esse sujeito possa ter lugar. A ética do cuidado viria no sentido de oferecer um lugar de hospedagem para esse outro que fala uma língua diferente da minha e me coloca em contato com minha própria estrangeiridade. Entretanto, para que seja possível sentir com o outro, reconhecendo a singularidade de sua experiência, é necessário poder acolher aquelas próprias que são disruptivas, caso contrário, os mecanismos defensivos que visam proteger a integridade egoica irão atuar para evitar seu colapso. A consequência dessa necessidade de defesa é a recusa do outro e da possibilidade de reconhecê-lo. Um círculo se fecha, então, trazendo complicações para as possíveis saídas que não sejam outricidas.

Pensamos que será através da lógica dodesmentido –figura que é descrita a partir do discurso da perversão que reconhece e sabe sobre a estrutura, mas mesmo assim continua a operar segundo os ditames da produção da violência do mesmo– que poderemos pensar quais seriam as estratégias de resistência às formas engessadas e programadas de construção de subjetividades. Percebemos aqui

como a ética do cuidado se afina à proposta de uma responsabilidade frente ao rosto do outro, que nos propõe Lévinas.

Do reconhecimento de si para o reconhecimento do outro

A prática clínica demonstra que o que insiste em ser obliterado nos discursos e saberes hegemônicos é o reconhecimento de sua própria limitação, falta aliá ideia de que toda a segurança construída pela ciência falocêntrica aponta para uma insuficiência de ordem intransponível, fratura em uma totalidade que é, a todo tempo, reafirmada através da força e da eliminação dos indícios de sua falência –seja pelo sintoma ou pela impossibilidade do trabalho interdisciplinar.

Talvez a estrutura do abismo da não comunicabilidade entre as disciplinas seja reforçada a partir do momento em que a impotência de um sistema de pensamento torna necessária a criação de uma nova oposição, a emergência de uma outridade que poderá ser diminuída ou excluída. Não é possível reconhecer o «rosto do outro», como nos indica Lévinas, porque seria necessário reconhecer em si esse outro que nunca poderá ser englobado totalmente, perceber como o estranho é familiar (*Unheimlich*).

Contudo, uma alternativa à violência do isolamento mortífero e ao apagamento do sujeito na indiferenciação parece despontar. Reconhecer a vulnerabilidade do outro é possível através do reconhecimento da própria vulnerabilidade. O desamparo, assim, aparece como solo comum capaz de unir os sujeitos em uma «comunidade de destino», em oposição à comunidade de origem que se quer soberana, pura e invulnerável. Pensamos que a partir do momento em que os saberes puderem pisar no mesmo solo instável juntos que a construção de um horizonte construído coletivamente, acima dos interesses egoísticos possa surgir. A resposta ao outro é um cuidado a si, a atenção à prática é um elogio à teoria. Assim, diante do rosto do outro veríamos a nós mesmos resgatados da solidão absoluta que surge frente à constatação que somos finitos e precários, carentes

de novos discursos que possam encantar esse mundo que insiste em perder o sentido.

Bibliografia

- Derrida, J. (2008). *Adeus a Emmanuel Lévinas*. São Paulo: Perspectiva.
- Gondar, J. (2012). «Ferenczi como pensador político». *Cad. Psicanálise-CPRJ*, v. 34, n.º 27, jul./dez, pp. 193-210.
- Ferenczi, S. (2011, 2.ª edição). «A criança mal acolhida e sua pulsão de morte». In *Obras Completas*, vol. IV. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes [Trabalho original: 1929].
- . (2011, 2.ª edição). «A adaptação da família à criança». In *Obras Completas*; vol. IV. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes [Trabalho original: 1928].
- . (1933). «Confusão de línguas entre os adultos e as crianças». In *Obras Completas*; vol. IV. 2.ª edição. (2011). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.
- Figueiredo, L.C. e Coelho Junior, N. (2012). *Dimensões da intersubjetividade*. São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1987). O «estranho». In *Uma neurose infantil*. Rio de Janeiro: Imago. [Trabalho original: 1919].
- . (1987). «Além do princípio do prazer». In *Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos*. (1987) Rio de Janeiro: Imago. [Trabalho original: 1920].
- . (1987). *O ego e o id*. In *O ego e o id e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago. [Trabalho original: 1923].
- Kupermann, D. (2008). *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Lévinas, E. (2008). *Totalidade e infinito*. São Paulo: Editora Edições 70.
- Mannoni, O. (1973). «Eu sei, mas mesmo assim...». In *Chaves para o Imaginário*. Petrópolis: Vozes.
- Seligmann-Silva y Nestrovski, A. (orgs). (2000). *Catástrofe e representação: ensaios*. São Paulo: Escuta.

Vertzman, J. (2002). «O observador do mundo: a noção de clivagem em Ferenczi». In *Revista Ágora*, vol. V, n.º 1 jan/jun, pp. 59-78.

Práctica interdisciplinaria. Clínica y ética

María Celeste Balut, Nicolás García, Roxana Piediferri,
Andrés Rodríguez Evans y Sara Szeinman

La Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 plantea un cambio de paradigma en el campo asistencial cuyo fundamento es el abordaje interdisciplinario del padecimiento subjetivo,¹ entendiendo que éste deviene de una compleja trama de factores que lo determinan, siendo necesaria una multiplicidad de intervenciones para regular y estabilizar ese entramado.

Nos proponemos reflexionar acerca de los obstáculos y desafíos que surgen en torno a la conformación de un equipo interdisciplinario, donde es frecuente que las diversas posiciones teóricas y clínicas susciten tanto diferencias como dificultades en las intervenciones y en lo que concierne a la direccionalidad de los tratamientos. Consideramos que ello guarda íntima relación con la posición ética de quienes constituyen el equipo de trabajo; muchas veces se ponen en juego ideales terapéuticos vinculados con aquello que se entiende como salud o enfermedad, como normal o patológico, así como posturas moralistas o paternalistas que influyen en las intervenciones en tanto condicionan la escucha y la oferta terapéutica.

-
1. Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental, art. 8º, cap. V: «Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes».

Interdisciplina y saber

Partimos de pensar al equipo interdisciplinario como un campo de relaciones complejas que se definen recíprocamente en función de los lugares que ocupen los actores, en el que se suscitan relaciones de poder y se produce un interjuego de saberes (Bourdieu, 1984).

Entendemos a la interdisciplina como una «práctica entre varios» que no consiste en una sumatoria de saberes heterogéneos bajo el supuesto de que la ignorancia en una disciplina habría de completarse con el saber de la otra. El trabajo interdisciplinario implica que no se pierda la «especificidad de los saberes» disciplinares en los que cada profesional se forma; siendo lo primordial el encuentro de las diversas lecturas posibles del hecho clínico en un diálogo que permita la mutua interrogación y la construcción de un marco de abordaje conjunto por fuera de la confrontación o la imposición.

Esto, que en teoría pareciera ser fácil, en la práctica cotidiana suele dar origen a conflictos y fisuras que dificultan las intervenciones como consecuencia del malentendido existente entre saberes heterogéneos, siendo inevitables las tensiones y los desacuerdos.

Dificultades en la conformación de los equipos de trabajo

La constitución de un equipo que trabaja de manera interdisciplinaria implica numerosas renunciaciones, siendo la primera abandonar la idea de la propia disciplina como suficiente para dar cuenta de un problema; solo la falta promueve el pensar. Será fundamental que exista una renuncia al propio narcisismo, haciendo a un lado las rivalidades y competencias entre pares, así como también a los propios ideales, dando lugar a la creatividad y a la invención de respuestas novedosas.

Es decir que la posibilidad de que exista una genuina práctica interdisciplinaria y no una mera sumatoria de individualidades y de saberes dependerá de la posición que cada profesional asuma en relación a otras disciplinas y en la clínica, tomando los recaudos para

que en el dispositivo individual de cada disciplina se cuiden los demás espacios de tratamiento.

Será fundamental que los profesionales asuman un «pensamiento crítico» sobre el propio modo de concebir la práctica, dando lugar a la escucha del otro, que se genere un espacio de intercambio que favorezca la discusión clínica, la colaboración y la tolerancia de los diferentes posicionamientos frente a una misma problemática.

Lo que hace obstáculo: saber y poder

Algunos obstáculos surgen a partir de que cada disciplina presenta una mirada heterogénea sobre el problema y piensa de una manera particular su objeto de estudio, ello influye en lo que se entiende por salud-enfermedad, por padecimiento subjetivo y, en consecuencia, en cómo se concibe el abordaje clínico y la dirección que deberá tomar el tratamiento.

Esto se hace evidente en los diferentes modos de conceptualizar lo que se entiende por demanda, así como también la manera de responder o no a ella, en los diversos usos de la palabra y también en el posicionamiento en cuanto al manejo de la transferencia.

A menudo, la relación entre la psiquiatría y el psicoanálisis entra en debate por las diferencias en el modo de respuesta frente al padecimiento y el síntoma. En algunos casos la administración de un fármaco es necesaria para mitigar el malestar y aquello que en un primer momento se manifiesta como disruptivo y angustiante. Sin embargo, en algunas ocasiones el alivio de la manifestación sintomática dificulta la posibilidad de tramitar las causas de ésta por la vía de la palabra, de manera tal que nos vemos convocados a revisar las intervenciones para retomar el pedido inicial de tratar aquello que resultaba angustiante.

Otros obstáculos surgen ante las diferentes maneras de concebir «las demandas ligadas a problemáticas sociales», en especial cuando el pedido de un recurso o beneficio adviene como lo central en un tratamiento. Esto puede entorpecer el trabajo en los demás espacios tera-

péuticos, sobre todo si se presenta como la solución a todo lo concerniente al padecimiento. Un recurso o beneficio es terapéutico si hay un trabajo previo de apropiación subjetiva y en la medida en la que el paciente pueda hacer uso de él. En algunos tratamientos un pedido de recursos no debe ser soslayado, siendo que podría vehicular la apertura a una demanda de otro orden; en cambio, en otros la fijación en el pedido compulsivo de recursos opera obstaculizando el abordaje.

Ética y poder

En la coexistencia de diversos campos disciplinares se pone en riesgo el equipo de trabajo cuando una disciplina deja de considerarse solo como un recorte del problema y se presenta como explicándolo todo, como una verdad absoluta. Es así como se obtura el diálogo e intercambio, perdiéndose aquello que otros profesionales tienen para aportar, en perjuicio de consensuar la estrategia terapéutica de manera conjunta.

Sin embargo, los obstáculos se vinculan especialmente con la posición ética que asumen los integrantes en sus intervenciones clínicas y con el uso que pueden hacer del poder que otorga la posición transferencial.

Esto sucede, por ejemplo, allí donde, frente a la complejidad de una situación, alguno de los integrantes del equipo piensa al paciente como alguien a quien se debe «rescatar», asumiendo el rol de héroe. La «subjetividad heroica» –tal como refieren De la Aldea y Lewkowicz (1998)– es un modo específico de situarse en la clínica en el que se responde de modo inmediato desestimando la posibilidad de pensar con otros. Esta manera de intervenir desde una posición de omnipotencia deja a quien se ubica en el lugar de héroe, centralizando el poder y desdibujando el trabajo en equipo.

Allí donde lo que orienta la praxis es la búsqueda de un soberano bien, haciéndose del paciente un patrimonio personal y donde «rescatar» al otro se constituye en un deber moral, se arribará en oca-

siones a resultados contraproducentes. Los profesionales deben estar advertidos de que existe un saber más allá del que el equipo cree tener sobre el paciente, y el cual está referido al saber que cada sujeto porta sobre sus síntomas y su trama singular.

Operar desde un lugar omnipotente imponiendo un camino prefijado, diciendo qué se debe y qué no se debe hacer, es muy diferente a posicionarse desde un lugar de escucha que deje espacio a la dimensión singular del sujeto. Es importante no intentar conducir al paciente más allá de donde puede y está dispuesto a ir, estando advertidos de no conmovier demasiado pronto las soluciones que ha encontrado en su vida.

Por ello será imprescindible revisar la propia práctica y cuestionar las intervenciones clínicas, pudiendo dar cuenta de qué es lo que buscamos obtener con las mismas y qué esperamos de ellas. A su vez, es preciso poder sostener teóricamente lo que se plantea, no desde el relato que trae quien nos habla, sino desde una articulación que apunte a la lógica del caso.

Allí donde las intervenciones están sostenidas desde los propios prejuicios e ideales terapéuticos bajo la forma de prescripciones y consejos, la práctica clínica acaba por volverse una reeducación moral, reduciéndose, «como es corriente en la historia de los hombres, al ejercicio de un poder» (Lacan, 1985, p. 566).

A modo de cierre...

Entendemos que la práctica interdisciplinaria se sostiene en la predisposición que tenga cada uno de los miembros del equipo con la interdisciplina, lo que Emiliano Galende (1994) ubica como «una cabeza interdisciplinaria». Ello quizás sea lo que permita mantener y soportar la heterogeneidad sin que se produzca la hegemonía de un solo saber disciplinar.

Será fundamental destinar y privilegiar tiempo a los espacios de discusión clínica y comprometerse a trabajar en espacios de super-

visión en pos de evidenciar aquello que hace obstáculo y dificulta el trabajo con otros.

Para ello, la transferencia de trabajo entre los integrantes de un equipo y la posición ética de los mismos serán condición para su operatividad y producción, sosteniendo como prioridad en el abordaje intervenciones clínicas tendientes a resguardar la subjetividad del paciente en una dirección que no pierda como horizonte la singularidad del caso.

Bibliografía

- Benedetti, E. (2015). *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Bourdieu, P. (1984). «Clase inaugural», en *Sociología y Cultura*. México: Grijalbo. 1990.
- Carballeda, A. (2009). «Trabajo Social y padecimiento subjetivo». *Colección Cuadernos de Margen*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- De la Aldea, E. y Lewkowicz, I. (1998). «La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud». En *Revista Campo Grupal*, año 1, n.º 2, Buenos Aires.
- Freud, S. (2004). «El malestar en la cultura». En *Obras Completas*, tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2002). «Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica». En *Obras Completas*, tomo XVII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Galende, E. (2004). «Reportaje». En *Clepios, una Revista de Residentes de Salud Mental*, n.º 35, Buenos Aires.
- Heller, M. (2011). «La toma de decisiones responsables en la práctica de Trabajo Social. La reflexión ética como recurso», en *Revista Conciencia Social*, año 1, n.º 1.
- Lacan, J. (1985). «La dirección de la cura y los principios de su poder». En *Escritos II*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (2007). Seminario «La ética del Psicoanálisis». Buenos Aires: Paidós.

- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Stolkiner, A. (1999). «La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas». En *El Campo Psi* (en línea). Recuperado el 15/04/2015, de www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm
- Stolkiner, A. (2005). «Interdisciplina y Salud Mental». Presentado en las *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental, I Jornadas Provinciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización*. Realizadas en Posadas, Misiones, Argentina.

El trabajo interdisciplinario: entre la creación y la invención

Mariana Acevedo, María Eugenia García y María Laura Zapata

En nuestra práctica cotidiana (en el Hospital Zonal Especializado en Adicciones «Reencuentro» de La Plata) nos encontramos con la necesidad, en algunos casos, de recurrir a la intervención de otras disciplinas como modo de reconocer las limitaciones a nivel de la propia práctica.

La Ley Nacional de Salud Mental, en tanto marco que nos regula, sostiene como condición para el tratamiento ambulatorio de pacientes la interdisciplinariedad en el abordaje. En su artículo 8.º sostiene: «debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente [...]» (Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657).

Partiremos de las siguientes preguntas: ¿cómo atraviesa esto los dispositivos institucionales? ¿De qué hablamos cuando hablamos de un equipo interdisciplinario? En principio, podemos pensar que se trata de un grupo abocado a un trabajo específico, ligado por un objetivo de trabajo en un contexto y en un lugar determinados. Sin embargo, esto no garantiza *a priori* que el modo de trabajo que adopte este equipo vaya en la vía de la interdisciplina.

Cada equipo desarrolla su tarea en un lugar, siendo este último el que permite ubicar un orden simbólico que determinará lo que es posible hacer y lo que no, y de este modo asignar las funciones que tendrá cada uno de los integrantes del grupo. En este sentido, no se trata de un lugar de complementariedad sino de relaciones

posibles, donde luego se dará un momento para establecer diferencias de las identificaciones imaginarias iniciales, necesarias para la constitución del agrupamiento. El problema se produce cuando en los equipos de trabajo se intenta taponar lo simbólico con lo imaginario.

¿Podemos pensar que la interdisciplina precede a la constitución de un equipo? ¿A partir de qué momento hablamos de trabajo interdisciplinario? Si la interdisciplina no antecede a la constitución de un equipo, podemos pensar que ésta «¿se inventa o se crea?» en el quehacer de él.

Resulta interesante el planteo de Jacques-Alain Miller en su conferencia «La invención psicótica». En esta conferencia Miller realiza una disquisición entre los términos «invención» y «creación», sosteniendo que la creación se refiere a la invención *ex-nihilo*, es decir, a partir de la nada. A su vez, también, distingue a la invención del descubrimiento, en tanto que lo que se «descubre» es lo que ya está, y lo que se inventa es algo nuevo, pero a partir de los materiales existentes. En este sentido, le dará a la invención el valor de bricolaje (Miller, 1999, p. 4).

Por otro lado, Lacan, en su Seminario 18, plantea que si algo se inventa, esto quiere decir que se encuentra, se hace un hallazgo, de algo ya instalado en algún lugar. Para hacer que un hallazgo se produzca, se necesita que esto ya esté tamizado por un discurso. En esta referencia, Lacan subraya el carácter de hallazgo que implica la invención (Lacan, 2009, p. 46).

En este sentido, la interdisciplina tendrá lugar a partir de la puesta en forma de un saber-hacer con los recursos institucionales con los que contamos y los discursos que los atraviesan.

En el presente escrito nos proponemos pensar el trabajo interdisciplinario a partir del encuentro de los discursos del psicoanálisis y la psiquiatría. Para esto, presentaremos una viñeta clínica que visibiliza las dificultades con las que nos encontramos al momento de pensar estrategias de abordaje en conjunto e intervenciones posibles.

Cuerpos desenlazados

Manuel, de 15 años, comienza espacio de entrevistas psicológicas en octubre de 2014. Es derivado desde equipo de admisión por consumo de alcohol, marihuana y cocaína de manera esporádica. Según lo transmitido por este equipo, en las situaciones en que Manuel llegaba a su casa luego de haber consumido, se producían fuertes discusiones con su madre por tal motivo, llegando a ser agredido físicamente por ésta en varias oportunidades. A raíz de la reiteración de estos episodios, su madre hace una presentación en el Juzgado de Familia para evaluar la necesidad de tratamiento. La indicación desde el equipo de admisión fue un espacio psicológico para Manuel y otro para su madre, ya que se evaluó que, más allá del consumo problemático que el adolescente mantenía con el alcohol y la cocaína, la principal dificultad radicaba en el vínculo entre madre e hijo.

Las primeras entrevistas con Manuel giraron en torno a la angustia que le producía la relación con su madre, quien lo descalificaba y agredía, sobre todo cuando notaba que había consumido. De a poco relata lo que a él mismo le producía el consumo de sustancias. Es así que Manuel comenzó a desplegar una serie de fenómenos cenestésicos que le producían la incorporación y retención de alguna sustancia en su cuerpo, como así también sus estrategias de eliminación de la misma. Todas estas sensaciones llevaban a la producción de un discurso de tinte delirante que irritaba a su madre cuando lo formulaba, ya que ésta suponía que la causa era el consumo de drogas.

Se mantuvo un par de entrevistas con Manuel evaluando la posibilidad de hacer una interconsulta con un médico psiquiatra, ya que en un primer momento los fenómenos del paciente no parecían condicionar su conducta, sino más bien la relación con su madre.

A una entrevista el paciente llega más temprano que el horario acordado, refiriendo que quería contar lo que había pasado el día del amigo. Manifiesta que desde ese día siente «algo en el estómago, algo pesado y grueso». En ese momento, luego de consumir alcohol y cocaína, uno de sus amigos habló de «cortarse», lo que él interpretó

como la posibilidad de sacarse eso tan molesto dentro de su cuerpo. Refiere que desde ese momento está pensando en hacerlo, pero lo frena la posibilidad de que su madre vea tal escena. Se le prohíbe hacerlo, señalándole los riesgos de tal acción sin un examen médico. Se le otorga así turno con el psiquiatra.

Luego de la consulta psiquiátrica, Manuel es medicado con antipsicóticos, lo que produce que los fenómenos cenestésicos se aplaquen y las ideas de mutilación cedan. Siguen vigentes las consecuencias que, según interpreta Manuel, la droga hizo en su cuerpo, cuestión que puede comenzar a trabajarse en el espacio psicológico. También la relación con su madre mejoró a raíz de la toma de medicación, y se comienza a trabajar con ella sobre las conductas bizarras que Manuel mantiene, sacando el foco de la causa del consumo de drogas.

Durante los meses de verano el paciente sufre de efectos secundarios extrapiramidales por la medicación antipsicótica, lo que motiva la asistencia a una guardia y la toma de otra medicación para contrarrestar los mismos. Cuando asiste a la entrevista psicológica, había dejado de tomar todas las medicaciones por su cuenta desde hacía pocos días, ya que se había asustado por los síntomas padecidos y no estaba de acuerdo en tomar mayor cantidad de medicación. Se le explican los riesgos de esto y se le otorga turno con psiquiatría.

Luego de esta intervención, asiste con su madre a la consulta psiquiátrica. Ésta explica los síntomas que Manuel ha comenzado a tener nuevamente, su discurso incoherente y conductas discordantes. Le comenta la dificultad que se le presenta en sostener a su hijo de esta manera y demanda una internación como única salida posible. En la evaluación psiquiátrica, la profesional evalúa que al momento de la entrevista el paciente no presentaba síntomas psicóticos positivos, sino que era la relación con su madre y la amenaza de internación lo que le generaba angustia, por lo que descarta la misma y la posibilidad de medicación en ese momento. Ante esta respuesta, la madre se retira enojada y comienza a buscar tratamiento psiquiátrico en otra institución.

En la siguiente entrevista psicológica, se lo nota a Manuel muy ansioso y se considera que presenta nuevamente fenómenos cenes-tésicos. Su madre, a su vez, relata algunas conductas de riesgo que ha tenido su hijo en las últimas semanas.

Se mantiene reunión con la médica psiquiatra, se le comenta la sintomatología que Manuel ha vuelto a presentar y se solicita evaluar nuevamente la necesidad de medicación. A la semana el paciente y su madre se presentan a la entrevista psiquiátrica, en la que se considera la pertinencia de que el paciente sea medicado. Dado el tiempo de espera para la entrega de psicofármacos, la madre se retira nuevamente enojada, lo que la psiquiatra interpreta como una conducta dirigida hacia ella. La psicóloga se comunica telefónicamente con la madre de Manuel, se le explican los tiempos de espera en la institución y la importancia de mantener el tratamiento psiquiátrico en la misma, otorgándole un nuevo turno. Asisten al mismo, concretándose la entrega y administración de medicación. Actualmente el paciente continúa con ambos tratamientos, encontrándose estabilizado en relación a su sintomatología.

De invenciones posibles: discursos que ordenan cuerpos

Pensamos que el ejercicio interdisciplinario implica una praxis que se produce entre profesionales, de distintas disciplinas, abocados a una situación clínica en un mismo tiempo y espacio institucional. Sin embargo, la disposición al trabajo con otros integrantes de un equipo de salud mental es una condición necesaria aunque no suficiente para la puesta en forma de intervenciones interdisciplinarias. En este sentido, la interdisciplina no recubre la totalidad de los actos que realizan los integrantes de un equipo, sino que, por el contrario, podemos pensar que se trata de instantes de invención, que, al decir de Miller en *La psicosis ordinaria*, irrumpen como un rayo en un cielo sereno. Se trata de instantes que marcan una discontinuidad

en el devenir de la práctica cotidiana, permitiendo el diálogo entre los distintos discursos (Miller, 2009, p. 19).

Uno de los elementos que consideramos de relevancia para que el trabajo interdisciplinario acontezca es la transferencia de trabajo entre los integrantes de un equipo. Lo que apuntala esta transferencia es la posibilidad de reconocer la falta estructural inherente a cada disciplina. Es esta misma falta la que nos permite sostener las preguntas que orientan nuestro trabajo. Sin embargo, debemos estar advertidos acerca de que esta falta no se completa con los saberes de otras disciplinas; la complementariedad en la interdisciplina queda en el registro de lo imaginario, cae en el plano de lo imposible.

Lo desplegado en la viñeta clínica intenta dar cuenta de la necesidad de espacios para el encuentro y el intercambio sobre los efectos de las intervenciones clínicas. Espacios que en este caso no fue posible sostener, de modo que quedaron los dos tratamientos como espacios paralelos. Los obstáculos que presentó este caso dan cuenta de que el hecho de que dos disciplinas intervengan en el tratamiento de un paciente de por sí no implica que se trabaje desde un abordaje interdisciplinario. La posibilidad de «inventar» supone hacer un uso artesanal de los recursos con los que cuenta un equipo y poder hacer un uso novedoso de los mismos.

Consideramos que, dada la singularidad de este caso, lo que podría haber dado lugar a la invención de estrategias terapéuticas conjuntas es el haber hecho un uso novedoso del lugar de la medicación en ambos espacios. Pensamos que habría sido importante que la médica le hable de la medicación, los efectos de la misma y las mejoras que le podría aportar en su funcionamiento. Se trata de un paciente al cual poder reducirle el problema corporal que le presenta un problema médico, le permitiría cierto alivio de su sintomatología. Un modo de hacer entrar la problemática singular de su cuerpo en un «delirio» médico. Otra de las intervenciones en la línea de la invención es que, previamente a la prescripción de la medicación, como parte del armado del plan farmacológico de este paciente, la médica le pueda transmitir tanto a Manuel como a su madre que las

medicaciones pueden tener efectos secundarios. Se trata, entonces, de armarle la causa y el efecto de la medicación, es decir que ésta puede por un lado aliviar sus síntomas, pero también puede tener efectos sobre el cuerpo.

Una vez compensado su delirio, el trabajo en un espacio psico-terapéutico permitiría que el paciente pueda hacer entrar su construcción delirante en las coordenadas de un discurso, un modo posible de invención para Manuel que le permita el armado de un lazo con otros.

Se trata de propiciar espacios de encuentro para delinear intervenciones posibles que permitirían romper con el paralelismo de los dos abordajes terapéuticos, posibilitando el pensar estrategias clínicas desde las limitaciones de la propia práctica. No consideramos que el trabajo con otros sea posible sin conflictos ni obstáculos, ya que son éstos los que nos conducen al intercambio.

Tal como plantea Diana Braceras, «en reconocimiento de la incompletud de todo campo de saber, la conexión práctica entre procedimientos discursivos diferenciados, no pretende la totalidad, pero intenta desde posiciones diversas, operar con la potencia propia de cada abordaje disciplinario» (Braceras, 2000).

Es decir, no se trata de la oposición ni de la complementariedad entre las disciplinas: apostamos al encuentro con otros del equipo desde el «no saber», preservando el lugar de la falta para relanzar las preguntas que orientan nuestra práctica.

Bibliografía

- AA. VV. (2012). *Clepios. Revista de Profesionales en Formación en Salud Mental*, vol. XVIII, n.º 1, marzo-junio.
- Braceras, D. (2000). «Psicoanálisis y medicina: pensar la disciplina. Interdisciplina suplementaria: una experiencia en el campo de la oncología». En *Psicoanálisis y el Hospital*, n.º 18. Buenos Aires: Ediciones del Seminario.

- Lacan, J. (2009). «De un discurso que no fuera del semblante». En *El Seminario, Libro XVIII*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2010). «Las psicosis». En *El Seminario. Libro III*. Buenos Aires: Paidós.
- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Miller, J. A. (2003). «La psicosis ordinaria». Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.-A. (1999). «La invención psicótica», En *El Caldero de la Escuela*, vol. 11, pp. 4-20.

V. Nuevos desafíos clínicos e institucionales en salud mental

La escucha interdisciplinaria en la restitución de derechos

Soledad Bordalecou, Martín Bruni, Carolina Campión, Patricia Fridman,
Gabriela Galland, Yanina Safirsztein y Alejandro Todaro Kicyla

Introducción

En el año 1976 nuestro país sufrió un golpe de Estado que instauró una dictadura cívico-militar, la cual se extendió hasta el año 1983. El Estado terrorista desplegó un plan sistemático de tortura, desaparición, exterminio y apropiación de niñas y niños, y otros múltiples delitos de lesa humanidad. El Estado terrorista no solo violó las leyes civiles y penales, sino que los daños fueron aún mayores, al desactivarse la institución de la ley, la terceridad en su fundamento, el rol del Estado como aquel que sanciona los delitos.

A partir del año 1983, con el advenimiento de la democracia, transcurrieron años en los que los delitos cometidos por el Estado quedaron impunes.

El año 2004 marcó un cambio de rumbo en cuanto a las políticas en Derechos Humanos, a partir de las acciones llevadas adelante por la gestión del presidente Néstor Kirchner, reparando la memoria colectiva y llevando adelante la anulación de las leyes de Obediencia Debida y Punto Final, y de los indultos. La reapertura de procesos judiciales para juzgar responsabilidades penales por los delitos de lesa humanidad fue una condición necesaria para las políticas reparatorias.

De esta manera, el Estado se propone reparar los efectos materiales y psicológicos resultantes de la dictadura cívico-militar. Lo anterior supone la premisa básica de que no hay posibilidad de acto

reparatorio sin mediar un acto jurídico social que sancione el delito cometido. Las políticas reparatorias comprenden entonces tanto al juicio y la condena de los crímenes, así como también a la indemnización a las víctimas en general, y en cada caso en particular.

Lo normativo

El Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos «Dr. Fernando Ulloa», dependiente del Ministerio de Justicia y de Derechos Humanos de la Nación Argentina, supervisa la realización de las juntas médicas para la evaluación de daños requeridos por la Ley Nacional n.º 24.043 (indemnización dirigida a ex detenidos, víctimas directas durante la última dictadura de Estado cívico militar) y la Ley n.º 25.914 (indemnización dirigida a personas que hubieren nacido durante la privación de la libertad de sus padres, o que siendo menores hubiesen permanecido detenidas en relación a sus padres, siempre que cualquiera de estos hubiese estado detenido y/o desaparecido por razones políticas).

A fines de 2014, se convoca a los profesionales del Servicio de Atención de Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) a formar parte de dichas juntas médicas, a las que nos incorporamos quienes estábamos interesados en participar de ellas, recibiendo previamente una capacitación. A través de entrevistas interdisciplinarias, el objetivo es evaluar las consecuencias actuales en la salud mental de los sujetos que fueron víctimas del terrorismo de Estado.

La letra jurídica de la que podemos servirnos los profesionales que trabajamos en el marco estatal –en los campos jurídico y de la salud mental– nos enfrenta con el problema de los particulares instrumentos o lógicas de evaluación ante delitos de esta índole. Las evaluaciones se ven sujetas al marco legal que estableció en el Código Penal Argentino un texto proyectado en el siglo XIX y finalmente establecido a inicios

del siglo XX, que específicamente se remite a evaluar el daño a la salud según los parámetros de los artículos 90 y 91 del mismo.¹

Es evidente que el código no puede tener en cuenta los hechos criminales aberrantes a compensar, pero además propone una visión reduccionista del daño a la salud. Este anacronismo obliga a una conexión cartesiana causa-efecto entre lesión y limitación de la función, principalmente en la esfera física, siguiendo el modelo causal de enfermedad de su época y centrando el daño desde el punto de vista de mantener y reproducir la fuerza de trabajo, el orden moralizante hegemónico, las lógicas conservadoras e incluso racistas.

Asimismo, las categorías incluidas en los manuales clasificatorios de salud mental también se tornan obsoletas e insuficientes para dar cuenta de los daños a evaluar.

Retomar un lazo posible con el Estado, en la paradójica situación de haber sido él mismo el que encarnó esos crímenes, nos otorga a quienes trabajamos en estos contextos la responsabilidad de garantizar las condiciones necesarias para implementar una lengua novedosa en las prácticas reparatorias, con especial cuidado en no dar respuestas generalizadas, burocráticas o paliativas.

Con un cuerpo no alcanza...

Las entrevistas que realizamos son dirigidas por un equipo interdisciplinario integrado por psicólogos, psiquiatras y trabajadores

1. El art. 90 de la mencionada ley señala que «se impondrá reclusión o prisión de uno a seis años, si la lesión produjere una debilitación permanente de la salud, de un sentido, de un órgano, de un miembro o una dificultad permanente de la palabra o si hubiere puesto en peligro la vida del ofendido, le hubiere inutilizado para el trabajo por más de un mes o le hubiere causado una deformación permanente del rostro»; el art. 91, por su parte, señala que «se impondrá reclusión o prisión de tres a diez años, si la lesión produjere una enfermedad mental o corporal, cierta o probablemente incurable, la inutilidad permanente para el trabajo, la pérdida de un sentido, de un órgano, de un miembro, del uso de un órgano o miembro, de la palabra o de la capacidad de engendrar o concebir».

sociales. Dicha conformación es un requisito que descende de políticas públicas. En este sentido, y en función de la experiencia de quienes participamos de ellas, consideramos que la importancia de la interdisciplina es doble. En primer lugar, por la enorme complejidad que presenta evaluar situaciones de vida luego de cuarenta años de acontecidos los hechos que marcaron a quienes consultan. Y también, por la complejidad del marco histórico en el que la vida de los consultantes fueron marcadas, esto es, bajo el signo del terror, la impunidad y el más siniestro de los ejercicios del poder por parte del Estado. En segundo lugar, creemos también que no es posible para un solo cuerpo alojar y sostener los relatos de los consultantes. Y cuando decimos «un solo cuerpo» nos referimos a cada uno de nosotros como personas y también a los cuerpos disciplinares en los que fuimos formados, y a través de los cuales nos disponemos a escuchar a los sujetos que se presentan para ser evaluados. En este sentido, Alicia Stolkiner plantea que:

La interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. La actividad interdisciplinaria, sea de la índole que sea, se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos, requiere de ello (Stolkiner, 2005).

La autora afirma también que la interdisciplina nace de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan. 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.

Entendemos que lo vivido no es una expresión parcial, unívoca, aislada y deslocalizada de una estructura social determinada. El sujeto no habla de lo íntimo como su sensación, sino que habla de su «mi» social. «En la vida de cada cual está toda su sociedad vivida subjetivamente, que es la única manera de ser vivida que una socie-

dad tiene, pues una sociedad existe en sus miembros o no existe en absoluto» (Giménez Béliveau y Mallimaci, 2006).

Volver al futuro

Según Fabiana Rousseaux, el recuerdo de lo ominoso es una forma de presentificación de lo ocurrido que marca un tiempo atemporal, siempre actual, esto es, no podemos afirmar que estos hechos, por haber ocurrido cuatro décadas atrás, estén más lejos.

Bleichmar habla de dos traumatismos: el primero como apropiación y el segundo como restitución, diferenciando así el traumatismo desestructurante del reestructurante. La autora habla de ciertos microtraumatismos que ponen en marcha sistemas de simbolización y propician la elaboración psíquica. En cada testimonio de lo vivido, el relato que se forja cobra una temporalidad actual, inespecífica, extraña, y se vuelve a producir un sentido; en cada repetición hay una nueva marca. Quizás entre los relatos haya coincidencias discursivas, pero no en términos del acto subjetivo: cada vez que se vuelve a pasar por el testimonio se produce un encuentro con algo que antes no estaba o no era evidente para quien lo enuncia. El relato no es una mera percepción individual de lo vivido sino la posibilidad de poner voz y cuerpo a esas vivencias traumáticas que permanecieron en el campo de lo indecible, escindidas de la posibilidad de ser ligadas a través de la palabra. Existe así un desamparo ante el terror que se distingue del desamparo estructural del ser hablante. Lo trágico supone la suspensión de la ley, que se presenta como un exceso desmedido o como un vacío. El impacto subjetivo de lo trágico, de lo indecible, retorna en las representaciones de las generaciones venideras: lo indecible de lo vivido por las víctimas directas se transforma en innombrable para la elaboración de la historia de los descendientes.

C. refiere que su infancia fue vivida en un contexto enmarcado en el silencio de lo que había pasado, situando que, si bien su madre no transmitía lo sucedido, él sabía. Desde los cinco años comenzó

a preguntar y requerir información a familiares y amigos de su padre. Sin embargo, en el colegio y en otros ámbitos negaba lo sucedido. Afirmó que creció con el dolor de los familiares, refiriendo que sus hermanas se encuentran imposibilitadas de hablar al respecto, excepto una de ellas, con quien puede conversar. Actualmente, sitúa que el recordar escenas de afecto que vivió con su padre es algo que lo alivia, fantaseando con reencontrarse con él. Dice sentirse angustiado por momentos en la crianza de sus hijos, al resignificar en la relación con ellos la ausencia de su padre en su propia infancia.

El tratamiento que la palabra toma en un testimonio de estas características es diferente al escenario de escucha y alojamiento en una entrevista con un equipo de salud mental, habilitando un efecto subjetivante y dignificante. A la compleja tramitación del trauma se le suma a veces la fallida intervención de algunos profesionales de la salud mental, quienes en ocasiones psicopatologizan, y, en otras, promueven una clínica del «voluntarismo» o de «hacer el bien»: «eso ya pasó hace muchos años, mejor olvídense, para qué remover el pasado». De esta manera, se relativizan las acciones llevadas a cabo por el terrorismo de Estado, excluyendo las condiciones subjetivas de elaboración del sufrimiento.

Pero una cosa es ser víctima del terror de Estado y otra muy distinta que este sea el único significativo con el que cuenta un sujeto para ser nombrado. No deberíamos olvidar que escuchamos, simultáneamente, a dos sujetos: un sujeto que el terrorismo de Estado convirtió en víctima y un sujeto del inconsciente, que habla en nombre propio y que muchas veces puede decir: «Lo peor que a mí me pasó no es lo que todo el mundo supone, lo peor que a mí me pasó es otra cosa».

S. fue secuestrada cuando buscaban a su hermana, permaneciendo en cautiverio durante varias semanas. A lo largo de su vida, ella refiere haberse sentido un «satélite» o una «actriz de reparto». La protagonista en aquel entonces había sido su hermana. A lo largo de su vida, ella dice haber sido siempre un «satélite» de sus parejas y también de sus hijos. Pero comenta que cuando leyó la declaración

de una persona que estuvo en cautiverio junto a ella, quien la mencionaba en su testimonio, por primera vez sintió que tenía un protagonismo. Y exclama: «Eso sucedió realmente. Yo estuve allí».

El efecto traumático no es el producto directo del estímulo externo, sino que es el resultado de la relación entre el impacto y la respuesta del sujeto, que tendrá repercusiones también en el posicionamiento del mismo a lo largo de su vida.

Conclusiones

Formar parte de un equipo de evaluación, como trabajadores de la salud nos convoca a un posicionamiento ético y político, y no solamente técnico profesional. Aunque toda práctica se enmarca en esto, la particularidad de los hechos que motivan las evaluaciones, lo aberrante e impensable de los delitos cometidos, no nos son ajenos, y negarlo sería ingenuo. En tanto contamos con herramientas jurídico legales deficitarias, que no alcanzan a abarcar no solo lo aberrante de los crímenes, sino tampoco su anacronismo, comprende la complejidad del padecimiento mental, tanto las leyes como los códigos están impregnados de miradas reduccionistas, simplificadoras y estigmatizantes.

En este marco de referencia, la interdisciplina deja de ser teoría, la práctica la vuelve necesaria y real. A pesar de esto, la voluntad política del gobierno en los últimos doce años promovió un cambio, que es el que posibilita poner al Estado en otro lugar, el de la siempre inalcanzable reparación.

Política, clínica y sujeto son categorías que suelen separarse, como si una contaminase a las otras, pretendiendo mantener una falaz asepsia de lo político en la clínica y en el abordaje de los sujetos. Sea en beneficio o en detrimento, todo sujeto y toda clínica «son política», y esto vuelve imprescindible lo interdisciplinar, la suma colectiva de miradas, no es una elección posible sino nuestra responsabilidad como funcionarios del Estado y trabajadores de la salud.

«El área de los derechos humanos no es un área cómoda en la realidad argentina. Nadie pretende comodidad en materia tan necesariamente militante. Se diría más bien que es incómodo por lo menos en dos sentidos. En primer término, somos los que no queremos olvidar, los que importunamos con la memoria de hechos terribles contra la condición humana. Pero es también incómodo sostenerse y sostener nuestras tareas. ¡Quién quiere convivir próximo al horror y sus efectos! ¡Solamente desde una convicción ética podemos hacerlo! Aquí no valen voluntarismos ni curiosidades más o menos macabras. Son de corto aliento para una permanencia» (Ulloa, 1986).

Bibliografía

- Bleichmar, S. (2009). «Filiación, identidad y restitución». En *El desmantelamiento de la subjetividad*. Buenos Aires: Topia.
- Dobón, J. (2015). «Duelos congelados» (en línea). En *Página12*, página web oficial. Recuperado el 05/07/2015, de <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-276212-2015-07-05.html>.
- Giménez Béliveau V. y Mallimaci, F. (2006). «Historias de vida y método biográfico acción cualitativa». En *Estrategias de Investigación*. Barcelona: Gedisa.
- Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos (2008). *Acompañamiento y asistencia integral a los querellantes y testigos víctimas del terrorismo de Estado*. Estrategias de intervención (en línea). Recuperado el 30/06/15 de http://www.jus.gob.ar/media/1129085/06-dhpt-acompanamiento_estrategia.pdf
- Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, página web oficial. Políticas Públicas Reparatorias en Salud Mental (en línea). Recuperado el 17/05/2015, de <http://www.jus.gob.ar/derechoshumanos/atencion-al-ciudadano/politicas-reparatorias.aspx>

- Rousseaux, F. (2014). «Lazo social desaparecido». En *Diario Página12*, página web oficial. Recuperado el 20/06/2015 de <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-261677-2014-12-11.html>.
- Stolkiner, A. (2005). «Interdisciplina y salud mental». Trabajo presentado en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental - 1.^{as} Jornadas Provinciales de Psicología. Salud Mental y Mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy.
- Ulloa, F. (1986). «La ética del analista frente a lo siniestro». En *Revista Territorios*, n.º 2.

Un desafío clínico

María Celeste Balut, Gabriela De Lucía,
Roxana Piediferri y Silvia I. Rodríguez

La interrupción voluntaria del embarazo es una cuestión que nos interpela, y nos interesa problematizar un aspecto de la práctica clínica que resulta imprescindible visibilizar a fin de debatir y pensar las intervenciones posibles.

Partimos de una situación emergente en un tratamiento del dispositivo de Internación Breve del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), a partir de la cual nos vimos conminados a replantear la estrategia terapéutica teniendo en cuenta la singularidad del caso. Orientando el trabajo desde un abordaje interdisciplinario e interinstitucional, conseguimos arribar a una respuesta desde la perspectiva de los derechos y la salud integral.

Sobre el motivo de internación

R., de 20 años de edad, es derivada al Programa de Prevención de Adicciones de Moreno luego de consultar en la Guardia de Salud Mental del Hospital Mariano y Luciano de la Vega –de dicho municipio– por un episodio agudo de consumo de cocaína que ocasionó conductas violentas hacia su abuela y su tía, familiares a cargo del cuidado de su hija de 4 años.

En la entrevista de admisión, R. destaca la necesidad de recibir asistencia para poner un corte al consumo –expresa: «No puedo parar», «Necesito ayuda», «Sola no puedo»–, y a pesar de no haber

realizado tratamientos con anterioridad ubica que la modalidad ambulatoria carecerá de eficacia. A su vez, sugiere que obtiene las sustancias a cambio de sexo; al indagar sobre los cuidados de salud sexual reproductiva menciona que ya tuvo cuatro abortos y se hace evidente la falta del registro de sus ciclos menstruales.

El equipo consideró que el modo de obtención de la sustancia constituía un mayor riesgo aún que los derivados del consumo y observó la naturalización de la interrupción del embarazo bajo condiciones de extrema vulnerabilidad para su salud. Asimismo, juzgó necesario un trabajo para que pudiera concurrir nuevamente a su domicilio, debido a que su red de contención se encontraba debilitada.

En función de esta evaluación se pensó que una internación era la modalidad más adecuada para abordar la situación, y es así que se realizó la articulación con el Hospital Nacional en Red (ex Ce-NaReSo) para concretar la derivación.

El primer tiempo

En la entrevista de ingreso al dispositivo de Internación Breve, R. manifiesta que el consumo problemático de sustancias se había incrementado en el último tiempo hasta tornarse diario. Refiere, también, la presencia de reiteradas crisis de angustia y conflictos en el vínculo con los otros. No obstante, hace hincapié en la dificultad de hacerse responsable del cuidado de su hija, de modo que constituye éste el motivo principal por el cual se proponía hacer un tratamiento.

En las entrevistas iniciales, se delinearán algunas cuestiones significativas de su padecimiento y se recorta una historia de abandono por parte de sus padres. Cuando tenía 6 años, la madre se va del hogar, por lo cual R. queda junto a sus hermanos a cargo del padre. Algunos años después, éste delega el cuidado de R. a sus padres y hermana.

Se realizaron entrevistas con la tía de la paciente en las que se logra historizar la dinámica familiar, relacional y de convivencia

hasta el momento de la internación. Queda así como observable el acompañamiento de este referente familiar desde el momento que R. queda a su cargo, antes y después del nacimiento de su hija. En este espacio la tía aporta información respecto de los abortos que habían culminado en complicaciones para su salud.

La información –transmitida en la derivación y por el familiar– sobre los antecedentes de abortos implicó una primera toma de posición por parte del equipo tratante. Era indispensable que esto fuera considerado en el trabajo del tratamiento, pero no era una cuestión dicha por la paciente en alguno de los espacios terapéuticos; debido a esto la decisión fue respetar los tiempos subjetivos y no confrontarla ni intentar apresurar el abordaje de la temática.

Una noticia que irrumpe

El tiempo inicial de una internación es una instancia más ligada a lo diagnóstico y la estabilización clínica; sin embargo, se presentó un desafío a partir de que la paciente se anoticia de un embarazo no deseado y manifiesta su voluntad de interrumpirlo.

Ésta fue una situación que nos interpeló desde distintos lugares pero que ameritaba mantener coherencia en la repuesta, más allá de la posición subjetiva de cada uno de los profesionales, de manera de alcanzar un corrimiento de los propios prejuicios y sin perder el eje de suponer a la paciente como un sujeto de derechos.

Se introdujo la dimensión de la urgencia en relación con la necesidad de que la intervención clínica se adecuara a la temporalidad que implica una situación clínica de estas características. Ante la decisión de interrumpir un embarazo, es preciso trabajar para que ésta sea elaborada subjetivamente y se tome con la información suficiente, en caso de realizarse dicha práctica se debe hacer en un lapso determinado a fin de evitar riesgos para la salud y la vida de la mujer.

A partir de este viraje centramos el trabajo terapéutico en torno a la temática de la maternidad y respecto de la voluntad puesta de

manifiesto. R. sostenía de manera firme su decisión de interrumpir ese embarazo, y solicitaba que se la asistiera y acompañara en dicho proceso. Se mostraba sumamente angustiada ante la posibilidad de encontrarse nuevamente frente al desamparo.

Un posicionamiento ético nos orientó a respetarla contemplando lo pertinente a los derechos sexuales y reproductivos, la cuestión médico-legal y la dimensión subjetiva en juego, así como el atravesamiento de los diversos determinantes sociales.

En lo que atañe a la responsabilidad profesional, la estrategia de intervención implicaba considerar la categoría de riesgo en dos sentidos. Por un lado, el riesgo de vida, teniendo en cuenta los antecedentes de complicaciones clínicas por abortos peligrosos¹ que habían puesto en riesgo su integridad física. Además, el riesgo para su subjetividad, en tanto no acompañarla de algún modo significaba redoblar la historia de abandono de sus padres.

El equipo interdisciplinario comenzó a trabajar conjuntamente con el Servicio Jurídico-Asistencial para alojar el pedido de R., de modo tal de actuar conforme a la legislación vigente.

El marco legal

Dentro del conjunto de leyes que protegen y fomentan el ejercicio de derechos, en el marco del cumplimiento de los derechos humanos de las personas en general y de las mujeres en particular, se incluye la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 y su Decreto Reglamentario, cuerpo normativo que garantiza el derecho a la protección de la salud mental.

Atento a la situación que se planteó con la paciente, el equipo interdisciplinario consideró que una forma de materializar el espíritu

1. Definidos por la OMS como la interrupción de un embarazo practicada por personas que carecen de la preparación necesaria y/o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas.

de la ley, consagradorio del principio de autodeterminación de las personas con padecimiento mental, consistía en orientarla para que –lo antes posible– tomara contacto con la Consejería zonal en Salud Sexual y Reproductiva cercana a su domicilio, en el partido de Moreno. En dicho espacio el equipo a cargo podría brindarle información y prestación médica adecuada a la decisión que adoptara sobre la continuidad o no de su embarazo, dentro del marco legal que atañe a situaciones de aborto no punible.

El mérito de esta decisión radicó en evitar demoras que comprometieran el servicio que la consejería pudiera brindar, aplicando de esta forma la doctrina del Tribunal Superior de Justicia –garante supremo de los derechos humanos– sustentada en el fallo sobre el aborto «F. A. L. s/ medida autosatisfactiva», sentencia del 13/3/2012, mediante la cual insta a la necesidad de llevar adelante campañas de información para hacer conocer los derechos consagrados por el legislador y a capacitar a las autoridades sanitarias para que brinden orientación e información correspondiente a las personas que lo demanden, en resguardo de su salud psíquica, física, sexual y reproductiva.

La corte sostiene en la sentencia dictada que

[...] corresponde exhortar a las autoridades nacionales y provinciales a implementar y hacer operativos, mediante normas del más alto nivel, protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos no punibles a los efectos de remover todas las barreras administrativas o fácticas al acceso a los servicios médicos. En particular: deberán contemplar pautas que garanticen la información y confidencialidad a la solicitante [...].

Decimos, entonces, que ante la ausencia de una ley específica que permita a una mujer la interrupción voluntaria del embarazo, la doctrina de la Corte Suprema orienta a los profesionales de la salud indicando que se debe acudir al marco legal nacional e internacional constituido por convenios y tratados internacionales a los que el

país ha adherido, y que adquieren fuerza de ley suprema para la Nación, en tanto su desconocimiento puede comprometer la responsabilidad del Estado argentino frente al orden jurídico internacional (Constitución Nacional, art. 75, inc. 22).

La corte efectúa en este fallo una construcción argumental que permite armonizar la totalidad de la normativa del más alto rango con otra del derecho común (Ley n.º 11.179, art. 86, inc. 1º, que contempla uno de los casos de aborto no punible), optando por la interpretación amplia de este artículo en lugar de una interpretación restrictiva, de modo que se privilegie la que más derecho acuerde al ser humano frente al poder estatal que se expresa a través del derecho penal.

Luego de un extenso análisis, se concluyó que la realización del aborto no punible allí previsto no está supeditada a la cumplimiento de ningún trámite judicial.

Y es el derecho internacional quien protege en forma explícita los derechos fundamentales de las mujeres, entre ellos su derecho a decidir cuándo se da uno de los supuestos contemplados en el artículo 86, como en este caso (se está refiriendo al inc. 1º). Agrega también el citado fallo que «los organismos internacionales se han pronunciado censurando, en casos análogos, la interpretación restrictiva del acceso al aborto no punible por parte de otras instancias judiciales».

En el entendimiento de su función el equipo interdisciplinario articuló con la Consejería la atención de la paciente a fin de evitar exponerla a situaciones de riesgo o frustratorias, como las que vivió en el pasado; interpretó que el concepto esgrimido en el artículo 86, inc. 1º, en tanto éste expresa: «peligro para la vida o la salud de la madre», era atribuible al caso:

El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta no es punible: 1. Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios [...].

Una estrategia integral y singular

Cabe destacar que al ser esta situación clínica novedosa para el equipo tratante, también lo fue el dato de la existencia de dichas Consejerías al igual que el marco legal vigente sobre el aborto no punible, cuya investigación se propuso e inició desde el Servicio Jurídico-Asistencial.

Dando una respuesta integral más allá de la salud mental y desde la perspectiva de los derechos, se brindó a R. la información sobre la existencia de Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva² para establecer una diferencia respecto de su historia sobre lo que era ya una decisión inquebrantable.

La estrategia tuvo que ver con idear el proceso de externación según estas condiciones particulares y con la búsqueda extramuros en el armado de la red de atención cercana a su domicilio. Trabajamos en vinculación con el efector que la había derivado a nuestro hospital, un Centro de Integración Comunitaria (CIC) de Moreno donde funciona la mencionada consejería. Dicha articulación asume la corresponsabilidad dentro de una red de atención. A su vez, también se trabajó con la tía de la paciente.

Cabe aquí una breve descripción de las Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva, las cuales se basan en un modelo de atención integral y de abordaje interdisciplinario. Se trata de un dispositivo que aborda, además de la anticoncepción y las enfermedades de transmisión sexual, la temática del aborto dentro de las estrategias de reducción del daño brindando asesoramiento sobre prácticas seguras. Entre sus objetivos se encuentran reducir la morbi-mortalidad materna a causa de abortos inseguros, sus efectos subjetivos traumáticos y prevenir la repitencia de un embarazo no deseado. En correspondencia con el principio de autonomía de la mujer –uno de los ejes centrales–, se oferta un espacio de escucha,

2. Dicho dispositivo se enmarca en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

reflexión, asesoramiento y contención para que la mujer que desea interrumpir un embarazo pueda tomar una decisión responsable e informada. A su vez, brindan una asistencia tendiente a la calidad frente a las consecuencias de abortos inseguros y riesgosos. Se proponen garantizar el cuidado de la salud y la vida, así como el acceso a los recursos necesarios para ello.

A modo de cierre, se destaca que al cabo de un tiempo R. deja de asistir al CIC y realiza una consulta con el equipo de Internación Breve solicitando la posibilidad de que se le habilite nuevamente un espacio terapéutico cercano a su domicilio.

Consideramos que el hecho de que R. haya regresado a nuestro hospital portando un pedido sin dudas tiene que ver con el alojamiento y acompañamiento profesional dado y con lo que consideramos una marca que hizo la diferencia respecto del abandono.

Bibliografía

- Carballeda, A. (2009). *Trabajo Social y padecimiento subjetivo*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Chera, S. y Meneghetti, M. (2014). *Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva, propuesta de diseño, organización e implementación*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Comité de Derechos Humanos (2010). «Examen de los informes presentados por los estados partes con arreglo al artículo 40 del Pacto». Nueva York, 8-26 de marzo.
- CSJN, «F. A. L. s/ medida autosatisfactiva», sentencia del 13/3/2012.
- Heller, M. (2001). «La toma de decisiones responsables en la práctica de Trabajo Social. La reflexión ética como recurso». En *Revista Conciencia Social*, año 1, n.º 1.
- Ley n.º 11.179. Código Penal de la Nación Argentina. Decreto 3992/1984 (actualizado). *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de noviembre de 1921.

- Ley n.º 25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Decreto Reglamentario 1282/03. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 22 de noviembre de 2002.
- Ley n.º 26.061. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Decreto Reglamentario 415/2006. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 26 de octubre de 2005.
- Ley n.º 26.150. Ley Nacional de Educación Sexual Integral. Decreto Reglamentario 1489/06. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 24 de octubre de 2006.
- Ley n.º 26.485. Ley de Protección Integral a las Mujeres. Decreto Reglamentario 1011/2010. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 14 de abril de 2009.
- Ley n.º 26.529. Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Decreto Reglamentario 1089/12. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 9 de noviembre de 2009.
- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Mas, A. «Visibilizando: Consejerías pre y post aborto» (en línea). En *Revista Furias*. Recuperado el 31/7/2015 de <http://revistafurias.com/%EF%BB%BFvisibilizando-consejeria-pre-y-post-aborto/?print=pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas de salud* (2.^a ed.). Ginebra: OMS.
- Pistani, M. L. y Ceccato, M. B. (2014). «Práctica voluntaria del aborto e impacto subjetivo en mujeres. Representaciones, sentidos e imaginario en escenario de clandestinidad». En *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. XXV, pp. 363-369. Buenos Aires, Polemos.

De problemas, disciplinas, ética y prácticas en salud

Vanesa Jelfetz, Mariano G. Rey, Silvia I. Rodríguez y Leticia Storino

Introducción

El presente trabajo pretende constituir un aporte en vistas a una articulación posible entre la conceptualización del campo de la salud y las prácticas profesionales, en el marco de las instituciones públicas en las que nos desenvolvemos como trabajadores/as de la salud, hacia la necesaria puesta en red con otros actores e instituciones intervinientes.

A partir de un paciente que interpeló los límites de nuestros saberes disciplinares, así como los bordes de nuestra intervención como institución, nos proponemos pensar la problemática desde la complejidad que el caso amerita, en vías del diseño de un tratamiento integral que atienda las diversas aristas que se ponen en juego.

Tomando como referencia el momento de transición que está atravesando el campo de la salud mental en cuanto a los modelos de intervención, esto es, el pasaje del paradigma tutelar manicomial al basado en un enfoque de derechos, postulado en la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657, se intentará visibilizar cuáles son las rutas críticas que atraviesan los/as pacientes para dar respuesta a sus malestares, revisando las lógicas institucionales que los/as reciben o expulsan y la posición ética que guía las intervenciones de un equipo de salud.

Representaciones y prácticas. El desafío de articular las conceptualizaciones y los modos de trabajo

Siguiendo al antropólogo catalán Oriol Romani, podemos ubicar la relación entre representaciones y prácticas que se da al interior de las instituciones hospitalarias como las

[...] prácticas e ideologías asistenciales, es decir, un conjunto de secuencias de acción, de prácticas empíricas, rituales, etc., que contextualizadas en un tipo u otro de organización social y económica, tienen que ver con las percepciones de los problemas a los que se enfrentan, sus formas de resolverlos y, en definitiva, se relacionan con determinadas ideas sobre el mundo y la sociedad (Romani, 2004, p. 141).

En este sentido y en vías de lograr la construcción de la complejidad que amerita para el abordaje de las problemáticas en salud mental, consideramos que el trabajo interdisciplinario es el modo adecuado, ya que permite ponderar los distintos aspectos en juego, y así superar el alcance de una sola disciplina –que ya no puede pretenderse como hegemónica por sobre las otras–, al tiempo que se necesita del aporte e intercambio de distintos saberes disciplinares, sin dejar por ello de sostener la competencia de cada uno. Esto supone el diseño de una gama de intervenciones que atenderán a la lógica del caso en cuestión, partiendo de una construcción común pero no por eso solapada y primando la localización de la situación, el establecimiento de hipótesis diagnósticas y, en consonancia, estrategias terapéuticas posibles.

En esta línea, lo que primó en los/as distintos/as profesionales que intervenimos con A., nuestro caso de referencia, ha sido el enfoque de derechos, que trae aparejada una concepción de sujeto particularizada, así como la perspectiva de la salud mental comunitaria desde un posicionamiento ético, aspectos que podemos encontrar plasmados en la nueva Ley Nacional de Salud Mental.

Asimismo, el trabajo intersectorial pone de relieve la necesidad de pensar respuestas complejas que atiendan a la integralidad de los/as usuarios/as del sistema que no pueden ser pensados/as sólo desde el sector salud, en vías de lograr intervenciones sustentables a mediano y largo plazo. Así, será pertinente pensar cómo cada sector –trabajo, vivienda y educación, por mencionar algunos– puede aportar para el mejoramiento de las condiciones de vida, con el fin de garantizar el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

Por otro lado, consideramos que la conceptualización del proceso dinámico salud-enfermedad-atención-cuidado debe ser tomada desde la perspectiva de la complejidad, ya que ésta constituye una de las condiciones básicas para un trabajo interdisciplinario. Tal como plantea Rolando García, un sistema complejo es definido como

un sistema compuesto por elementos que pertenecen al dominio de distintas disciplinas, que interactúan entre sí de tal manera que ninguno de ellos es definible de manera independiente, sino en función del contexto dentro del cual están insertos y en interacción con los otros componentes (García, 1989).

En relación con lo antedicho, podemos ubicar que el modo de conceptualizar la problemática de A. tuvo que ver con tomar en cuenta todas las dimensiones puestas en juego, desde la psicológica, la psiquiátrica, la social, la vincular, hasta la jurídica, de un modo integral e indisoluble, en vías de formalizar nuestro posicionamiento en la clínica.

Rutas críticas, recorridos posibles

Partimos de entender el concepto de «ruta crítica» como

el camino que arman las personas que transitan el sistema de salud, al enfrentarse a una respuesta inadecuada o inexistente [...]

asimismo, implica el desconocimiento de derechos e instituciones que puedan prestar atención adecuada e integral a tales necesidades, de manera tal que los sujetos quedan excluidos de dichas instituciones (Caravantes, 2000).

Desde esta perspectiva, proponemos una breve reseña del recorrido institucional atravesado por A., así como de las dificultades que él fue encontrando en ese recorrido.

A. tiene 18 años al momento de la intervención del equipo. Reside en la localidad de Valentín Alsina en una vivienda cedida por el empleador de su hermano mayor, y convive junto a su madre, cuatro hermanos y una sobrina. Los ingresos familiares provienen principalmente del trabajo de su hermano, el cual, a pesar de la informalidad, tiene cierta estabilidad, y de algunos trabajos de limpieza esporádicos de la madre. En cuanto a su escolaridad, interrumpió sus estudios a nivel secundario, mientras que sus hermanos permanecen escolarizados. En todos los casos, tanto él como sus hermanos se encuentran en una situación de irregularidad para con sus documentos, dado que ninguno realizó la renovación obligatoria de éstos a los 8 años de edad.

Su primer contacto con una institución en salud se produce a los 13 años, luego de un accidente de tránsito en el que sufrió un traumatismo de cráneo, motivo por el cual permanece hospitalizado en un hospital de pediatría durante 20 días, donde se le propone continuar con controles y cuidados de forma ambulatoria, los cuales no puede cumplimentar dada su situación económica.

A los 15 años inicia tratamiento en el Hospital Infanto-Juvenil Tobar García y alterna entre internaciones y tratamientos ambulatorios, con períodos de ausentismo por razones de índole económica. A sus 18 años recién cumplidos, luego de un episodio en el cual rompe algunos vidrios de dicha institución, es derivado al Hospital Borda, lugar donde permanece por el lapso de tres días, durante los que A. refiere no haber recibido atención adecuada; esta falta de atención, así como la falta de una derivación asistida, trajo aparejado un episodio

autolesivo con fuego, que le provocó quemaduras de gravedad en su torso, cuello, rostro y orejas. Esta situación se acompañó de un cuadro delirante desestabilizado. Esto motivó un traslado al Hospital de Quemados, donde permaneció internado durante un mes aproximadamente. Allí le realizan curaciones, injertos con su propia piel, lavajes, pero no se continúa con el abordaje de su cuadro en salud mental. A pedido de su hijo, la madre de A. lo retira de dicho hospital, y manifiesta su intención de responsabilizarse por los cuidados y curaciones.

En estas condiciones, A. llega a nuestro hospital. Luego de ser evaluado por varios profesionales y de percibir que su situación revestía cierta gravedad clínica propia de la evolución de las quemaduras, se resuelve su internación, con el fin de elaborar una intervención que brinde una respuesta integral, contemplando su situación en salud mental así como su cuadro clínico, hasta el momento abordados por separado. Se resuelve acompañar a A. en los controles de sus quemaduras –su familia se veía imposibilitada de garantizarlos–, manteniendo comunicación permanente con los profesionales del Hospital de Quemados; asimismo desde Enfermería se comienza con un plan que garantizó cuatro curaciones diarias y una serie de intervenciones con el objeto de estabilizar su cuadro de desestabilización subjetiva. Una vez lograda cierta evolución, se trabaja con su familia la continuidad de su proceso en el dispositivo de Hospital de Día con un seguimiento y trabajo conjunto entre el equipo de internación y el que continuó el abordaje hasta que, unas semanas después, es detenido en la Comisaría 3.^a de Lanús por un intento de robo, y alojado posteriormente en la Comisaría 7.^a.

El trabajo intersectorial como eje de las intervenciones actuales

Destacamos dos momentos en el proceso de tratamiento de A., en los cuales realizamos un trabajo intersectorial:

a) El momento en que llega a nuestra institución, derivado del Instituto del Quemado y respondiendo a los llamados efectuados

por la unidad de letrados que venían acompañando su tratamiento desde su internación en el Hospital Borda, previo paso por el Hospital Tobar García mientras fue menor de edad.

b) Cuando queda detenido por el intento de robo, momento a partir del cual se estableció contacto permanente con el conjunto de instituciones que intervinieron, desde que llega a la comisaría hasta que lo llevan a la unidad penitenciaria que funciona dentro del Hospital Melchor Romero. Es decir, se articuló al mismo tiempo con la comisaría, el juzgado y defensoría asignada, así como con la Secretaría de Derechos Humanos dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y de la provincia de Buenos Aires, a fin de garantizar que en el marco de su detención no se produjera una vulneración de derechos.

De parte de los/as distintos/as profesionales intervinientes de la institución hubo un posicionamiento desde los preceptos establecidos en la Ley de Salud Mental n.º 26.657, y se ubicó que el derecho a una atención adecuada, tanto física como mental, debía ser garantizado, continuando con los cuidados que eran necesarios para A., sobre todo considerando la situación de encierro y la escasa participación de la familia, que pudiera advertir sobre los riesgos de no hacerlo. Para esto, nos posicionamos desde uno de los principios fundamentales en derechos humanos, el de igualdad y no discriminación, el cual se integra con la noción de «discriminación inversa», que implica el reconocimiento de que ciertos grupos vulnerables enfrentan desigualdades de hecho para el ejercicio de sus derechos, lo que legitima una distinción en el trato a fin de posibilitar su goce o ejercicio en condiciones de igualdad reales.

La presencia del hospital desde su detención, acompañando las diferentes instancias hasta la determinación judicial, fue una definición pensada en conjunto, considerada como parte de su tratamiento, que se inscribió como la forma más eficaz de garantizar su derecho al acceso a la atención de su salud integral.

El trabajo interdisciplinario reveló la importancia del aporte de cada uno/a para la elaboración de esa estrategia de acompañamiento.

Dentro de los distintos aspectos analizados se ponderó que la situación de A. resulta un analizador de la realidad de muchos/as otros/as pacientes que llegan al hospital trayendo consigo la evidencia de una vida cargada de enormes dificultades con las que se enfrentan día tras día para sobrevivir en una sociedad que los/as excluye, los/as señala e identifica en categorías estancas, al tiempo que los/as califica como una población productora de riesgo, lo que de este modo profundiza la vulneración de sus derechos.

El temor social activa procesos de estigmatización a partir de los cuales se proyecta el miedo sobre determinados sujetos considerados extraños y referenciados como peligrosos. Asociar el miedo a ciertas figuras o actores barriales reconocibles significa que los miedos dejan de ser invisibles o difusos para volverse concretos, palpables, se quiere poner un rostro a esa fuente de peligro (Rodríguez Alzueta, 2014).

Muchos de esos rostros son los de nuestros/as pacientes, y A. es uno de ellos.

El caso de A. colocó al equipo frente a un desafío importante al poner frente a frente dos modelos de intervención que coexisten para un mismo sujeto: esto es, el paradigma de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 versus el paradigma de la seguridad.

La Ley de Salud Mental ha desplazado el concepto de encierro y aislamiento como motor de tratamiento, y ha puesto su acento en el fortalecimiento de los lazos sociales; a su vez, las políticas públicas securitarias se acoplan a la rotura de los lazos sociales y reparten un poder punitivo que afecta sobre todo a la juventud de los barrios populares, siendo los destinatarios de los dispositivos de control mencionados como «mano dura», «tolerancia cero» o privación de la libertad anticipada, previa a cualquier condena.

El poder punitivo se reparte en la sociedad como una enfermedad infecciosa que alcanza a los que son vulnerables –a quienes tienen

las defensas bajas—por a) portación de estereotipo y comisión de hechos groseros y poco sofisticados, b) grotescos c) trágicos y d) pérdida de cobertura, aunque en ínfima minoría. El resto de la delincuencia prácticamente no se registra ni se conoce (Zaffaroni y cols., 2006).

Cuando ambos modelos se enfrentan debemos dar respuesta a la pregunta de cómo actuar para preservar la defensa de los derechos contenidos en la ley, frente a modelos punitivos que parecen moverse en sentido contrario.

La presencia del equipo se materializó en acciones concretas consistentes en dar cuenta del tratamiento que venía realizando A., para evitar el riesgo de interrumpir la administración de su medicación y las curaciones de sus heridas. Por ello, se procedió de inmediato a localizar su lugar de detención, jurisdicción, juzgado y defensoría interviniente. Se advirtieron a través de conversaciones y diversas notas las situaciones a tener en cuenta para su preservación física y mental. Con la defensoría oficial interviniente se mantuvo comunicación diaria, dando a conocer la disposición a responder a los requerimientos que fueran necesarios y útiles para su defensa, así como para el cuidado de su salud.

Reflexiones finales

El caso presentado implicó un desafío para el equipo interdisciplinario, y permitió una intervención que atravesó las fronteras de la institución en vías de garantizar el derecho a la salud del paciente.

Así se pone en evidencia cómo desde cierto posicionamiento ético, que conllevó el espíritu plasmado en la normativa vigente en salud mental, fue posible la instalación de una intervención diferenciada, la cual permitió modificar condiciones de alojamiento de un sujeto con padecimiento mental y constituir un punto de ruptura con las

rutas críticas que venía transitando, en su vínculo con las instituciones que pretendieron darle respuesta.

La incorporación del enfoque de derechos nos acerca a una metodología de trabajo interdisciplinaria e intersectorial, que posibilita efectos novedosos.

Asimismo, consideramos que la delimitación conceptual del problema, señalada como una de las condiciones básicas para trabajar en forma interdisciplinaria, resulta uno de los principales desafíos que tenemos por delante los equipos de profesionales que trabajamos en el campo de la salud mental, a fin de constituirnos como tales, partiendo de la premisa de que es la lógica del caso la que guía las intervenciones posibles.

Bibliografía

- Caravantes, L. (2000). «Violencia intrafamiliar en la reforma del sector salud de Centro América». En Costa, A. M.; Tajer, D. y Hamman, E. (orgs.). *Salud, equidad y género. Un desafío para las políticas públicas*. Brasilia: Universidad de Brasilia.
- García, R. (1989, abril). «Dialéctica de la integración en la investigación interdisciplinaria». Trabajo presentado en las *IV Jornadas de Atención Primaria de la Salud y I de Medicina Social*, Buenos Aires, Argentina.
- Ley n.º 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Decreto Reglamentario 1089/2012. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 19 de noviembre de 2009.
- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Rodríguez Alzueta, E. (2014). «Microdelito y vandalismo: estigmatización social y estrategias juveniles». En *Temor y control*. Buenos Aires: Futuro Anterior.

- Romaní, O. (2004). «Ciencias Sociales e intervención en el campo de las drogas». En *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- Zaffaroni, E. y cols. (2006). *Manual de Derecho Penal. Parte general* (2.^a ed.). Buenos Aires: Ediar.

Hablemos de los pacientes trans. Aportes para el trabajo interdisciplinario con personas trans y travesti, desde una perspectiva de género en el campo de la salud mental

Mariana Bermejo

Reflexiones a la luz de las leyes de Salud Mental y de Identidad de Género

En nuestro país, desde el año 2012 la Ley n.º 26.743 reconoce el derecho a la identidad de género, definiéndola como «la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo». Agrega, además, que en este proceso la persona puede acceder a distintas modificaciones en su apariencia y funciones corporales, entre otros dispositivos, tendientes a alcanzar la imagen que mejor se corresponda con su género autopercebido.

Por su parte, la Ley Nacional de Salud Mental, sancionada en el año 2010, establece que en ningún caso se admitirá la configuración de diagnósticos en ese campo a partir exclusivamente de la «elección o identidad sexual» (Ley n.º 26.657, art. 3º, inc. c).

Estas leyes instalan en agenda pública un paradigma despatologizador y establecen parámetros que deberían facilitarnos el trabajo con nuestros pacientes trans y travestis. Sin embargo, los manuales e instrumentos utilizados para el diagnóstico psiquiátrico (tales como el *Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*-DSM de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación internacional de enfermedades –CIE– de la OMS) desconocen o niegan tal paradigma y continúan consignando a la elección contrahege-

mónica de género y de identidad sexual como un trastorno o, en el mejor de los casos, como una disforia.

Y es que ante lo evidente de sus formas y sus presentaciones subversivas que desafían la heteronorma y el sistema binario de género, lxs pacientes con identidad trans y travesti, nos interpelan a los equipos de salud y nos enfrentan con nuestros propios fantasmas, miedos y prejuicios.

Ernesto Meccia, en una entrevista brindada a la luz de la sanción de la ley de género, planteaba el efecto disruptivo de lo que él llamaba la «experiencia trans»: «[la presencia de la persona trans] lo coloca [al “distráido urbano”] en un estado de atención y tensión cognitiva porque los casilleros categoriales ya no le sirven y debe procesar la incertidumbre. Así opera el pensamiento heteronormativo, genitalista y heterosexista» (Berkins y Meccia, 2012).¹

Porque no se trata sólo de los instrumentos de evaluación diagnóstica y los manuales psiquiátricos, son nuestras maneras de pen-

-
1. Ernesto Meccia (2012) relaciona este planteo con un estudio de Erving Goffman sobre las interacciones cotidianas sociales entre desconocidos en la calle. Estas interacciones, plantea Meccia que señalaba Goffman, se caracterizan por una actitud de indiferencia fingida que le permite al «caminante urbano» transitar la ciudad sin alarmarse por los excluidos que van quedando a un costado del camino. Esta actitud «es imposible de sostenerse ante la presencia de una persona trans [...] la experiencia trans, simbólicamente, desde el punto de vista de la interacción social, es muy disruptiva porque es plena ruptura, irrupción. [...] El sociólogo norteamericano Erving Goffman, en su libro *Relaciones en público, un estudio sobre la micro interacción social en la calle* [...] hablaba de la actitud del «distráido cortés» [...] Uno puede ver a una persona que se muere de hambre, que lo molieron a palos, que pasó la noche en la ciudad de Macri, lo registra y la mirada no se detiene. Pero si el ciudadano pasa al lado de una trans, sobre todo si es despampanante, te aseguro que se le corta la distracción urbana. Lo coloca en un estado de atención y tensión cognitiva porque los casilleros categoriales ya no le sirven y debe procesar la incertidumbre. Así opera el pensamiento heteronormativo, genitalista y heterosexista. [...] Y la cuestión trans, como en su momento fue la cuestión gay, no es un asunto de estilo de vida, que en tanto tal no exige ser regulado más allá de la intimidad. Justamente, surge ahora una serie de deberes que tienen que ver con el sistema médico y que la política pública deberá completar a partir de los debates que se vayan dando en los mismos colectivos».

sar y de nombrar las que quedaron obsoletas: no contamos con categorías previas para pensar a estos «sujetos inesperados». Intentamos nombrarlos pero terminamos patologizando, desconociendo el camino recorrido por esta población que incluye prácticas de transformación física invasivas y muchas veces riesgosas con el objeto de construir una imagen corporal deseada. Y no es posible comprender este recorrido sin contextualizarlo en la relación de este colectivo con el sistema de salud, caracterizada por la hostilidad y construida bajo la lógica de la sospecha, tal como señala María Epele (2007).²

De reciente edición, la guía de atención de la salud integral de personas trans, del Ministerio de Salud de la Nación, detalla muy claramente la historia de la población trans y travesti, y su relación con el sistema de salud, y cómo los avances alcanzados en cuanto a abordaje de sus particularidades fueron quedando reservados a ámbitos específicos y fragmentarios del sistema (por ejemplo, servicios de infectología y de atención de pacientes con VIH).³

Difícil de romper, la mirada patologizadora ante estas presentaciones nos impide ver más allá de aquellas marcas en la piel y el cuerpo (tales como siliconas de dudoso origen, utilización de aceite de avión con fines estéticos) que dan cuenta en realidad de un histórico proceso de desafiliación y de expulsión,⁴ signo de las múltiples barreras de acceso al sistema de salud, y suelen ser leídos como indicadores de una cierta negligencia sobre la propia salud o de una patología mental. Al respecto, en la guía de atención a personas trans

-
2. Esta autora define la «lógica de la sospecha» como el «conjunto de prácticas simbólicas» que operan como una barrera entre los/as usuarios/as de drogas y las instituciones de salud» (Epele, 2007).
 3. Nos referimos al siguiente material, publicado en junio de 2015: «Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud» del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud.
 4. Utilizo la palabra «expulsión» en vez de «exclusión», considerando las operaciones sociales que hicieron posibles tal expulsión, caracterizadas por Duschatzky y Corea en *Chicos en banda: los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones* (2002).

se afirma que «es necesario tener en cuenta las diversas experiencias y prácticas que muchas personas trans han desarrollado en relación con la construcción corporal, frente a su histórica expulsión del sistema sanitario». Y se plantea que:

La despatologización supone reconocer a las identidades trans como parte de la diversidad humana, dejando de lado las categorías que las definen como una enfermedad o un problema. [...] Se requiere poner en juego la capacidad de problematizar cómo se realizan las tareas, aportar una mirada diferente e instalar la posibilidad de cambiar el modo de hacer en la práctica (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2015).

Ante esta última afirmación, advierto necesario señalar que se trata también de cambiar el modo de *pensar* nuestras prácticas.⁵ Una compañera psicóloga susurró en medio de una discusión de un caso clínico: «[...] es la clínica de la época». Sí que lo es. Y nos interpela: nos convoca a cada unx de nosotrxs, agentes de salud, y nos obliga a movernos en una u otra posición, a tomar una acción determinada, no podemos hacernos lxs distraídxs. Y, en el mejor de los casos, nos transforma. Nos obliga a encontrarnos con nuestros miedos y prejuicios, y nos enfrenta con ellos a la vez que con nuestros reductos personales de «no saber disciplinar». En este sentido, digo que a los miedos y prejuicios y fantasmas se suma como obstáculo para trabajar desde una mirada despatologizadora la dificultad para entender la interdisciplina desde la construcción diagnóstica.

5. Algo similar ocurre con las historias de vida que incluyen a la prostitución como elemento común a muchas de las personas travestis. Especialmente en lo que respecta a nuestrxs pacientes con consumo problemático. «[...] Ellas construyen su femineidad sin ningún tipo de sostén; se trata de una construcción que carece de apoyo y acompañamiento social. Es claro que la sociedad no valida la elección de las travestis por un género femenino habitando un cuerpo masculino; el único lugar de validación de esto es el asociado a la prostitución» (Fernández, 2004).

El desafío de la interdisciplina

El trabajo en equipos interdisciplinarios debería constituir una llave, un camino, una posibilidad para desarmar nuestras estructuras heteronormativas y patologizadoras, y poder ir cuestionando y reorientando las propuestas terapéuticas. Pero, para ello, la interdisciplina debería estar presente desde el ingreso mismo de la persona como paciente del hospital. Esto implica la necesidad de que el diagnóstico presuntivo sea construido interdisciplinariamente. Según la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental:

El diagnóstico interdisciplinario e integral consiste en la descripción de las características relevantes de la situación particular de la persona y las probables causas de su padecimiento o sintomatología, *a partir de una evaluación que articule las perspectivas de las diferentes disciplinas que intervienen* (Ley n.º 26.657, énfasis nuestro).

Así, la clave para construir diagnósticos y planes de trabajo que sean respetuosos de la elección de género de las personas trans y travesti, sin caer en prácticas desubjetivantes, fragmentarias y patologizadoras, está en poder trabajar en forma interdisciplinaria desde el momento en que la persona ingresa al hospital. Nosotrxs, en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), efectivamente trabajamos en equipos conformados por profesionales de distintas disciplinas, pero las más de las veces el trabajo social es convocado, no para pensar el diagnóstico presuntivo, sino sólo para el armado redes y gestión de recursos. Y, si bien esta es una tarea compleja y necesaria, pocas veces se vislumbra el potencial que tiene esta disciplina (y otras disciplinas no *psi*, también integrantes de los equipos) para aportar a la construcción diagnóstica de cada paciente.

Por último, además de enmarcar el trabajo en un paradigma despatologizante, considero fundamental poder enfocar nuestras mi-

radas desde una perspectiva de género, en el sentido político de este concepto, como lo entiende Pombo:

El género –en tanto régimen político vertebrador de relaciones de poder– opera como un determinante de la salud. [...] lo hace en articulación con otros condicionantes de la estratificación social, entre los que se destacan la clase social, la etnia/raza y la edad (Pombo, 2012).

Así, hablar de un abordaje desde una perspectiva de género necesariamente implica hablar de relaciones de poder, para lo cual es imprescindible tener en consideración la complejidad y multiplicidad de factores que intervienen en las trayectorias de vida de las personas que «además de su identidad de género, bien pueden ser desocupados, inmigrantes, sobrevivir en situación de calle, ser víctimas de violencia física y de abandono crónico, sufrir un padecimiento físico o emocional, etc. [...]» (Bermejo, 2014).

Para cerrar, encuentro pertinentes las palabras de la guía ya mencionada de atención de personas trans:

En el campo de la salud, la ley [26.743] garantiza el pleno acceso de todas las personas a la atención integral, desde una perspectiva de derechos, lo que obliga a la eliminación de cualquier tipo de enfoque patologizador. Estos logros alcanzados en materia de derechos, a partir del trabajo de distintas organizaciones sociales, presentan nuevos desafíos para los equipos de salud. Por un lado, el surgimiento de demandas de atención sobre temáticas o situaciones hasta el momento invisibilizadas. Por otro, la presencia de personas usuarias que asumen una nueva posición, al ser reconocidas y reconocerse como sujetxs de derecho (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2015, p. 46).

La mayoría de nosotrxs fuimos formadxs en contextos históricos y políticos de un Estado que pivoteaba entre la práctica terrorista y

represiva, y el corrimiento de su rol como garante de derechos. Hoy, considero importante señalar este punto de convergencia entre estos cuatro factores, felizmente coincidentes: un estado garante de derechos, que hace una apuesta fuerte a un paradigma desmanicomializador y despatologizante, instando al trabajo en salud mental en forma interdisciplinaria, y desde una perspectiva de género.

Todo esto debería interpelarnos: obligarnos a tomar acciones concretas en pos de una atención respetuosa y garante de los derechos de nuestros pacientes.

Bibliografía

- Barbieri, A. O.; Camera, O.; Obiols, J.; Píccoli, J. y Rodríguez, G. (2014). «Articulaciones entre la Ley de Salud Mental y la Ley de Identidad de Género: posibilidades para contrarrestar las tendencias objetivantes de las clasificaciones psicopatológicas». Trabajo presentado en el VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología-XXI Jornadas de Investigación-X Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires, Argentina.
- Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2013-2015*. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).
- Berkins L. y Meccia, E. (2012). «Ley de Identidad de Género: nuevos deberes. Entrevista». En *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales* de la Universidad de Buenos Aires, n.º 81.
- Bermejo, M. (2014). «Hay un travesti en mi sopa. Respuestas institucionales: ante lo imposible, lo posible. El lugar de la invención». Ponencia presentada en InterRisam, Salta, Argentina.
- Duschatzky, S. y Corea, C. (2002). *Chicos en banda: los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos Aires, Paidós, cap. 1.

- Epele, M. (2007). «La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complotos y barreras de acceso al sistema de salud». En *Cuadernos de Antropología Social*, n.º 25, pp. 151-168.
- Fernández, J. (2004). *Cuerpos desobedientes. Travestismo e identidad de género*. Buenos Aires: Edhasa.
- Ley n.º 26.657, Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 2 de diciembre de 2010.
- Ley n.º 26.743, Derecho a la identidad de género. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 23 de mayo de 2012.
- Pombo, M. G. (2012). «La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género». En *Revista Margen*, n.º 66.
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2015). «Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud». Buenos Aires: Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.

Desafíos en la construcción de intervenciones interdisciplinarias en el campo de la salud mental

Andrea Vázquez y Alejandro Wilner

Introducción

El trabajo se propone como objetivo revisar teóricamente las dificultades que se plantean para la construcción del abordaje interdisciplinario en salud mental, a partir de una experiencia de investigación acción en un municipio de la provincia de Buenos Aires.

Para ello, se problematiza desde la perspectiva de una triple articulación metodológica (Stolkiner, 1994) entre el nivel de las políticas, el de las instituciones y la vida cotidiana.

Una panorámica sobre el escenario

El problema de la drogadependencia adquirió enorme relevancia en los últimos decenios. No obstante, las políticas en drogas tuvieron un desarrollo limitado dentro de las políticas de salud y salud mental. A esta situación se suma la vigencia de una ley penal de estupefacientes que reprime la tenencia de pequeñas cantidades de sustancia para consumo personal y caracteriza como delito la misma conducta que es objeto de abordaje terapéutico.

En el nivel macrocontextual, la implementación de políticas neoliberales y el contexto punitivo que enmarca el consumo de drogas ilegales en nuestro país, ha producido un discurso caracterizado por la criminalización y estigmatización de las personas que usan drogas. Dicho discurso ha tenido entre sus consecuencias que estas personas

configuren un grupo de ciudadanos con problemas específicos para acceder a derechos. Entre ellos, el derecho a la atención en salud.

A nivel de las instituciones, la fragmentación que se da entre los diferentes sectores que intervienen se reproduce en el nivel institucional. Este aspecto se considera central para explicar los problemas de comunicación que tienen lugar:

- Fragmentación entre los niveles de complejidad del sistema de salud.
- Fragmentación entre los servicios de salud de la misma institución (intrainstitucional) y/o entre servicios de diferentes instituciones (interinstitucional).
- Fragmentación entre las disciplinas que configuran equipos de salud (interdisciplinar).
- Fragmentación entre los profesionales entre sí, y con las personas atendidas.

Esta compartimentación en cada uno de los niveles configura diferentes tipos de barrera de acceso para la atención en salud de usuarios del sistema en general, y de personas drogadependientes en particular.

Algunos equipos de salud (Berner, Calandra y Vázquez, 2003) utilizan estrategias basadas en el concepto de «reducción de las oportunidades perdidas» en salud. Dicho concepto parte del análisis de la ausencia de consultas en salud de algunas poblaciones, y tiene en cuenta tanto las dificultades de los servicios (profesionales de la salud) como las de los usuarios. Se plantea, entonces, un modelo de atención basado en la maximización de ese encuentro y el aprovechamiento de la oportunidad del contacto, para conocer la situación de salud de esa persona.

En el nivel de la vida cotidiana, es necesario incluir la operatoria de los discursos sociales construidos sobre algunas problemáticas tales como la drogadependencia. El problema del estigma y la discriminación en salud constituye un desafío para la investigación

sobre exclusión en salud. La estigmatización produce grupos de personas que ven condicionado su ejercicio de ciudadanía al negárseles el cumplimiento de derechos. La relevancia de estudiar estos procesos se basa en la necesidad de identificar componentes que disminuyan la exclusión en salud (OPS/OMS, 2005).

Intersectorialidad, interdisciplina e inter-saberes¹

La *Declaración* de la histórica reunión en Alma-Ata (OMS, 1978) ya señalaba la importancia de la intersectorialidad como uno de los ejes de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) propuesta para alcanzar el objetivo de «salud para todos».

Hace casi dos décadas, Mario Testa analizaba la importancia de contextualizar el sistema de salud en que se inserta la atención primaria, para evaluar el significado concreto que adquiere su implementación. Establecía, por entonces, una diferenciación entre la APS inserta en un sistema de salud de aquella que queda como una propuesta aislada del mismo. Para aquellos países que no han conseguido una adecuada inserción, «la atención primaria de salud se transforma en atención primitiva de salud» (Testa, 1993, p. 163).

El documento *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas* (OPS/OMS, 2007) revaloriza la función de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud como uno de los aspectos fundamentales de un sistema de salud que pretenda ser eficaz. Destaca también la necesidad de desarrollar mecanismos que produzcan el aumento de la participación comunitaria y que promuevan acciones intersectoriales. Según dicho documento: «Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y

1. Remitimos en esta sección al texto de Alicia Stolkiner (1999). «Equipos interprofesionales y algo más (¿es posible hablar de inter-saberes?)».

el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad» (OPS/OMS, 2005, p. 4).

La fragmentación o desconexión entre los niveles del sistema, que han sido un obstáculo fundamental para visualizar la propuesta de APS como estrategia, se reproducen particularmente en las respuestas del sistema de salud al problema de la drogadependencia configurando barreras de accesibilidad específicas para esta población.

Sistema de salud, trayectorias institucionales y accesibilidad de personas con consumos problemáticos y drogadependientes

El sistema de salud en la Argentina se define como fragmentado y heterogéneo (Belmartino, 2005). Durante la gestión del Dr. Carrillo se sientan las bases de articulación y organización de los servicios y se producen avances en términos de equidad y sistematización del sector. Posteriormente, el avance del sistema de obras sociales y del subsector privado profundiza la fragmentación, a la vez que los decrecientes niveles de inversión pública hacen lo mismo con la heterogeneidad, situación que se incrementa con la instauración de políticas neoliberales durante la dictadura militar y la década de 1990.

La salud es un derecho humano fundamental que implica el acceso universal a los servicios: oportunos, humanizados y adecuados culturalmente (Carta de Brasilia, 2007).

La accesibilidad a la atención en salud se define como «[...] el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios [...] y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios» (Barcala y Stolkiner, 2000, p. 283). La particularidad de definir la accesibilidad como un vínculo supone enfatizar la dimensión procesual y compleja que caracteriza al vínculo entre los sujetos y los servicios de salud. En este sentido es que algunas investigaciones conceptualizan como *deriva institucional* (Barcala, Brio, Marotta, Torricelli y Vila, 2007, p. 168) al largo recorrido que emprenden los usuarios del sistema de salud al intentar dar respuesta

a su problema. Según algunos autores, esta deriva consiste en la repetición de consultas a diferentes servicios, equipos y/o profesionales de distintas disciplinas desconectados entre sí y con el resto de los equipos e instituciones intervinientes.

Los modelos de atención, en general, fueron coherentes con el modelo abstencionista, que sostiene que la drogadependencia es una enfermedad cuya causa principal es la sustancia. Este encuadre suele omitir el análisis de las condiciones sociales en que tienen lugar la mayor parte de los consumos que se convierten en problemáticos.

También existen experiencias alternativas al modelo abstencionista, desde que una resolución (Resolución 351/2000) de la SEDRONAR incorpora la posibilidad de producir acciones enmarcadas en el modelo de reducción de daños asociados al uso de drogas. En dicha resolución se recomienda al Ministerio de Salud de la Nación:

[...] la adopción de programas y/o medidas, a implementarse en los casos puntuales en los que se esté en presencia de una persona adicta, que no esté integrada o atendida en los servicios y programas existentes o que haya fracasado repetidas veces en los mismos. Personas que, a la vez, estén expuestas a un alto riesgo de daño grave a su salud por enfermedades infecciosas, que se relacionan con el abuso de drogas y que también puedan producir accidentes fatales. Estos programas tenderán a que a estas personas se les preste asistencia, a fin de lograr reducir los riesgos para su salud (SEDRONAR, 2000, art. 1.º).

Los discursos sobre la drogadependencia y sus implicancias para la salud

La drogadependencia es una construcción social históricamente contextualizada (Romaní, 2004) en la que intervienen representaciones estigmatizantes vinculadas principalmente a la medicalización y/o a la criminalización.

Estudiar los procesos de estigmatización es clave para entender la desigual distribución de ocasiones en la vida que sufren estas personas (en cuanto al desarrollo de sus carreras, ocupación laboral y lazos sociales). Entre estas ocasiones, un lugar particular ocupan las ocasiones en el acceso a la atención en salud. Estos procesos están *subreconocidos*, ya que la mayor parte de las investigaciones examina el estigma asociado a una circunstancia a la vez, por lo que no se logra percibir la integralidad de sus efectos (Link y Phelan, 2001) y la sinergia entre las distintas fuentes de estigmatización (Aggleton y Parker, 2003).

Desde esta perspectiva es que cobra relevancia el punto de mira privilegiado que ofrece estudiar las *trayectorias institucionales*. Su análisis permite considerar las experiencias particulares de los sujetos a la luz de las condiciones políticas, económicas, sociales y culturales. Estudiar estos recorridos supone recuperar los facilitadores que han operado para que esos sujetos puedan realizar una demanda al sistema de salud y sostener un tratamiento para su problema. También muestra los obstáculos con que se enfrentaron estas personas en el camino de la búsqueda de atención en salud.

En un trabajo sobre las consecuencias de la criminalización del consumo de drogas en los vínculos entre instituciones de salud y usuarios/as de drogas que viven en condiciones de marginación social, Epele (2007) analiza a la sospecha como una lógica que estructura una barrera entre los usuarios y el sistema de salud. Reconocer esta lógica como barrera –sigue la autora– supone ampliar las nociones tradicionales sobre problemas económicos, geográficos y culturales. La lógica de la sospecha, se define como «[...] aquel conjunto heteróclito de prácticas simbólicas que definen las propiedades de los vínculos y las posiciones entre los usuarios/as de drogas y las instituciones del estado, particularmente las de salud» (Epele, 2007, p. 155).

Las propuestas de nuevos caminos para estudiar estos procesos incluyen el desarrollo de un nuevo marco conceptual que se adecúe a las circunstancias de las problemáticas actuales y que produzca

orientaciones sobre la implementación de acciones más eficaces para minimizar sus efectos, es decir, para reducir el sufrimiento de las personas.

Servicios de salud para la atención del problema de la drogadependencia en un municipio de la provincia de Buenos Aires

En el municipio bajo análisis, existe un primer nivel de atención específica que depende de la provincia de Buenos Aires (de la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud). Sin embargo, este no es el único efector del primer nivel, el municipio posee una compleja red de unidades sanitarias y centros de salud presente en todo su territorio, que incluye prestaciones de salud mental individuales, colectivas y comunitarias que abordan también la problemática de las adicciones. Hay cuatro hospitales provinciales en el municipio, uno de alta complejidad y con referencia interzonal, uno zonal de mediana complejidad, otro local –que se propone como referente en salud mental– y uno zonal especializado en oncología. En todos los hospitales se prestan servicios de salud mental; y en el interzonal y en el zonal, acciones específicas sobre adicciones.

Es importante destacar una iniciativa que se desarrolla en el municipio para avanzar sobre la adecuación de los servicios de atención en salud mental (que incluye a los dispositivos para el abordaje de las problemáticas de drogadependencia) a los lineamientos establecidos en la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 y su Decreto Reglamentario. Se trata de un espacio de articulación intersectorial en salud mental que integra áreas municipales, provinciales y una entidad nacional, como la universidad. Además se han establecido diálogos y se proyecta la incorporación de áreas de justicia.

Este dispositivo se propone como un modelo de gestión integral de la red de atención en salud mental y un modelo de atención intersectorial e integrador.

Resultados

La institución de un dispositivo de gestión específico que reconoce la desarticulación como principal problema resulta auspiciosa ya que podría ser efectivo en el abordaje de esta situación, facilitando el acceso de los usuarios a los servicios organizando los recursos, modelos de atención y de gestión en la jurisdicción.

Resulta también interesante que el trabajo coordinado entre organizaciones de gestión y la universidad desarrolle sinergias en el ámbito de la salud en general y de la salud mental en particular. El equipo de investigación podría promover la articulación entre los actores institucionales. También es relevante que los actores participantes en el dispositivo articulador reconozcan que la función de la universidad es importante en la sistematización de las prácticas y la posibilidad de promover reflexiones sobre las mismas.

De forma preliminar, hemos arribado a las siguientes reflexiones:

- La desarticulación del sistema de salud argentino determina que el acceso de los usuarios se dificulte por múltiples barreras y obstáculos; esta situación se reproduce en cada uno de los espacios locales y condiciona que las trayectorias de los sujetos en el proceso de procura de cuidados sean tortuosas, laberínticas y resulten en que aquellos con menor capacidad de demanda vean restringida su capacidad de acceso.
- Los dispositivos de atención en el nivel local son diversos, con multiplicidad de recursos de diferentes índoles y con diversas dependencias jurisdiccionales. La desarticulación es la norma, con lo que es posible que el mismo usuario obtenga cuidados en diversos dispositivos y que potenciales usuarios carezcan de acceso a los servicios.
- Es necesario diferenciar entre problemas de equidad y problemas de accesibilidad.

Discusión

El problema en estudio requiere de la articulación de diferentes dimensiones de análisis: una relativa a las políticas en salud, una relacionada a las instituciones y una vinculada a la vida cotidiana de las personas usuarias del sistema de salud.

La definición de la drogadependencia como un problema complejo plantea la necesidad de abordajes interdisciplinarios. La visión de complejidad del proceso salud-enfermedad-cuidado introduce, en su análisis, la dimensión social (Stolkiner, 2005). La necesaria transformación del ideario acerca del problema del consumo de drogas reconoce tres niveles que se articulan: una revisión de las políticas, una revisión de los modelos de atención para adecuarlos a las necesidades de los usuarios y una reflexión de la comunidad en general y de los distintos sectores en particular, acerca de su propio rol en la configuración del problema.

La posibilidad de construir intervenciones interdisciplinarias en el campo de la salud mental incluye diferentes desafíos y niveles de responsabilidad, entre ellos:

- Reducir la estigmatización y la discriminación, como herramienta fundamental para la elaboración de políticas de inclusión desde una lógica de respeto por los derechos humanos.
- Diseñar estrategias de prevención que incluyan un enfoque de derechos y construcción de ciudadanía.
- Establecer una articulación entre los usuarios del sistema de salud y los programas de inclusión laboral pertenecientes al sector trabajo.
- Facilitar la articulación de las escuelas medias con el primer nivel de atención en salud para la realización de actividades que tengan como objetivo la incorporación de prácticas de cuidado y autocuidado para la población consumidora de drogas que se encuentra escolarizada.

- Favorecer la realización de actividades con la comunidad, dirigidas a producir un aumento de consultas de personas con consumos problemáticos y drogadependencias.

Bibliografía

- Aggleton, P. y Parker, R. (2003). «HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action». *Social Science and Medicine*, vol. 57, n.º 1, pp. 13-24.
- Barcala, A. y Stolkiner, A. (2000). «Accesibilidad a servicios de salud de familias con sus necesidades básicas insatisfechas (NBI): estudio de caso». *Anuario de Investigaciones*, vol. VIII. Facultad de Psicología. UBA, pp. 282-295.
- Barcala, A.; Brio, M. C.; Marotta, J.; Torricelli, F. y Vila, N. (2007). «Salud mental infantil: un análisis de la capacidad de respuesta de los servicios de salud en la Ciudad de Buenos Aires». En Brio, M. C. (ed.). *Psicofarmacología y neurociencia en pediatría*. Buenos Aires: Scien, pp. 167-174.
- Belmartino, S. (2005). «Servicios de salud y sistema político, Argentina, Brasil y Chile, 1920-1970». En Armus, D. (comp.). *Avatares de la medicalización en América Latina, 1870-1970*. Buenos Aires: Lugar Editorial, pp. 101-144.
- Berner, E.; Calandra, N. y Vázquez, S. (2003). «Estrategia para la reducción de oportunidades perdidas en salud reproductiva». Recuperado el 12/04/2006 de <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/A6.466-469.Vzquez.pdf>.
- Carta de Brasilia (2007). «Reunión regional de consulta con la sociedad civil sobre los determinantes sociales de la salud». 12 al 14 de abril de 2007. Brasilia, Brasil.
- Epele, M. (2007). «La lógica de la sospecha. Sobre la criminalización del uso de drogas, complot y barreras de acceso al sistema de salud». *Cuadernos de Antropología Social*, vol. 25. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires, pp. 153-170.

- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Link, B. y Phelan, J. (2001). «On stigma and its public health implications». New York: Columbia University. Recuperado el 10/02/2006 de <http://www.stigmaconference.nih.gov/FinalLinkPaper.html>.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención Primaria de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud*, URSS, Alma-Ata. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2007). *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas* (en línea). Washington, DC. Recuperado el 02/07/2015 de http://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf.
- Romaní, O. (2004). *Las drogas. Sueños y razones* (1.ª ed.). Barcelona: Ariel.
- SEDRONAR (2000). Resolución n.º 351. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha Contra el Narcotráfico de la Presidencia de la Nación.
- Stolkiner, A. (1994). «Tiempos posmodernos: ajuste y salud mental». En Saidón, O. y Troianovsky, P. (comp.). *Políticas en salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial, pp. 25-53.
- Stolkiner, A. (1999). «Equipos interprofesionales y algo más (¿es posible hablar de inter-saberes?)». En *El Campo Psi*, año 3, n.º 12, agosto.
- Stolkiner, A. (2005). «Interdisciplina y salud mental». *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental, I Jornada Provincial de Psicología*. FEPPA, Posadas, Argentina.
- Testa, M. (1993). «Atención ¿Primaria o Primitiva? de Salud». En *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

A equipe multidisciplinar de saúde mental e o desafio ao estudante de direito

Cristiane Barros Marcos e Luiza Braz Teixeira

Introdução

O trabalho aqui apresentado busca desenvolver o desafio a que se expõe o estudante de Direito, ao longo da academia, através de experiências extracurriculares, ao integrar uma equipe multidisciplinar de saúde mental. Falar-se-á, ao longo deste, sobre os desafios que surgem ao estudante de uma área aparentemente distante das ciências da saúde.

Em contrapartida, buscaremos, além de tal traçado, analisar também, os reflexos desses desafios no crescimento acadêmico e possíveis desdobramentos profissionais para este bacharel em direito.

Deste modo, buscaremos contemplar as dificuldades e os méritos, estabelecendo uma breve crítica ao modelo brasileiro de ensino das ciências jurídicas, uma vez que estes profissionais atualmente ficam-se fixados à lida processual, distantes, ainda, da visão contempladora de um horizonte de atuação muito maior do que a simples redação de peças processuais, já que a vida humana e as questões envolvendo seus direitos estão carecendo de atenção, principalmente no que tange à saúde mental.

Para isso, lançaremos mão das experiências obtidas através da equipe que atualmente desenvolve atividades no Centro Regional De Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos (CENPRE), cujas atividades acontecem no Hospital Universitário Miguel Riet Corrêa Júnior.¹

1. Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

O ensino jurídico brasileiro

Primeiramente, antes de fazer considerações mais pormenorizadas é importante situar o ensino das ciências jurídicas atual das universidades brasileiras. Devido ao exame aos quais os alunos deste curso se submetem ao final dele, a fim de serem habilitados à prática advocatícia, o ensino acaba por tornar-se por demasiado objetivista, o que o distancia cada vez mais os ensinamentos da aplicação em sociedade. Acrescentando o que ensina Lewicki:

O ensino jurídico não constitui território imune à «desumanização» diagnosticada na transmissão dos outros saberes. Ao revés, há muito tempo a formação dos novos juristas é alvo de críticas semelhantes, sendo considerada «um tecnicismo neutro, uma arte de saber fazer sem se preocupar em saber porque [...] Nesses termos, a formação do bacharel é entendida como uma acumulação progressiva de informações, limitando-se o aprendizado a uma reprodução de teorias que parecem desvinculadas da prática (embora não o sejam), ao lado de esquemas prontos de especialidade duvidosa, que vão repercutir na imagem atual do profissional como um técnico a serviço de técnicos» (Lewicki, 2012, p. 4).

Para além disso, o ensino jurídico brasileiro também tem por requisito o cumprimento de horas de estágio, o que mais uma vez encerra este acadêmico em uma espécie de caixa, onde existem poucas variações de horizontes para alguém que opte por graduar-se nesta área do conhecimento.

Esses estágios, por sua vez, apenas são considerados válidos se vinculados à lida processual, o que significa dizer que sequer é contemplado pela própria academia que, a saúde mental também possa ser um espaço a ser ocupado por juristas.

Esta desconsideração e a maneira como se estabelece o ensino acaba por encerrar os espaços e as possibilidades de desempenho de

diferentes atividades pelos futuros juristas, o que culmina no fato de que sequer as equipes de atenção à saúde mental contemplem que estudantes ou bacharéis em direito integrem esses grupos.

A equipe interdisciplinar de saúde mental – o caso concreto

Há dois anos integro uma equipe interdisciplinar no CENPRE (Centro Regional de Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos). Este centro surgiu de um projeto de extensão da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), e hoje dispõe de uma estrutura, física e profissional no Hospital Universitário da cidade do Rio Grande.

Sobre o trabalho desta equipe tem-se, de acordo com Silva e Sinott:

O CENPRE utiliza terapia ambulatorial, para dependentes químicos, visando criar o hábito de observar o próprio comportamento, reações e o contexto associado; identificar situações de risco para o uso de substâncias e as funções atribuídas pelo indivíduo à droga; buscar novas formas de responder às situações e tentar redimensionar o papel da substância para a própria pessoa (Silva e Sinott, 2012, p. 32).

A equipe aqui referida já foi/é² integrada por profissionais de distintas especialidades, como psicólogos, assistentes sociais, arte educador, educador físico, médico, bacharel em direito e odontólogo. Além disso, por se tratar de um projeto da Universidade, os estudantes das instituições de ensino superior da cidade também atuam nesta equipe como bolsistas ou estagiários.

2. Referimos desta maneira pois a equipe de trabalho não é estanque, isso implica dizer que não há um espaço «fechado» que possa vir a ser ocupado necessariamente por um trabalhador de determinada área.

Deste modo, significa dizer que a mesma recebe estudantes dos cursos de medicina, psicologia, direito, enfermagem, tecnólogo em toxicologia ambiental, engenharia, pedagogia e letras.

Ainda sobre as atividades em equipe, cumpre destacar que esta reúne-se semanalmente de modo a planejar o trabalho que será desempenhado, tece considerações acerca das atividades que foram desenvolvidas, pontua questões científicas, apresenta seminários internos, de modo a capacitar e refinar os conhecimentos intergrupo e prepara as atividades dos subprojetos que fazem parte das atividades de tratamento e prevenção ao uso de substâncias psicoativas.

Já sobre a diversidade de conhecimentos, há que se considerar que a interação entre tão diferentes áreas de atuação promovem de modo grandioso o crescimento dos alunos, no entanto, ao mesmo tempo, configuram-se, frente aos mesmos, como um grande desafio, afinal de contas, que base teórica, pensando-se o contexto curricular atual, tem um aluno de ciências jurídicas para trabalhar com questões envolvendo a dependência de drogas?

Mais do que isso, e ainda buscando acentuar a problemática deste trabalho, que méritos acadêmicos tal atividade acarretará para este futuro bacharel que, ao concluir o curso, somente será habilitado ao exercício da profissão de advogado se for aprovado em uma prova cujo quesito de avaliação é puramente objetivo?

Em resposta a esses dois questionamentos surge o lume do diálogo entre a equipe, da integração estritamente necessária para que a mesma trabalhe com sucesso, afinal de contas, o fenômeno da dependência de drogas não atine somente a um ou a outro profissional, mas a vários e da maneira mais integrada possível.

A prática da interdisciplinaridade, aqui entendida conforme Fazenda, ou seja:

O pensar interdisciplinar parte da premissa de que nenhuma forma de conhecimento é em si mesma racional. Tenta, pois, o diálogo com outras formas de conhecimento, deixando-se interpenetrar por elas. Assim, por exemplo, aceita o conhecimento do

senso comum como válido, pois através do cotidiano que damos sentido a nossas vidas. Ampliado através do diálogo com conhecimento científico, tende a uma dimensão maior, a uma dimensão ainda que utópica capaz de permitir o enriquecimento da nossa relação com o outro e com o mundo (Fazenda, 2002, p. 65).

Tomando este entendimento como premissa, o resultado de tal interação promove a integração de saberes e ao mesmo tempo o produtivo caminhar do trabalho objetivado por todos.

Já no que refere ao estudante de direito mais especificamente, esta prática vai contra a correnteza pela qual a grande maioria se deixa sucumbir, oferece novos horizontes e, mesmo que venha a atuar com a prática processual futuramente, estará apropriado de uma grande bagagem a fim de engrandecer seu trabalho, favorecido no entendimento do próximo e da complexidade de suas problemáticas.

O lugar do direito na equipe interdisciplinar

Antes de falar especificamente da problemática título desse subtítulo necessário fazer um breve traçado histórico a fim de situar-nos no contexto atual da saúde mental brasileira. Para tanto, valho-me dos estudos de Vasconcellos ao mencionar que:

No Brasil, desde a década de 1970, o trabalho em saúde passou a priorizar a composição de equipes de profissionais com diferentes formações. Esse movimento traz inequivocamente a benesse de incrementar as possibilidades terapêuticas, mas traz consigo também o risco de fragmentação do trabalho, impondo assim a necessidade de integração verdadeiramente interdisciplinar.

Ora, tal afirmação traz consigo o desafio não só ao caso específico que aqui nos propomos a abordar, mas a qualquer profissional. Esse desafio é, partindo das tendências que desde os anos 70 vêm dire-

cionando o trabalho de atenção à saúde mental a trabalhar em equipes com profissionais de variadas formações, inclusive devido à fragmentação do conhecimento, há que se trabalhar de forma integrada e de modo a promover o diálogo e a integração de saberes, assim, nenhuma demanda é específica de um dado profissional, mas sim está sob a tutela de toda a equipe.

Ainda refinando mais o olhar e aproximando o foco desta análise para o cerne de nossa questão lembremos novamente o autor Vasconcellos ao pontuar de modo brilhante que:

Os ecos da reforma psiquiátrica internacional começaram a reverberar com mais força no Brasil na década de 1970. Desde então, a reforma psiquiátrica brasileira promoveu importantes mudanças na assistência, entre as quais a valorização da inserção social e cidadania dos usuários, a assunção de instituições extra-hospitalares como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) à posição de sustentáculos da rede de serviços e a própria defesa da interdisciplinaridade. De outra parte, alguns autores assinalam as dificuldades enfrentadas para implantar a reforma, tais como o imenso desafio para mudar práticas de saúde até então hegemônicas e a persistência de representações sociais típicas da lógica manicomial [...] De toda forma, no rastro da reforma psiquiátrica, a defesa da interdisciplinaridade e a exigência das equipes multiprofissionais nas políticas públicas transformam-se em estratégia de superação do modelo manicomial, posto que a exclusividade da narrativa biomédica sobre a loucura e a noção de doença mental, enquanto categoria tão somente médico-científica, foram problematizadas.

É pautado nestes dados que repousa o ancoradouro do trabalho de um estudante/bacharel em direito, pois, é partindo da contemplação de fundamentos como inserção social, cidadania e respeito às liberdades individuais que encontra-se um dos maiores fundamentos para que não se deixe de contemplar a importância de tais nestas equipes.

Por suposto que aqui não estamos reduzindo a atuação de tais profissionais tão somente por passar-se a falar em temas que evocam questões atinentes aos direitos humanos, mas por conceber que, a saúde mental e, por sua vez a dependência de drogas não é questão que diga respeito somente a um grupo de profissionais com formação nas áreas das ciências da saúde.

A exposição da dificuldade

Conforme já explanado acima há uma pequena abertura ao estudante/profissional do Direito nas equipes de saúde mental, porém, havendo a oportunidade surgem as dificuldades encontradas pelos próprios juristas. Vejamos a falta de proximidade com o tema como uma delas, porém a menos importante, pois o propósito da interdisciplinaridade se vale na medida em que integra saberes e não sobrepõe um ao outro.

Consideramos, então como maior problema a falta de reconhecimento pela própria academia, o que legitima o modelo mecanizado de formação atual, onde o futuro jurista fica encerrado à uma perspectiva de decorar a letra da lei para, posteriormente, prestar um concurso público, sem envolver-se com o lado mais importante do ordenamento jurídico, isto é, o cidadão para quem ela é redigida.

Conclusões

Ao longo desse desenvolver de ideias e experiências resta a necessidade de uma ampliação de horizontes por parte dos próprios estudantes a fim de vislumbrarem outros meios de atuação, deste modo as próprias equipes, diante da procura, podem vir a abrir espaço para que cada vez mais a multi e a interdisciplinaridade aconteça, o que além de tornar o trabalho cada vez mais compartilhado, faz dele

ainda mais exitoso, haja vista que distintos saberes poderão ser usados na busca de melhores resultados.

O bacharel em direito traz consigo um conhecimento específico, que, combinado com outros muito auxilia na equipe, mas além disso o vencer o caminho do óbvio isto é, distanciar-se da lida forense e contemplar o eixo da saúde mental, traz ao profissional do direito a oportunidade de dar forma aos ideais de cidadania e respeito aos direitos fundamentais, prescritos na Constituição Federal e nos tratados internacionais.

É dentro desse diapasão, ao logo do texto desenvolvido, ou seja – Saúde-mental, Cidadania, Equipe Multidisciplinar – Interdisciplinaridade, que se faz latente que há, sim espaço para juristas e que, se faz cada vez maior a necessidade de que se legitime este espaço como uma possibilidade daquele que, atualmente, vem tornando-se um «homem de papel», distante da humanidade dos direitos.

Bibliografia

- Fazenda, I. (2002). *A Interdisciplinaridade: um projeto em parceria*. São Paulo: Loyola.
- Lewicki, B. (2012). «O Ensino Monolítico do Direito Civil: Notas Para Sua Humanização». *Civilística.com*, Ano 1.
- Silva, F. A., Sinnott, E. e Medina, J. S. (2012). *Uso de Drogas Psicoativas Teorias e Métodos Para Multiplicador Prevencionista (2.ª Edição)*. Rio Grande: CENPRE.
- Vasconcellos, V. C. (2010). «Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS». *SMAD, Rev. Eletrônica De Saúde Mental, Álcool e Drogas*, vol. 6.

Mediación comunitaria en los bordes

Stella Maris Brender, Jimena Castellano, Rosana D. De Místico,
María S. Fernández y Jorgelina A. Kesque

Introducción

Los grandes cambios sociales, políticos, económicos y culturales de los últimos tiempos han llevado a la fragmentación y vulnerabilidad social que produjeron nuevas respuestas, entre ellas la mediación comunitaria, útil en la resolución de conflictos que se establecen en las relaciones sociales.

En estos últimos años fuimos observando cómo fueron complejizándose los requerimientos y necesidades de las personas afectadas por la convivencia cotidiana, incrementándose el nivel del conflicto y la diversidad de los mismos, teniendo el equipo de trabajo la necesidad de exigirse al máximo en cuanto a la utilización de herramientas procedimentales y articulación con la red de instituciones existentes.

También se observa la presencia de cuadros psicopatológicos de severa envergadura, un deterioro en la comunicación, un pobre control de las emociones, haciendo sumamente difícil la convivencia social.

La falta de educación, el no cumplimiento de las normas, la falta de empleo seguro, la ausencia de límites, la pérdida del sentido de pertenencia, son elementos que contribuyen al aumento de los conflictos, adoptando consecuencias inadecuadas para una sociedad que pretende desarrollarse con paz y bienestar.

El presente trabajo intentará dilucidar el alcance del procedimiento en el Centro de Mediación Comunitaria, dependiente de un municipio ubicado en el Conurbano Bonaerense.

Trataremos de mostrar su esfera de acción, cuando nos encontramos ante limitaciones que tienen estrecha relación con la salud mental.

Alcances del proceso de mediación comunitaria

Es menester clarificar el alcance del procedimiento de la mediación comunitaria, para ello consideramos necesario realizar algunas precisiones que permitan comprender la dinámica, esencia y finalidad de este proceso. El conflicto es inherente al ser humano, por lo tanto es frecuente e inevitable. Hay conflictos que resultan interminables, penosos; en muchas oportunidades pueden llevar a las autoridades policiales, y también a las judiciales, a intervenir; sin embargo básicamente implican incomprensión, sufrimiento para las partes que intervienen, quebrando amistades, lazos afectivos y relaciones, en la familia, entre vecinos, en la escuela; es decir, en las distintas actividades donde se interrelacionan las personas, afectando el clima social en dicho ámbito.

Favorecer la tramitación positiva de los conflictos de las partes ofrece encuentro, en un medio ambiente que facilite tanto el testimonio como el reconocimiento y legitimación entre sí, donde se sientan protagonistas de sus decisiones y responsables de su futuro. Se trata de un espacio de aprendizaje en la participación, la asunción de responsabilidades y el compromiso que requiere la convivencia dentro de la comunidad.

La mediación y las técnicas de resolución de conflictos ofrecen la posibilidad de que el individuo realice esa toma de «conciencia social», ya que la mediación comunitaria tiene una función educativa, es un modo de gestión de la vida social y no solo un procedimiento para la resolución de conflictos. Implica una transformación cultural, por eso persigue objetivos puntuales, a mediano y largo plazo, respecto al abordaje de un conflicto, propiciando un cambio de conducta en las partes para resolver sus diferencias interpersonales, que impactan o inciden en la comunidad.

El enfoque de los problemas y su posible solución dependerán del contexto cultural, de la manera de expresarse y de los códigos de cada comunidad. También de la capacidad cognitiva de las partes (nivel de comprensión intelectual) y de la no afectación de su voluntad (no es posible ningún acuerdo en situación de violencia, o de incompreensión de sus actos; que comprometa la libre decisión).

La mediación comunitaria está dentro de lo que se clasifica como «mediación en lo social», en la que están incluidas la mediación escolar, la familiar y la vecinal; también concierne al tratamiento de conflictos multipartes que vinculan tanto intereses públicos como de la población. Mediante su práctica, las personas pueden internalizar los principios que propone, enfocándola en dar respuesta a conflictos potencialmente alteradores de una paz social cada vez más frágil.

Como se ha mencionado en la introducción de nuestro trabajo, debido a los altos índices de violencia y agresividad, a partir de 2014 fue necesario pensar en nuevas estrategias de abordaje, algo que hemos calificado como «intervenciones para la paz».

Cuando las personas (vecinos, grupos barriales) recurren a la mediación, es porque no han podido, por una u otra razón, resolver los problemas por sí solos. Así se encuentran con el mediador, a quien no conocen, ni saben muy bien cuál es el procedimiento que llevará a cabo. Todavía en nuestra cultura no está difundido su rol, por lo tanto, es indispensable expresar claramente el mecanismo y el alcance del proceso, y durante su transcurso ayudarles a visualizar las opciones de acuerdo que tienen, o las alternativas que fuera de él pueden buscar.

Las personas en nuestra cultura litigante solo quieren denunciar y suprimir al otro. El paradigma que ofrecemos trastoca esa idea, ofreciéndoles una mesa de diálogo asistido y la idea de que puedan encontrar una solución que los satisfaga a ambos; mostrando como un interés a considerar la calidad de vida que llevan transitando a lo largo de su confrontación.

Puede parecer que un centro que atiende la mediación comunitaria se ocupa de problemas menores, lo que ocurre es que nada es «menor» para quien lo padece, mucho más aún si tenemos en cuenta que además «la violencia es un monumento sobre un conflicto que no se ha sabido resolver» (según palabras del sociólogo Johan Galtung, quien reflexionó en una conferencia en la Universidad de Alicante sobre los conflictos sociales en el año 2000). Es habitual que detrás de la queja que se plantea haya un conflicto no resuelto que motivó la disputa. Evitar que esa situación haga escalada es trabajar en la prevención de un problema que luego tornará muy difícil una solución mediante el diálogo, evitando que se llegue a la violencia, con el valor agregado del efecto educativo con relación al respeto por la opinión, el espacio y la vida del otro.

En este marco es que se pueden tratar casos por el uso del espacio privado cuando trasciende su esfera, el respeto a la propiedad privada, devolución de objetos, ruidos molestos, problemas de convivencia: «que el vecino no deje la basura en mi puerta», o «el agua del baldeo», o «corte los árboles», o «su árbol me moleste», «mascotas molestas», «quema de basura», e innumerables supuestos surgidos de la interacción vecinal.

Podemos comprobar que es posible cuando logramos confianza y credibilidad en nuestro rol, alcanzar acuerdos inimaginables en su lógica habitual –lo informal, lo ilegal, las vías de hecho–.

Debe tenerse presente que en algunos barrios hay un gran nivel de informalidad en cuanto a la propiedad personal, se realizan transacciones sin papeles, casas sin título de propiedad, uso de pasillos comunes, modificaciones edilicias no consensuadas, etc. Por ello, sin descuidar el derecho, pero teniendo en cuenta las limitaciones culturales, económicas, etc., se propenda a facilitar su comprensión y acercamiento al orden legal vigente.

En esta precariedad se prescinde de la noción de qué es bueno, qué es malo, de la existencia misma de la ley, remplazándola por el principio de la ley del más fuerte; cuando se pierde el valor de la palabra y los recursos argumentales, un eficiente equiparador suele ser la victoria del más violento.

De mayor complejidad resultan aquellos conflictos medioambientales multipartes, en los que se plantean intereses encontrados de vecinos, organizaciones sociales, empresas y otros actores sociales, e incluso el municipio o nivel de decisión estatal pertinente. En este caso no solo importa la paz social, sino también lograr un adecuado equilibrio entre las fuerzas que interactúan, atendiendo al derecho, sin descuidar el progreso, el desarrollo local, la salud, el mantenimiento de fuentes de trabajo, o el acceso a la nueva tecnología. Cuestiones donde distintos valores a tutelar parecen colisionar reclamando un pensamiento alternativo más que un criterio meramente sancionador.

Cabe resaltar que el proceso de mediación es voluntario, por lo tanto no es obligatoria la concurrencia del citado, ni mucho menos que, haciéndose presente, esté obligado a suscribir un acuerdo. La voluntariedad es un requisito esencial del procedimiento de mediación, como también la confidencialidad, es decir que, por ello, tampoco el mediador puede ser denunciante, ni testigo en ningún trámite que, ante otro organismo municipal o no, decida iniciar alguna de las partes en cuestión. Sólo frente a la existencia de violencia, abuso o maltrato a menores queda relevado de su rol, dando por cerrada la instancia de mediación.

En suma, la mediación no tiene que ver con la aplicación de correctivos por parte del mediador, ni tiene el efecto de una denuncia para el que recurre al servicio, sino propiciar su voluntad de intentar una solución pacífica y acorde a las normas para preservar la relación de las partes en el futuro. Muchas veces la aplicación de una sanción administrativa o judicial no pone fin a la discordia, conclusión que surge de la mera observación de la realidad.

El mediador no decide por ellos, sino que facilita el diálogo, ayudando a que evalúen la conveniencia de un acuerdo que atienda a sus necesidades, respete el marco normativo y permita mejorar la calidad de su relación y, por ende, la salud social.

Alcances de un Centro de Mediación Comunitaria

Todo centro de estas características realiza con sus requirentes tres acciones básicas:

- Escucha activa y contención; a través de una entrevista de admisión y/u orientación, y, en su caso, articulación con la red institucional.
- Decidir la viabilidad de una mediación y dar lugar al desarrollo de la misma.
- Se procura un trabajo en red serio, no solo con los órganos de la administración municipal, sino también con los organismos oficiales o privados que presten servicios y que puedan resolver problemas que afectan a los consultantes, para orientarlos adecuadamente, evitando el desgaste de las personas y los procesos, tratando muchas veces de superar el «como si» del sistema.

Conclusión: algo sobre los bordes

Situamos nuestro quehacer en un tiempo y en un espacio determinados: hoy, y en el amplio Conurbano Bonaerense. A principios del siglo XXI escuchamos en una conferencia cómo un sociólogo advertía al respecto de un fenómeno singular: los bordes, lo marginal se había emplazado en el centro. Lo céntrico, lo incluido, quedaba apretado en los bordes. La pobreza, la falta de trabajo y la pérdida de la valoración del mismo como algo dignificante, conformándose con acceder a ayudas del Estado o viviendo de tareas eventuales, el incremento numérico de esta población con bajo acceso a la educación o escasa motivación para el aprendizaje, la pérdida de valores y afecto, devenida con la ruptura de los grupos familiares, se multiplicó de manera ascendente y marcó la necesidad de encontrar nuevas estrategias para mejorar las relaciones humanas en este contexto.

En este marco, traemos a colación la conceptualización del maestro Remo Entelman acerca del conflicto como una especie de «re-

lación social», es decir que dentro de la vida en sociedad y de la interacción humana es algo natural.

El problema nodal, entonces, es cómo tramitan las personas, los grupos y las comunidades esos conflictos, cuando parece perdida o desconocida la habilidad de las personas para encaminarlo constructivamente.

William Shakespeare nos dice: «Un pequeño fuego se puede sofocar rápido, pero si es tolerado no alcanzan los ríos para apagarlo». La frase nos circunscribe a la idea de que eludir la realidad y no ofrecer vías facilitadoras de vínculos más positivos, tiene por consecuencia la crispación como modo de reacción y la escalada violenta como fallida solución, con el consiguiente deterioro del tejido social, todo ello con una asiduidad altamente preocupante.

William Ury señala en su libro *Alcanzar la Paz* que hay tres oportunidades para canalizar el impulso vertical del conflicto que lleva a la destrucción: en principio, prevenir el conflicto abordando las tensiones latentes; en segundo término, colaborar en la gestión o resolución del conflicto que se desarrolla; y en tercer lugar, contener las luchas de poder que no pueden resolverse (Ury, 2000, p. 127).

En nuestra experiencia, las intervenciones de contención contribuyen a encontrar una salida, tal como ocurre en numerosos casos donde las limitaciones cognitivas o mentales (patologías neurológicas o psiquiátricas) no atendidas, no reconocidas o sencillamente la falta de un nivel de pensamiento abstracto y alternativo, no permiten una solución sostenible.

La búsqueda de otras alternativas intermedias que coloquen en el centro esos problemas, que son los que generan en verdad muchos de esos conflictos, parece ser la clave.

Prevenir un conflicto implica abordar las causas que lo originan, suprimiendo o aminorando el mismo. Gestionar o solucionar un conflicto implica que las partes focalicen su atención en lo que necesitan, en lo que deben cambiar, cuáles serían sus propuestas para sentirse mutuamente conformes.

La figura del mediador como tal resulta limitada a un proceso flexible pero determinado, por eso la propuesta de nuestras intervenciones contempla la plasticidad de quien, entrenado como mediador, entiende que su primera habilidad es operar en conflictos y que, en tal carácter, en estas comunidades vulnerables resulta indispensable escenificar múltiples roles.

Un operador de conflictos realiza lo que dimos en llamar «Intervenciones de Construcción de Paz». La irrupción de un operador que puede mostrarse como árbitro, como sanador de relaciones dañadas, como maestro que ayuda a reflexionar sobre una mirada diferente sobre el problema, como equilibrador del poder no solo entre ellos sino con las instituciones, como constructor de puentes y vínculos transversales que permitan establecer cómo lo harán en el futuro, quien puede ayudarlos en su entorno, para que sigan las conversaciones o se retomen cuando sea necesario.

Joan Paul Lederach desarrolla maravillosamente el concepto de «imaginación moral», que debe asistirnos en la construcción de paz, para trabajar en los bordes hoy centrales, en tantos lugares de nuestra patria.

La imaginación moral supone no solo contar con destrezas y entrenamientos basados en la teoría y la práctica, sino que además

[...] tenemos que aprender a sentir el paisaje de la violencia prolongada y por qué plantea unos retos tan fuertemente arraigados al cambio constructivo [...] tenemos que explorar el proceso creativo en sí mismo [...] tenemos que aventurarnos en el más inexplorado territorio artístico aplicado al cambio social [...] (Lederach, 2007, p. 34).

Bibliografía

- Baruch Bush, R. A. y Folger, J. P. (1996). *La promesa de la mediación. Cómo afrontar el conflicto a través del fortalecimiento propio y el reconocimiento de los otros*. Barcelona: Granica.

- Entelman, R. (2001). *Teoría de conflictos. Hacia un nuevo paradigma*. Barcelona: Gedisa.
- Kriesberg, L. (1975). *Sociología de los conflictos sociales*. México: Trillas.
- Lederach, J. P. (2007). *La imaginación moral. El arte y el alma de la construcción de la paz*. Bilbao-Gernika: Bakeaz Gernika Gogoratzuz.
- Leritz, L. (1993). *Negociación infalible*. Barcelona: Paidós.
- Mnookin, R., Peppety, S. R. P. y Tulumello, A. S. (2003). *Resolver conflictos y alcanzar acuerdos*. Barcelona: Gedisa.
- Moore, C. (1995). *El proceso de Mediación. Métodos prácticos para la resolución de conflictos*. Barcelona: Granica.
- Nató, A. M., Rodríguez Querejazu, M. G., Carvajal, L. M. (2006), *Mediación Comunitaria. Conflictos en el escenario social urbano*. Buenos Aires: Editorial Universidad.
- Parkinson, L. (2006). *Mediación familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Redorta, J. (2004). *Cómo analizar los conflictos. La tipología de conflictos como herramienta de mediación*. Barcelona: Paidós.
- Suares, M. (1996). *Mediación, conducción de disputas, comunicación y técnicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Ury, W. (2000). *Alcanzar la paz*. Barcelona: Paidós.

Aproximaciones sobre el control de la gestión de calidad en dispositivos de atención de consumo problemático de sustancias desde un modelo basado en la salud mental comunitaria

Florencia Cohen Arazi y José Komaid van Gelderen

El concepto de «calidad» está ligado en sus orígenes al control del producto en los ámbitos industriales. Este concepto ha ido evolucionando en el tiempo, para dejar de ser un parámetro de producción, dando un salto importante hacia el sector público, donde hoy se promueve como una filosofía transformadora para la administración estatal.

Este concepto se podría definir con las siguientes características: a) satisfacer plenamente las necesidades del cliente; b) lograr productos y servicios con cero deficiencia; c) hacer las cosas bien desde la primera vez; d) diseñar, producir y entregar un producto o servicio a satisfacción total de sus destinatarios; e) producir un artículo o un servicio de acuerdo con las normas preestablecidas; y f) dar respuesta inmediata a las solicitudes de los clientes.

En el ámbito de la gestión pública, bajo este concepto de calidad, es importante entender que esa figura de cliente fue evolucionando con los años para convertirse en la de ciudadano como un sujeto de pleno derecho, que no solo puede y debe intervenir para opinar y expresar su nivel de satisfacción con los servicios que recibe del Estado, sino también que puede y debe participar en el diseño y la evaluación de las políticas públicas, en lo cual el Estado tiene un doble rol: planificador y gestor de estas políticas con el fin de garantizar el bienestar general de la población.

Si bien el concepto de «calidad» trae aparejadas definiciones que se alejan un poco de la gestión pública, también existe un deber y

una necesidad en el ámbito público de estar capacitado para satisfacer oportuna y adecuadamente las necesidades y expectativas de los ciudadanos, de acuerdo a metas preestablecidas alineadas con los fines y propósitos superiores de la administración pública y de acuerdo a resultados cuantificables que tengan en cuenta el interés y las necesidades de la sociedad.

Hoy por hoy, se entiende como «calidad» en la gestión pública a la implantación de una cultura transformadora que impulse a la administración pública a su mejora permanente para satisfacer cabalmente las necesidades y expectativas de la ciudadanía con justicia, equidad, objetividad y eficiencia en el uso de los recursos públicos.

Esta cultura va más allá de entender a la calidad como un simple proceso de inspección, también avanza al concepto de gestión de calidad, entendido como el conjunto de herramientas y métodos de aseguramiento de la calidad en toda la organización, con el objeto de satisfacer al ciudadano como sujeto de derecho. Esta gestión de la calidad implica un proceso de mejora continua en todas las áreas organizacionales.

En este sentido, se hace necesario identificar que una parte importante del proceso de gestión de calidad implica medir y evaluar, ya que esto permite realizar el análisis que determinará el curso a seguir. Es importante medir los resultados porque, como primera medida, indican dónde se encuentra uno en relación a lo esperado, permite identificar puntos fuertes y débiles, centrar, dirigir y controlar el progreso y el esfuerzo, posibilita cuantificar los logros y, finalmente, aumentar el conocimiento sobre el servicio que se brinda.

En este orden de ideas, resulta necesario comenzar a construir herramientas que permitan analizar los procesos desde una perspectiva de derecho y que reflejen la dimensión subjetiva, principalmente en el campo de la salud, donde el individuo es, a la vez, parte y usuario del servicio.

La evaluación de la calidad en salud mental

La gestión de la calidad en los servicios de salud tuvo durante mucho tiempo su foco principal en el desarrollo de prácticas clínicas que tuviesen como objetivo la remisión de la enfermedad.

La calidad, por tanto, se relacionaba con la posibilidad de valerse del avance científico y tecnológico que se estuviese desarrollando en el campo de la salud, y demostrar la correlación existente entre la aplicación de dichas tecnologías y los índices de morbilidad y mortalidad.

Junto con este proceso, los sistemas de salud pusieron gran acento en la evaluación de la economía de los procesos, y así surge toda una serie de indicadores que permiten evaluar el uso de los recursos, en cantidad y calidad, y al menor precio posible.

La hegemonía de la perspectiva positivista en el campo de la salud se refleja en los indicadores de gestión hospitalaria de mayor uso y difusión, los cuales, si bien son de utilidad para realizar análisis cuantitativos sobre la productividad de los servicios, se limitan sólo al aspecto orgánico del sujeto y poco reflejan sobre la calidad basada en la satisfacción y expectativas de los destinatarios directos de dichos servicios.

Estos mismos se han aplicado en el campo de la salud mental, viéndose acrecentadas sus limitaciones: indicadores tales como cantidad de consultas, índice de rotación y ocupación de camas, número de reingresos, altas, abandonos, principales diagnósticos, remisión del cuadro clínico, etc. no son suficientes para demostrar los resultados de la gestión basada en la calidad en este campo y se vuelven obsoletos frente al marco epistémico en el que se fundamentan las políticas públicas para el campo en la región.

Podría resumirse que la eficiencia de los tratamientos de salud se evalúa según la capacidad que tienen para alcanzar los resultados buscados.

Específicamente en el área de consumo problemático, desde las últimas décadas del siglo XX han preponderado a nivel mundial los tratamientos cognitivo-conductuales, los cuales tienen como obje-

tivo lograr la abstinencia y reinserción social de los sujetos bajo tratamiento. Esto hizo que se evaluara la eficacia de los mismos según la proporción de pacientes que alcanzaran estos objetivos.

Al ofrecer un tratamiento idéntico para todos los sujetos (basado en el cumplimiento de etapas rígidas que orienten su reeducación), no toma en cuenta la singularidad en la medida que homogeniza a los destinatarios, y limita sus posibilidades de decisión, circunscribiendo la participación al binomio «aceptación o rechazo» del plan de tratamiento.

Este modelo de atención se basa en el paradigma biologicista de la salud: homologa el tóxico a enfermedad teniendo, por tanto, que ser eliminado del organismo.

Es así que, bajo este modelo de atención, los estudios sobre gestión de calidad basada en resultados se centran en analizar el tiempo de permanencia de los pacientes en el tratamiento, la cantidad de «recaídas» que tuvo durante el mismo, y el sostenimiento de la abstinencia de los que cumplieron el tratamiento completo.

Ahora bien, el cambio paradigmático que aconteció en el campo de la salud mental a partir del reconocimiento de la misma como parte integrante de la salud y como un derecho fundamental enunciado en numerosos tratados internacionales, promovió la formulación de políticas públicas que restituyan, garanticen y aseguren el efectivo cumplimiento del derecho en términos generales, y la reformulación de la estructura de los servicios de salud mental en particular.

El modelo de salud mental comunitaria se corresponde con este cambio, ya que promulga el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud mental desde acciones de salud general, reincorporando la dimensión subjetiva habitualmente eludida en los modelos de atención, humanizándola (Stolkiner, 2013).

Este modelo define la problemática desde un enfoque complejo, lo que implica el reconocimiento de su constitución sociohistórica y la convergencia de distintos actores, capitales, intereses y representaciones en su constitución. Entender la salud mental desde esta

complejidad sólo admite estrategias de abordaje integrales y basadas en la protección de derechos.

Dentro de estas estrategias, particularmente para el consumo de sustancias psicoactivas aparecen modelos de atención que se alejan de las perspectivas prohibicionistas y uniformizantes. Surge así el paradigma de reducción de riesgo y daño como una forma de intervención que asume la complejidad de la problemática y la manera singular que adopta en cada sujeto, respetando la decisión individual respecto a la modalidad de tratamiento más acorde a sus posibilidades.

Este modelo no busca exclusivamente como resultado la abstinencia, sino que se establece objetivos alternativos que contemplan la adopción de prácticas menos dañinas y de autocuidado, la accesibilidad a la información y a la equidad en la atención, la valoración de los vínculos solidarios y de la participación en los procesos de toma de decisiones.

A partir de estos objetivos es que resulta necesario el diseño de nuevas metodologías para la evaluación de calidad que, lejos de buscar el mismo resultado para todos, permiten analizar los procesos desde la singularidad.

La gestión de la calidad y el modelo de salud mental comunitaria

El modelo de gestión de calidad y el de salud comunitaria surgen como modelos transformadores en sus campos específicos. El primero emerge en el campo de la administración pública desde una lógica alternativa al paradigma de administración tradicional, marcado por la estricta aplicación de la norma. El segundo se instituye como un modelo que permite resolver la paradoja que surge en el campo de la salud a partir del dominio del paradigma médico hegemónico.¹

1. «La paradoja de la salud» (Barsky, 1988) es el término con el que se denomina la situación de muchos países, en especial países desarrollados, donde se tienen múltiples logros en macroindicadores de salud poblacional, se utilizan cada vez

Podría decirse que son modelos solidarios: partiendo desde la idea fuerza de derecho, ambos modelos definen a los sujetos implicados en los procesos como actores sociales, es decir, reconocen el capital que tienen para la definición, planificación, implementación y evaluación de las políticas y programas. Este reconocimiento permite hacer visible la heterogeneidad de intereses y representaciones que tienen los diferentes actores, haciendo que la planificación de estrategias haga converger dicha particularidad en pos de lograr que su implementación satisfaga las necesidades de la comunidad general.

La participación activa de los sujetos permite que las políticas y programas basados en la restitución y protección de derechos se enrolen en un espiral ascendente de mejora que concrete el ejercicio pleno de ciudadanía.

Así planteados, estos modelos de gestión son solidarios el uno con el otro: mientras que la planificación en salud comunitaria toma herramientas de la gestión en calidad para trabajar «las representaciones en salud de los pacientes, los universos que se abren en la construcción intersubjetiva de la calidad, el análisis de los contratos implícitos en cada prestación bajo la perspectiva de la capacidad autonomizante que produce» (Rovere, 1997, p. 59) el modelo de salud comunitaria promueve el involucramiento del ciudadano, haciéndolo conciente de su pertenencia a la comunidad y del capital central que posee para impulsar la mejora continua de la administración pública.

Para que la gestión de la calidad pueda constituirse como una herramienta útil para los programas y servicios de salud mental que se desarrollan desde el modelo comunitario, es necesario implementar instrumentos de evaluación y control que, así como la propia

más los servicios de salud y se aplican la ciencia y la técnica pero, simultáneamente, se presenta gran insatisfacción en lo referido a la salud percibida y el bienestar de los pacientes debido a la creciente medicalización, el deterioro de la relación médico-paciente y el aumento de las dificultades con la práctica clínica y la salud pública.

modalidad de atención, sean integrales y permitan analizar los programas y servicios desde el nivel de calidad estructural, de proceso y de resultados.

El nivel de estructura refiere a la disponibilidad de recursos, a los mecanismos de acceso y distribución de los mismos; teniendo como meta la equidad en la atención. El segundo nivel, al trato en la atención, la trasmisión de información y consentimiento informado para las prácticas y demás indicadores que permitan mensurar la equidad en la distribución del saber/poder.

El nivel de resultados en el campo de la salud mental no cuenta con indicadores generalizables, ya que los resultados difieren según los modelos de intervención que se apliquen.

Específicamente en el modelo de reducción de riesgo y daño, se hace necesario contar con indicadores que permitan mensurar el nivel de calidad de los procesos ratificando su aplicabilidad y extensión.

Dichos indicadores, lejos de mostrar la búsqueda del mismo resultado en todos los casos, deben manifestar que el abordaje integral es lo que hace a la eficacia en la intervención.

En este punto se hace necesario diseñar instrumentos metodológicos que cuenten con indicadores que contemplen las siguientes dimensiones:

- La situación clínica desde una perspectiva abarcativa que supere la clasificación diagnóstica y los cambios sintomatológicos, y que incluya la adopción de conductas menos dañinas, como pueden ser: el pasaje a sustancias menos tóxicas, cambios en las vías de administración, reducción del policonsumo, y regulación de dosis y frecuencia.
- La calidad de vida, midiendo las variaciones que se producen en las condiciones materiales de existencia de los sujetos.
- La percepción de bienestar que tenga el sujeto sobre sí, realizando la dimensión subjetiva.
- La red vincular, en tanto la unidad del vínculo denota la relación entre sujetos en términos de inclusión social.

A modo de cierre

La salud mental exige procesos de planificación, ejecución, verificación y acción flexibles, dinámicos y creativos. La evaluación de la calidad se constituye en este punto como una herramienta útil que, aplicada en forma sostenida, permite evaluar si los procesos se corresponden con los objetivos para los que fueron creados y si han producido la mejora esperada, a fin de modificarlos o profundizarlos.

La diversidad de resultados esperados que contempla el paradigma de reducción de riesgo y daño hace necesario contar con una herramienta metodológica con indicadores mensurables que reflejen la integridad del tratamiento.

En el nivel de resultados, las herramientas de evaluación de calidad de los tratamientos cognitivo-conductuales no son de utilidad para este paradigma, porque se centran en el análisis de una sola variable respuesta: la abstinencia.

El desafío ahora es implementar un instrumento de evaluación de la calidad que establezca variables de resultado heterogéneas con indicadores que respeten la individualidad de cada sujeto en cada coyuntura específica, recuperando la dimensión subjetiva y las condiciones que hacen a la salud de los sujetos, es decir, a su buen vivir.

Bibliografía

- Bang, C. y Stolkiner, A. (2013). «Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes». En *Revista Ciencia, Docencia y Tecnología*, n.º 46, pp. 123-143.
- Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (2008). «Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública». San Salvador: CLAD.
- OAD-SEDRONAR (2009). «Evaluación de tratamientos en pacientes por abuso de sustancias». AMBA 2009» (en línea). Recuperado el 11/07/2015, de <http://goo.gl/FmhqZh>.

- Organización Mundial de la Salud (2003). *Mejora en la calidad en salud mental* (en línea). Recuperado el 13/07/2015, de http://www.who.int/mental_health/policy/quality_module_spanish.pdf.
- Quevedo, S. (2007). «Sobre simplificaciones y banalidades: la toxicomanía, un caso ejemplar» (en línea). Recuperado el 14/09/2015, de <http://www.descartes.org.ar/modulo-trauma-sobre.htm>.
- Rovere, M. R. (1997). «Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector en crisis». En *Cuadernos Médico Sociales*, mayo.

Residência Multiprofissional em Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica brasileira: reflexões sobre a formação

Isabella C. Barral Faria Lima e Izabel Ch. Friche Passos

Introdução

A partir de uma revisão exploratória da literatura, propomos neste trabalho uma reflexão sobre as Residências Multiprofissionais em Saúde Mental em curso no Brasil, apresentando um breve histórico e um panorama da situação.¹

Breve histórico sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira

Em 1988, em decorrência do movimento da Reforma Sanitária, foi instituído no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado como um modelo de cuidado baseado em três princípios: equidade, universalidade e integralidade. Sabemos que o SUS, ainda que não tenha atingido seus ideais de funcionamento e de acesso, representa grande avanço no âmbito da saúde pública brasileira constituindo-se hoje com um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo.

-
1. Sob orientação da segunda autora deste trabalho, estamos desenvolvendo, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais e com auxílio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), uma pesquisa de mestrado que pretende analisar uma experiência de Residência Multiprofissional em Saúde Mental em curso no estado de Minas Gerais, buscando compreender de que maneira esse processo de formação articula-se com a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Desde o final da década de 1970, um movimento inserido no contexto da Reforma Sanitária, mas autônomo e estratégico, vem se desenvolvendo no Brasil. Trata-se da Reforma Psiquiátrica, um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. Um processo, segundo Amarante, «fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização» (Amarante, 2001, p. 87).

Sem deixar de reconhecer o caráter provisório de qualquer movimento nesse sentido, Passos e Barboza (2012) realizaram, com base em publicações relevantes, uma proposta de periodização do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Amparando-nos na organização feita pelas autoras, identificamos que o primeiro momento, denominado de Período Sanitarista,² vai de 1978 a 1987 e é marcado pelo «contexto de redemocratização do país, de fim da ditadura, de recuperação da cidadania, de reconquista da liberdade de expressão e de retomada das críticas às profundas desigualdades sociais do país» (Barboza e Passos, 2012, p. 93). Disparadas por graves denúncias de maus-tratos e torturas, algumas mudanças começam a acontecer dentro do próprio hospital psiquiátrico, destacadamente os públicos. Em relação à formação, as autoras avaliam que nesse primeiro período, «os atores ligados à formação universitária [...] vinculados a um pensamento político de esquerda, constituíam um parceiro fundamental da incipiente Reforma Psiquiátrica» (Barboza e Passos, 2012, p. 95). Destacam ainda a importância da presença dos argentinos que, evadindo-se de seu país em um momento de ditadura, auxiliaram-nos a questionar o conservadorismo das práticas «psi» no Brasil.

2. «Adotando a nomeação de Amarante» (Barboza e Passos, 2012, p. 91).

O Período Antimanicomial, como foi intitulado o segundo momento, caracteriza-se pela radicalização do processo, com a criação de experiências pioneiras de substituição do modelo hospitalocêntrico e a organização dos usuários em associações. Passos e Barboza identificam nesse período, entre 1987 e 2000, um «intrigante paradoxo»: as autoras apontam que «a formação adquire cada vez mais um caráter privado, voltado para a clínica individual e particular, ou fica circunscrita ao meio acadêmico» (Barboza e Passos, 2012, p. 107).

Por fim, o Período Institucionalista, caracterizado pela consolidação da Reforma Psiquiátrica como política pública nacional, através da reconfiguração do modelo de assistência e tendo como marco a aprovação da Lei Federal 10.216.³ Passos e Barboza ponderam que em relação à formação, «recentes iniciativas têm apontado uma tendência de reaproximação e construção de parcerias» (Barboza e Passos, 2012, p. 111), e indicam a importância das ofertas de ações formadoras estimuladas pelo Ministério da Saúde.

São evidentes os avanços que a Reforma Psiquiátrica trouxe para o campo de assistência à saúde mental no Brasil (Amarante, 2001; Brasil, 2002; Passos, 2009a), deixando «definitivamente a posição de “proposta alternativa” e se [consolidando] como o marco fundamental da política de assistência à saúde mental oficial» (Bezerra Jr., 2007, p. 243). Através da regulamentação e do financiamento advindos do Ministério da Saúde, inúmeros municípios vêm implantando serviços substitutivos aos hospitais e outros dispositivos necessários na rede de cuidados, e os usuários desses serviços têm se organizado e participado de diferentes espaços.⁴

3. «Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de sofrimento mental grave e redimensiona o modelo de assistência no campo da saúde mental no Brasil» (Brasil, 2002).

4. Como exemplos, podemos citar o Fórum Mineiro de Saúde Mental, as associações de usuários e familiares e o Desfile do 18 de Maio, que acontece há mais de uma década em Belo Horizonte (Moura e Passos, 2012).

Por outro lado, teóricos e profissionais da saúde mental apontam que são grandes os desafios encontrados, especialmente pela existência de um descompasso entre os significativos avanços no campo, ocorridos nas últimas décadas, e o processo de formação dos trabalhadores da saúde nos âmbitos da graduação e da pós-graduação (Amarante, 2010; Dias e Passos, 2013; Lancetti, 2010).

O que hoje temos como desafio é a produção de novos processos de formação, de trabalho, de novas maneiras de nos relacionarmos com a loucura. Como afirma Pereira, psicóloga, militante da Luta Antimanicomial e usuária da rede de serviços de Saúde Mental, o que está se fazendo é uma «política no presente, para o presente e em função do presente vivenciar esse movimento, que faz o que ainda não existe, como desejo de vida» (Pereira, 2009, p. 73).

De acordo com Merhy, existe hoje uma tendência a uma fragmentação intensa nos núcleos de saber e nas construções das práticas nas redes de cuidados, aliadas a um centramento nas lógicas de saberes e na relação objetificada entre trabalhadores e sujeitos alvos de cuidados. Tal tendência, segundo o autor, tem sido uma aposta na formação acadêmica no Brasil e tem colaborado para a constituição de trabalhadores, «que se julgam verdadeiros cientistas a manipular seus objetos, além de portadores de discursos cientificistas do saber no campo da Saúde e de proprietários exclusivos sobre esse saber de alguns em relação aos outros» (Merhy, 2010, p. 25). Nesse sentido, Merhy propõe a produção de anômalos, trabalhadores «que fugiram às regras oficiais, instituídas, de modos hegemônicos, da formação» (Merhy, 2010, p. 25). Questionamos se as experiências de Residência, ainda que preenchendo uma lacuna, podem engendrar esse processo de formação contra-hegemônico no campo da saúde mental, se estiverem afinadas com os objetivos e estratégias da Reforma Psiquiátrica.

Por outro lado, após realizarem um resgate histórico dos marcos legais acerca da temática da integração entre ensino e serviço de saúde, Batista e Gonçalves indicam a importância de realizarmos esforços no sentido de «desconstruir a lógica naturalizada de que o

impedimento para o desenvolvimento do SUS, no que diz respeito aos recursos humanos, tem como seu principal fator a formação» (Batista e Gonçalves, 2011, p. 43). Em consequência da análise que realizaram, a partir de documentos oficiais, as autoras afirmam que a complexidade da relação entre ensino e serviço, aponta, para além da formação, aspectos como a gestão do trabalho e a própria participação social na disposição do SUS.

Nos últimos anos, como uma das estratégias para lidar com questões relacionadas à complexidade do trabalho no campo da saúde, o governo federal, através dos Ministérios da Saúde e da Educação, vem financiando e apoiando a realização de especializações *lato sensu*, no formato de Residências Multiprofissionais de Saúde. Tal modalidade de formação é considerada eficiente estratégia de formação em serviço (Gomes *et al.*, 2013), e espaço privilegiado de formação para o Sistema Único de Saúde (SUS).

As Residências em Saúde Mental no Brasil

A primeira experiência de uma Residência Multiprofissional ganhou lugar no Brasil em 1978, em decorrência da iniciativa da Secretaria do Estado de Saúde do Rio Grande do Sul de criar a primeira Residência em Medicina Comunitária do país; a partir de então, outros estados incorporaram a experiência e, no início da década de 1980, várias Residências Multiprofissionais estavam em curso (Brasil, 2006; Lopes e Rosa, 2009).

Naquele mesmo período, como informado anteriormente, teve lugar no Brasil o movimento da Reforma Sanitária que, além de surgir com ideais de «acesso universal gratuito, equânime, voltado para a atenção integral, com responsabilidades compartilhadas entre os diferentes níveis do governo e com participação social» (Pasini, 2010, p. 48), despontou também como «resistência ao modelo de formação baseado na especialização e fragmentação do conhecimento, e na visão da doença como fenômeno estritamente biológico»

(Brasil, 2006, p. 5). Segundo Ceccim, «a Constituição Federal e a Legislação em Saúde atribuíram ao SUS o papel de ordenador da formação do seu pessoal» (Ceccim, 2009, p. 233), colocando os interesses da sociedade e os privados/corporativos em tensão.

Entretanto, a regulação da Residência enquanto uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* existia apenas para a Residência Médica (Brasil, 2006). E, em um período marcado pela «diretriz política de desobrigação do Estado pela gestão dos setores sociais, inclusive o da saúde» (Lopes e Rosa, 2009, p. 490), no início da década de 1990 muitos programas de Residência foram descontinuados.

Ao final de década 1990, o Ministério da Saúde, em parceria com atores do Movimento Sanitário, reativou os projetos para as Residências Multiprofissionais que, a partir de 2001, passaram a contar com financiamento (Lopes e Rosa, 2009). Mas, somente em 2005, com a promulgação da Lei Federal 11.129, deu-se início ao processo de regulamentação das Residências Multiprofissionais em Saúde e das Residências em Área Profissional da Saúde.

É preciso ressaltar que essa regulamentação ainda está em curso, sendo que quase todos os programas ainda estão em avaliação pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRM). Tal regulamentação, segundo Dallegrave e Kruse, não está acontecendo sem conflitos, incluindo o fato de que historicamente «a modalidade de ensino denominada Residência consolidou-se como especialização para médicos, veiculando o modo hegemônico de atuação por especialidade» (Dallegrave e Kruse, 2009, p. 213).

De acordo com a Lei Federal 11.129, a Residência em Saúde é definida como uma «modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica», constituindo-se em um «programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde». A Lei dispõe ainda que os programas sejam desenvolvidos «em regime de dedicação exclusiva e realizados

sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde». A Portaria Interministerial MEC/MS n.º 1.077, de 2009, indica que os programas devem ter duração mínima de dois anos e carga horária de sessenta horas semanais. Ademais, indica as profissões contempladas: biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

A CNRM⁵ informa que existem hoje cerca de mil programas de Residências multiprofissionais ou de áreas profissionais da saúde aguardando a homologação pelo Ministério da Educação. De acordo com nosso levantamento, aproximadamente trinta programas multiprofissionais indicam em seus nomes a vinculação com o campo da saúde mental.⁶

Rosa e Lopes (2009) afirmam que a Residência Multiprofissional em Saúde é apresentada pelo Estado como uma estratégia para formação de recursos humanos, especialmente para o SUS, através da formação em serviço. Entretanto, é preciso questionar se essa interferência no modelo educacional contribuirá para o aprimoramento da formação ou se está apenas estruturando a rede de saúde através da oferta de um campo de trabalho precarizado. E, embora haja grande investimento dos Ministérios da Educação e da Saúde no sentido de apoiar e financiar os Programas de Residência (Brasil, 2006), ainda são poucas as pesquisas que buscam compreender e avaliar como esse recente processo de formação ocorre no país (Brasil, 2006; Ceccim, 2009; Dallegrave e Kruse, 2009; Gomes *et al.*, 2013; Pasini, 2010).

-
5. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12501&Itemid=81
 6. Os Projetos Políticos-Pedagógicos dos programas, embora sejam uma exigência para o cadastramento no Ministério da Educação, infelizmente não ficam disponíveis e nem sempre são de fácil acesso. Alguns projetos tem tornado-se objetos de pesquisa (Santos, 2010).

Em recente análise, Dallegrave e Ceccim (2013) identificaram 94 teses e dissertações produzidas no Brasil, entre 1987 e 2011, sobre Residências em Saúde, incluindo pesquisas sobre Residência Médica. Do total de produção encontrado, foram identificadas cinco teses ou dissertações voltadas para a área/especialidade da Saúde Mental/Psiquiatria, de acordo com categorização proposta pelos autores. Embora a pesquisa de Dallegrave e Ceccim (2013) seja limitada a um banco de dados, o Banco de Teses e Dissertações da Capes,⁷ conclui-se que um baixo número de trabalhos produzidos sobre Residências em Saúde em programas de pós-graduação *lato sensu* tem focalizado o tema da saúde mental.

Lima e Santos indicam que a formação em serviço, nos moldes da Residência em Saúde «pode ser rica e desafiadora para o cuidado em saúde mental» (Lima e Santos, 2012, p. 139). A partir da análise de um Programa de Residência Multiprofissional situado no estado da Bahia, as autoras indicam que o espaço da residência pode ser destinado à reflexão e problematização de práticas, e que a interação entre os atores envolvidos (preceptores, tutores e residentes) propicia um refinamento das habilidades necessárias para o trabalho no campo da saúde mental.

Considerações finais

Embora saibamos dos avanços produzidos pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, é certo que os processos de formação e trabalho no campo da saúde coletiva e saúde mental ainda estão sendo experimentados e construídos. São muitos os desafios encontrados em decorrência da existência de um significativo desacerto entre as transformações no campo nas políticas públicas ocorridos nas últimas décadas e o processo de formação dos trabalhadores.

7. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

A instituição dos Programas de Residência em Saúde, por se configurarem como formação em serviço, servindo a lógica do cuidado na rede, aparece como uma possível estratégia para capacitar tanto os profissionais recém formados quanto os profissionais que há anos estão desenvolvendo suas práticas na rede. Entretanto, apenas o incentivo financeiro do governo para a criação de novos programas não é suficiente para o fortalecimento e qualificação desse processo.

Como vimos, é importante que se constituam análises sobre os processos que vem sendo desenvolvidos, pois esse tipo de formação pode transformar-se em trabalho precarizado e não cumprir seus objetivos de capacitação para o trabalho no sistema público.

Ademais, as dificuldades para o desenvolvimento de processos eficientes de trabalho e formação no SUS não se apresentam unicamente atreladas à relação entre ensino e serviço, sendo que a gestão do trabalho e a participação social influenciam os processos de ensino e trabalho na saúde pública.

Bibliografia

- Amarante, P. (2001). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Amarante, P. (2010). «Algumas observações críticas sobre a formação em saúde mental». In Lobosque, A. M. *Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte, MG: ESP-MG, pp. 95-105.
- Barboza, M. A. G. e Passos I. C. F. (2012). «Três momentos da Reforma Psiquiátrica brasileira, três modos de inserção da formação Psimineira. O que esperar como cenário futuro?». Em W. Melo Jr. (org.) *Que país é este?* Rio de Janeiro: Espaço Artaud, pp. 56-62.
- Batista, C. B. e Gonçalves, L. (2011). «Marcos sobre a integração ensino-serviço na formação de profissionais para a saúde». In Kind, L.; Batista, C. B. e Gonçalves, L. (org.). *Universidade e serviços de saúde: interfaces, desafios e possibilidades na formação profissional em saúde*. Belo Horizonte: PUC Minas, pp. 25-48.

- Bezerra Jr., B. (2007). «Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil». Em *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (2), pp. 243-250.
- Brasil (2002). *Legislação em Saúde Mental 1990-2002*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil (2006). *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil (2011). *Saúde Mental em Dados – 8*. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (online). Recuperado em 11/07/2015, de www.saude.gov.br/bvs/saudemental.
- Ceccim, R. B. (2009). «Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra» - a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13 (28), pp. 213-237.
- Ceccim, R. B. e Dallegrave, D. (2013). Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17 (47), pp. 759-776.
- Dallegrave, D. e Kruse, M. H. L. (2009). «No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde». *Interface (Botucatu)* [online], 13 (28), pp. 213-226.
- Dias, F. W. e Passos, I. C. F. (2013). «A importância da pesquisa e da extensão acadêmicas junto aos serviços de saúde mental para a formação continuada». Em Lobosque, A. M. e Silva, C. R. (Orgs). *Saúde mental: marcos conceituais e campos de práticas*. Belo Horizonte, MG: CRP, pp. 129-137.
- Gomes, M. P. C. et al. (2013). «Formação e qualificação: um estudo sobre a dinâmica educativa nas equipes de saúde mental do Rio de Janeiro, Brasil». *Interface (Botucatu)* [online], 17 (47), pp. 835-845.
- Lancetti, A. (2010). Formação em saúde mental: ousemos avançar. Em Lobosque, A. M. *Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte, MG: Caderno Saúde Mental, ESP-MG, pp. 115-122.

- Lima, M. e Santos, L. (2012). «Formação de psicólogos em residência multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental». *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32 (1), pp. 126-141.
- Lopes, R. E. e Rosa, S. D. (2009). Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, 7 (3), pp. 479-498.
- Merhy, E. (2010). «Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos». Em Lobosque, A. M. *Saúde Mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte, MG: Caderno Saúde Mental, ESP-MG, pp. 23-36.
- Moura, R. M. B. e Passos, I. C. F. (2012). «O desfile do 18 de maio em Belo Horizonte». *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4, pp. 133-144.
- Pasini, V. L. (2010). *Residência multiprofissional em saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS*. Tese (Doutorado) Psicologia. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Passos, I. C. F. (2009a). *Loucura e sociedade. Discursos, práticas e significações sociais*. Belo Horizonte, MG: Argvmentvm.
- Passos, I. C. F. (2009b). *Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Pereira, S. M. (2009). «Luta Antimanicomial: um movimento que faz o que não existe». Em Lobosque, A. M. (org.). *Universidade e Reforma Psiquiátrica: interrogando a distância*. Belo Horizonte: Caderno de Saúde Mental, ESP-MG, pp. 69-73.
- Santos, F. A. (2010). *Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família*. Dissertação (Mestrado) Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.

Formación terminable e interminable. Notas sobre la mirada político-institucional de los equipos interdisciplinarios de salud mental¹

Mariana Camilo de Oliveira y Mariana Cantarelli

«Nuestra práctica es demasiado seria para ser definida por un mueble».²

LÚCIO ROBERTO MARZAGÃO

I

En un extraordinario y ultracitado ensayo de su obra tardía, Freud postula que existen tres tareas interminables: analizar, gobernar, educar. Allí, el maestro austríaco está particularmente interesado en subrayar lo interminable de la práctica analítica. Sin embargo, no se priva de ponerla en serie con esas otras dos operaciones. Sobre la condición interminable del gobernar, resulta particularmente interesante su inclusión en este triunvirato, más aún tratándose del *padre* del psicoanálisis y no de un pensador específicamente político.³

1. El fondo de ideas sobre el Estado y las instituciones de estas notas retoma integralmente los planteos de Sebastián Abad y Mariana Cantarelli (2010) en *Habitar el Estado. Pensamiento estatal en tiempos a-estatales*. Ahora bien, ese fondo de ideas se puso en diálogo con el proceso institucional que se lleva adelante en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) a partir de su intervención en noviembre de 2012 a cargo de la Lic. Edith Benedetti.
2. «Nossa prática é séria demais para ser definida por um móvel». Lúcio Roberto Marzagão es psicoanalista brasileño y ex profesor de la Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil. A menudo, en sus clases, enunciaba esta máxima en respuesta al sentido común del *setting* analítico con diván.
3. No perdemos de vista el enorme legado freudiano dedicado al pensamiento acerca

En cualquier caso, no es ése el asunto que nos convoca en estas breves notas. Más bien, nos interesa detenernos en el educar.

Sin perder de vista la definición de Freud sobre lo interminable del educar, estamos ante una representación socialmente extendida. Tal vez por eso podemos imaginar sin mayor esfuerzo que el educar es una empresa que nunca concluye, más aún a partir del surgimiento de las sociedades modernas y la instalación del cambio (por no decir de la *crisis* en términos sociológicos) como dimensión constitutiva de la existencia colectiva e individual. Sin embargo, hay coyunturas y coyunturas. A veces, aunque cada vez con menos frecuencia, nuestra caja de herramientas parece contener lo necesario para las tareas que realizamos. Otras, por el contrario, deviene insuficiente y hasta deficitaria en diversos aspectos. Nuestra situación, claro está, se parece más a la segunda que a la primera descripción. Por eso, el educar se revela hoy más interminable e inconcluyente que nunca.

Aunque esta caracterización podría describir superficialmente el clima de nuestra época, no nos interesa ensayar una reflexión general sobre el educar, que, por otra parte, no es el objetivo de las 3.⁴⁵ *Jornadas de salud mental y adicciones*, sino detenernos en una serie de preguntas más específicas y asociadas con nuestra tarea cotidiana en tanto que integrantes del Área de Formación de un hospital na-

de la cultura y la sociedad. En efecto, sus textos sociológicos suman un número superior de páginas en sus *Gesammelte Werke* en comparación a los trabajos dedicados a pensar el tratamiento individual, algo tal vez consabido, pero muchas veces olvidado. Ensayos como «El malestar en la cultura», «Tótem y tabú», «Psicología de masas y análisis del yo», para nombrar tan sólo los más conocidos, se encuentran entre obras que han impactado profundamente en la teoría social en el siglo XX. La empresa freudiana, no obstante, está dirigida a pensar sobre todo (como reitera en «Dos artículos de enciclopedia» [p. 231]) un método de investigación de procesos anímicos, un método de tratamiento (en aquel entonces, de las neurosis), y un modelo teórico o intelecciones psicológicas (dicho de otro modo, su metapsicología). Esto indica que, para Freud, no son antagónicos el objetivo de forjar el psicoanálisis (en tanto teoría y tratamiento de sujetos que padecen) por un lado y, por otro, su interés por la dimensión social. Evidencian, una y otra vez, que una apreciación más sofisticada sobre la subjetividad se distancia mucho de una idea de individuo cerrado en su interior y constituido endógenamente.

cional de gestión estatal especializado en salud mental y adicciones que, además, es centro de referencia nacional en la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental. A saber: ¿en qué consiste la formación político-institucional promedio de los integrantes del equipo interdisciplinario en salud mental (licenciados en Enfermería, Psicología, Terapia Ocupacional y Trabajo Social, Psiquiatría, etc.)?⁴ En las carreras de grado de las universidades nacionales de gestión estatal de la República Argentina vinculadas con el sistema sanitario, ¿qué tipo de formación político-institucional predomina hoy? ¿Con qué recursos estéticos, conceptuales y organizacionales contamos, en función de esa formación originaria, para dar cuenta del estatuto político-institucional de las acciones que llevamos adelante en las instituciones públicas de gestión estatal (ministerios, hospitales, centros de salud, etc.)? Más aún, en el marco del proceso de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657, ¿de qué herramientas nos valemos para pensar en clave político-institucional?⁵

Antes de avanzar y ensayar una respuesta provisoria a estas preguntas, es pertinente introducir algunas precisiones. En primer lugar, cuando hablamos de formación político-institucional de los agentes sanitarios (en este caso, del equipo interdisciplinario en salud mental), no nos referimos a la formación doctrinaria producida en y por

-
4. Si bien la Ley Nacional de Salud Mental no restringe a licenciados en Psicología y Trabajo Social y psiquiatras la integración del equipo interdisciplinario en salud mental, en estas notas nos concentraremos en estos perfiles, aunque las conclusiones que exponemos podrían aplicarse a otras carreras de grado vinculadas con el sistema sanitario.
 5. Estas preguntas se vuelven especialmente importantes (no sólo en términos de diagnóstico sino en términos de proyección) si consideramos que el espacio universitario es un lugar destacado en las políticas públicas de formación. Como indicador de esto último puede señalarse que desde el retorno a la democracia en la República Argentina –y muy especialmente a partir de 2003–, se ha creado un número importante de universidades nacionales en la provincia de Buenos Aires y también en otras provincias. Sin ir muy lejos, desde 2003 se fundaron nueve universidades nacionales. Esta enorme movilización de recursos estatales hacia la educación pone en el centro de la agenda la formación y amerita una mirada más detenida respecto del pensamiento político-institucional en este ámbito.

los partidos políticos y/o a la construcción de una subjetividad militante. Formación legítima y fundamental, por cierto. Más bien, estamos pensando en un tipo de formación centrada en la construcción de herramientas compatibles con el pensamiento estatal en general y, en este caso, además sobre el sistema sanitario.⁶

En segundo lugar, para reflexionar sobre la formación político-institucional de los equipos interdisciplinarios hoy, nos detendremos en las definiciones que introduce la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 y más precisamente el artículo 33 y sus insumos reglamentarios derivados. Estas definiciones, para aquellos que conocen la ley en general y recuerdan este apartado en particular, supone una lectura y un diagnóstico sobre el estado actual de la formación de grado de las diversas carreras que integran el equipo interdisciplinario en salud mental.

Finalmente, no perdamos de vista que nos preguntamos por la formación político-institucional de los agentes sanitarios en salud mental en una coyuntura determinada. Es decir, esta interrogación es formulada en ciertas condiciones, y no es lo mismo preguntarnos tal cosa en una situación político-institucional que en otra. En este sentido, tanto la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 en 2010 y su reglamentación en 2013 como el proceso político-institucional que se abre con su implementación imponen nuevas condiciones para pensar la formación. Bajo los efectos de este proceso, buscamos ensayar una modesta reflexión sobre esta cuestión.

6. ¿De qué hablamos cuando hablamos de pensamiento estatal? Si seguimos al pie de la letra el planteo de *Habitar el Estado. Pensamiento estatal en tiempos a-estatales*, será necesario decir lo siguiente: el pensamiento estatal, en términos políticos, es un pensamiento de la articulación que produce lo común. Pero el pensamiento estatal no se agota en esta dimensión que, por otra parte, describe una tarea compleja y enorme (más aún en una sociedad como la contemporánea) sino que incluye una dimensión ética que definimos como la construcción de la subjetividad capaz de habitar las instituciones del Estado. Es decir, la construcción del agente del Estado. Si es posible que exista algún lector interesado en profundizar estas definiciones, véase Abad y Cantarelli (2010).

II

Como señalamos antes, nos interesa pensar la formación de grado de los egresados de las universidades nacionales de gestión estatal vinculadas con el sistema sanitario en el marco de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. Justamente por eso, nos detendremos en la lectura expuesta en la ley sobre el particular. Vale considerar que leer este asunto a partir de este recorte tiene sus límites metodológicos. Sin embargo, para estas notas, nos concentraremos especialmente en esta visión normativa.

Para comenzar, vale detenerse en el artículo 33 de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657, que introduce algunas definiciones destinadas a las universidades:

La autoridad de aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país (Ley n.º 26.657, cap. IX, art. 33).

Tratándose del artículo de una ley nacional, como no podría ser de otro modo, nos topamos con definiciones abarcativas sobre la formación de grado y la actualización profesional que, asimismo, se complementan y profundizan con el Decreto Reglamentario n.º 603/13, que incrementa en descripción y precisión estas definiciones. Por ejemplo y muy especialmente: (1) que la autoridad de aplicación, con la colaboración del Ministerio de Educación, debe efectuar las *recomendaciones a las universidades* respecto de los planes de estudio; (2) la importancia otorgada a «la capacitación de los trabajado-

res en servicio del equipo interdisciplinario de salud mental, de atención primaria de la salud, y de todas las áreas que intervienen en orden a la intersectorialidad» (Ley n.º 26.657, cap. IX, art. 33); (3) la creación de espacios de formación de grado y de posgrado –como residencias, concurrencias, pasantías– sobre todo dentro de dispositivos comunitarios (Ley n.º 26.657, cap. IX, art. 33).

Asimismo, durante 2014, la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA)⁷ presenta el Acta n.º 6/14, Anexo III, que incluye recomendaciones para las universidades de gestión estatal y de gestión privada. Si bien se destaca la necesidad de contemplar los contenidos vinculados con ejes transversales en todas las carreras relacionadas con sistema sanitario como *enfoque de derechos, inclusión social e interdisciplina*, se subrayan dos asuntos que resultan de interés. En primer lugar, la necesidad de fortalecer contenidos asociados con la salud mental en los planes de estudio y los programas de las disciplinas comprendidas por los integrantes del equipo interdisciplinario; y en segundo lugar, este fortalecimiento es pensado fundamentalmente como construcción de un enfoque interdisciplinario e intersectorial compatible con las necesidades de la población en el marco de las políticas públicas en esta materia. Esto explica, entre otras cosas, que la salud pública sea definida en esta normativa como una ecuación compleja que incluye diversos aspectos: salud-salud mental, gestión, epidemiología, realidad local, determinantes sociales, promoción,

7. En el marco de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657 y por medio del Decreto 603/2013 se crea la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones, presidida por el Ministerio de Salud en tanto autoridad de aplicación de la Ley n.º 26.657. Está conformada por representantes de los Ministerios de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Educación; Desarrollo Social; Seguridad; Justicia y Derechos Humanos; la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia; la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) y el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI).

enfoque comunitario y clínica de la subjetividad, abordaje de consumos problemáticos e intervenciones en la infancia.⁸

Por otro lado, y esto resulta de importancia para las preguntas que organizan estas notas, las definiciones expuestas en el Anexo III parten de un diagnóstico sobre la formación de grado que la caracteriza enfáticamente como una «perspectiva liberal de la atención privada y descontextualizada de los problemas de la salud mental»,⁹ rasgos que –también subraya el anexo– obstaculizan no sólo la intervención en los ámbitos públicos de gestión estatal sino que también limitan su capacidad de comprensión en el ámbito privado. La lectura de este déficit en materia formativa, además, está acompañada de otra recomendación. A saber: la inclusión y eventualmente la extensión en los planes de estudio de herramientas de gestión –programas, normativas, protocolos– que orienten la implementación de políticas públicas sanitarias.

Con esta breve descripción no pretendemos agotar las definiciones expuestas en la normativa revisada. Pero nos interesa sobre todo volver sobre el diagnóstico elaborado y problematizar la noción «perspectiva liberal» con que se define el perfil dominante de las carreras de grado vinculadas con el sistema sanitario, noción tan indeterminada como sugestiva, para reflexionar sobre la formación político-institucional de los equipos interdisciplinarios en salud mental.

III

Si partimos del diagnóstico expuesto por la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones sobre la situación de la formación de los agentes del sistema sanitario, vale

8. Véase CONISMA. *Acta n.º 6/14. Anexo III. Recomendaciones a las universidades públicas y privadas Artículo 33º Ley Nacional n.º 26.657*. Disponible en <http://www.jefatura.gob.ar/multimedia/files/conisma/Recomendaciones%20Universidad.pdf>.

9. Véase *ibid.*

retomar la caracterización sobre la formación dominante citada en el apartado anterior. Ahora bien, ¿de qué hablamos cuando hablamos de perspectiva liberal a nivel de la formación sanitaria? ¿Qué implica que la atención privada sea, por decirlo de alguna manera, nuestra «primera asociación libre» cuando imaginamos el ejercicio de la profesión sanitaria, sea la que sea? Y sobre todo, ¿qué permanece sin ser problematizado y por eso pensado cuando convertimos esa variante formativa en la variante prácticamente unívoca?

Para ensayar una posible respuesta a la pregunta por la formación liberal de los agentes sanitarios, puede ser conveniente que comencemos por la carrera de Psicología. No hay dudas de que la representación social más extendida sobre la práctica profesional del psicólogo es la del consultorio privado. Esta representación, que se extiende entre estudiantes de Psicología y psicólogos de diversas generaciones e inclusive más allá del mundo psi, superpone casi por completo y asimila la práctica del psicólogo con la del psicoanalista. A riesgo de simplificar, podríamos decir que la escena se completa con el psicoanalista barbudo, la pipa, el diván y el paciente neurótico de clase media.¹⁰

Pero no se trata solamente de una representación social. Cuando analizamos planes de estudio y programas de las carreras de Psicología tanto de universidades públicas de gestión estatal como de gestión privada de nuestro país, el espacio dedicado a las políticas públicas sanitarias en general y a la salud pública en particular resulta especialmente breve. Esta brevedad, podríamos señalar, trabaja al servicio de la consolidación de la representación socialmente extendida del

10. Sobre las representaciones sociales de estudiantes y egresados de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires acerca de la práctica del psicólogo (período 1961/1999), resulta oportuno leer los resultados de una investigación llevada adelante por Gervasio Noailles y expuestos en «La representación de los psicólogos egresados de la UBA acerca de su práctica profesional». Disponible en <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v12/v12a08.pdf>. Se trata de un estudio cuantitativo que sostiene, entre otras conclusiones, que la noción prevaleciente del «quehacer del psicólogo se iguala al del rol profesional de un psicoanalista que desarrolla su actividad en el ámbito privado» (Noailles, 2004, p. 88).

psicólogo como profesional liberal de consultorio. Como contrapartida, el espacio destinado a la problematización del psicólogo como agente de una institución pública estatal o como ejecutor de una política pública permanece prácticamente desierto. Más allá de que, en la práctica efectiva, un porcentaje relevante de los egresados de la carrera de Psicología se desempeña en instituciones estatales.

A pesar de formular esta afirmación general, no perdemos de vista que existen diferencias en las propuestas formativas de las universidades nacionales. Sin embargo, cuando nos preguntamos por los contenidos compartidos, una respuesta posible son las teorías fundamentales y campos de ejercicio profesional. Por ejemplo: psicología clínica con orientación psicoanalítica, terapia cognitivo-comportamental, psicología evolutiva, psicología social, política y gestión de la salud mental, psicopatología, psicología escolar y psicopedagogía, psicología de niñas, niños y adolescentes, psicología del trabajo, psicología forense, evaluación psicológica, neuropsicología, etc. No hay dudas de que todas y cada una de estas variantes constituyen un aporte a la formación del psicólogo. Sin embargo, lo que llama nuestra atención cuando hacemos eje en estos contenidos es el déficit formativo en el terreno político-institucional de los egresados de la carrera de Psicología. Se podrá contraargumentar que existen en los planes de estudio materias vinculadas con políticas públicas sanitarias y/o salud pública, pero esta cuestión no se resuelve con la inclusión lisa y llana de una serie de contenidos relacionados con estas temáticas. ¿Qué significa esto? Varias cosas. En principio, que esos contenidos suelen funcionar como elementos accesorios de un plan formativo general de otro orden. Asimismo, en la medida en que la formación del psicólogo es concebida como la del psicólogo de consultorio, los contenidos en cuestión no se traducen en la construcción de un pensamiento político-institucional, y más específicamente estatal, sino en una serie de saberes, en el mejor de los casos, meramente contextuales que terminan estando a contrapelo del resto de la formación de grado.

Hasta aquí nos detuvimos en la formación dominante del psicólogo. Cambiando lo que haya que cambiar, también aplica para el

médico en general y el psiquiatra en particular. El déficit en la formación político-institucional de la carrera médica también salta a la vista. En este caso, claro está, la perspectiva liberal adquiere otra forma. No se trata del énfasis psicoanalítico sino, a riesgo de simplificar, esquemáticamente organicista. Sin embargo, no siempre fue así. Si bien la formación de grado no contemplaba los contenidos político-institucionales en su agenda formal, cuando repasamos la historia política de fines del siglo XIX y principios del siglo XX en nuestro país, pero podría ser en cualquier otra parte de la sociedad americana y europea, la formación del médico incluía una mirada político-institucional. No hay dudas, por otra parte, de que las herramientas de esta naturaleza se adquirirían muchas veces fuera de la universidad. O al menos de las aulas. Pero la perspectiva en clave de higiene social estaba presente. Con esta última afirmación, claro está, no estamos proponiendo de ninguna manera una *vuelta* al higienismo social sino más bien destacar que, en otro contexto histórico, ese tipo de reflexión no se reñía con la formación médica.

Ahora bien, la carrera de Trabajo Social merece un párrafo aparte. A diferencia de las carreras de Psicología y Medicina, la impronta sanitaria no es central sino más bien todo lo contrario. Pero ¿qué decir respecto de la formación político-institucional de los trabajadores sociales? En este caso, ¿podríamos hablar de formación liberal? Vayamos paso a paso. Por un lado, no podemos dejar de considerar que, al menos en la República Argentina, el trabajo social tiene un antecedente relevante: la asistencia social. En este sentido, aunque más no sea por tradición, la pregunta por la cuestión social como se definía en el siglo XIX (es decir, por el orden social) es reconocida como parte constitutiva de su formación. Por otro lado, y sin dejar de considerar las transformaciones que atravesaron y atraviesan esta carrera (por ejemplo, pasó de ser un oficio de mujeres asociadas con el asistencialismo a profesionales especializados en el trabajo social), la pregunta por la intervención social es cardinal. Por eso mismo, vale preguntarse: ¿cuál es la impronta de la formación político-institucional relacionada con la intervención social? Más aún, ¿desde dónde es pensada?

No hay dudas de que, a diferencia de las carreras de Psicología y de Psiquiatría, Trabajo Social está atravesada por contenidos de orden político-institucional (contenidos vinculados a teoría social contemporánea, políticas públicas, territorio y comunidad, procesos grupales e institucionales, por ejemplo). Sin embargo, cuando repasamos esos contenidos, el perfil no suele ser estatalista. ¿Qué implica esto? En principio, que la intervención social no es pensada, fundamentalmente, desde la perspectiva de un agente del Estado que lleva adelante una política pública sino que la enunciación dominante es otra. Puede ser la del militante barrial o la del profesional comprometido con el territorio. E inclusive la del asistente social. En cualquier caso, y en la medida en que el Estado es fundamentalmente leído y entendido como una instancia de mero control social, no es difícil imaginar las consecuencias de tal asociación ofrecida en esa etapa formativa. ¿Qué trabajador social estaría interesado en trabajar para el control social? Más allá de lo que esté en juego en tal concepción del Estado y sus instituciones, cuestión que excede los objetivos de estas notas, el interrogante nos ayuda a visualizar el modo como el rasgo liberal –o, para decirlo de otro modo, antiinstitucional– se manifiesta en la carrera de Trabajo Social.

Las tres pinturas hechas arriba son someras, claro está, y bordean el riesgo del reduccionismo y de la caricatura. Sin embargo, evocan algo del sentido común socialmente instalado o de la nota fundamental de la formación de las profesiones que conforman el equipo interdisciplinario que, insistimos, tienen implicaciones a la hora de ocupar una institución pública estatal o llevar adelante una política pública.

IV

Después de esta descripción general e incompleta, retornemos sobre una de las preguntas presentadas: ¿de qué hablamos cuando hablamos de formación liberal de los integrantes del equipo interdisciplinario en salud mental desde una perspectiva político-institucional?

Si bien se podrían señalar múltiples cuestiones, nos tiente subrayar la siguiente: formación liberal, desde nuestra perspectiva, es sinónimo de déficit en la formación político-institucional. Pero cuando hablamos de déficit no estamos pensando en la escasez de recursos estéticos, conceptuales y organizacionales en el terreno político-institucional en general sino de aquellos vinculados con el Estado y sus instituciones. Respecto de la situación que estamos considerando, este déficit se traduce en la escasez de recursos para habitar este tipo de instituciones. ¿Acaso podríamos ocupar ministerios, hospitales, centros de salud, etc., con la lógica de un consultorio particular o un sanatorio privado? ¿Qué consecuencias contiene este tipo de ocupación? Por otro lado, ¿qué efectos produce, tanto sobre los equipos sanitarios como sobre la población en general, pensar la intervención estatal en clave de mero control social?

Estas últimas interrogaciones adquieren mayor relevancia en un contexto, como el nuestro, atravesado por una serie de transformaciones normativas (pero también sociales, culturales, políticas, etc., y epocales en general) que requieren de una reflexión político-institucional. En el ámbito de la salud mental, la sanción y la reglamentación de la Ley Nacional n.º 26.657 nos enfrentan con la tarea de su implementación que, por otra parte, requiere mucho pensamiento teórico, clínico y político-institucional, sobre todo, de aquellos que llevamos adelante las políticas públicas. Dicho de otro modo, en un contexto como el nuestro, aunque seguramente siempre sea necesario, pensar en clave político-institucional resulta indispensable. En este sentido, esta coyuntura puede ser leída como una invitación a re-pensar nuestra formación a la luz de este proceso histórico. Por eso mismo, la discusión actual sobre la formación de grado de psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, etc., forma parte del proceso mismo de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.¹¹

11. Siendo una de las autoras del texto psicóloga egresada de una universidad pública brasileña en el año 2005, agregaríamos al debate que también en el país vecino nos deparamos con este déficit y esta discusión. En los años previos al 2005 se dieron

Como sabemos por diversas razones, analizar, gobernar y educar son tareas interminables. En el caso de la formación, la condición interminable de esta operación puede combinarse con configuraciones formativas históricas y por eso terminables. Nuestra situación en materia formativa, por eso mismo, tiene algo de terminable y algo de interminable. Terminable porque nuestra formación está en cuestión e interminable porque, una vez más, es necesario volver a pensar.

Bibliografía

- Abad, S. y Cantarelli, M. (2010). *Habitar el Estado. Pensamiento estatal en tiempos a-estatales*. Buenos Aires: Hydra.
- Camilo de Oliveira, M. y Cantarelli, M. (2014). «Elogio de la institución. Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos». En AA. VV. *¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- CONISMA (s/f). *Acta n.º 6/14. Anexo III. Recomendaciones a las universidades públicas y privadas Artículo 33º Ley Nacional n.º 26.657*. Recuperado el 01/09/2015, de <http://www.jefatura.gob.ar/multimedia/files/conisma/Recomendaciones%20Universidad.pdf>.
- Freud, S. (1986). «Análisis terminable e interminable». En *Obras Completas*, tomo XXIII. Buenos Aires/Madrid: Amorrortu. [Trabajo original publicado en 1937].

algunos cambios muy relevantes en la llamada «reforma psiquiátrica brasileña». Para citar tan sólo algunos de ellos: la Ley n.º 10.216, conocida como Ley Paulo Delgado, se sanciona en el año 2001. La Ley de Creación del Sistema Único de Salud, Ley n.º 8.080, se sanciona en el año 1990. Ninguno de estos hitos centrales en la salud pública brasileña tenían en aquel entonces algún impacto en la carrera de grado de Psicología. Las clases de psicopatología, a modo de símbolo, dictadas en la Facultad de Medicina, consistían en entrevistas a pacientes (a la manera de la pintura *La lección de anatomía del Dr. Nicolaes Tulp*, de Rembrandt) en instituciones que se relacionaban ambiguamente con los procesos de reforma. Menos aún se pensaba la presencia del psicólogo en la Atención Primaria de la Salud.

- Freud, S. (1986). «Dos artículos de enciclopedia: “Psicoanálisis” y “Teoría de la libido”». En *Obras Completas*, tomo XVIII. Buenos Aires/Madrid: Amorrortu. [Trabajo original publicado en 1923 (1922)].
- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Noailles, G. (2004). «La representación de los psicólogos egresados de la UBA acerca de su práctica profesional» (en línea). Recuperado el 03/09/2015 de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v12/v12a08.pdf>.

EPÍLOGO

¿Interdisciplina en la intervención clínica?

Edith Benedetti

«Im Leben bin ich ein glücklicher Mensch gewesen, mir wurde nichts geschenkt».¹

SIGMUND FREUD

«El saber no es suficiente porque todo saber es en ausencia del otro y el hacer es en su presencia. Todo hacer es necesariamente con otro, así como todo saber es sin él. La presencia del otro pone a prueba el saber y lo muestra incompleto. El hacer reúne el conjunto de acciones que modifican al otro, que a su vez modifica al propio sujeto».

ISIDORO BERENSTEIN

I. ¿De qué hablamos cuando hablamos de dispositivos de intervención interdisciplinaria en la clínica de la salud mental y las adicciones?

Esta pregunta, como intuye el lector, es menos una interrogación que reclama una respuesta protocolar que un campo enorme y complejo de problemas teóricos y clínicos. Por eso mismo, no pretendemos ensayar una respuesta en regla a lo largo de este epílogo sino problematizar algunas categorías o conceptos vinculados con esta

1. «He sido un hombre afortunado; en la vida nada me ha sido fácil».

interrogación. Y en este sentido, puede ser oportuno partir de algunas definiciones epistémicas y políticas que introduce la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657. Sobre todo, aquellas centradas en la noción de «salud mental» y de «equipo sanitario en salud mental». La cuestión interdisciplinaria, como imaginarán, saltará a la vista.

El artículo 3º del capítulo II y el artículo 8º del capítulo V de la Ley Nacional de Salud Mental nos ofrecen algunas definiciones relevantes. Mientras que el citado artículo 3º señala que

en el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (Ley n.º 26.657, art. 3º),

el mencionado artículo 8º destaca que

debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes (Ley n.º 26.657, art. 8º).

Ambas definiciones son por diversas razones importantes en la medida en que establecen algunos lineamientos que no es posible dejar de considerar. Sin embargo, no nos relevan de problematizar los conceptos en cuestión a la hora de pensar nuestra práctica clínica e institucional hoy. Resulta necesario «revisitar»² estos conceptos a la

2. Utilizamos «revisitar» con el sentido de inauguración, en tanto se vuelve sobre lo conocido como una invitación a comenzar de nuevo, y también como aquello

luz de nuestra época y sin perder de vista cada situación. Volver a preguntarnos de qué hablamos cuando hablamos de intervención y dispositivos clínicos, de clínica interdisciplinaria en salud mental e inclusive de sujeto como categoría teórica y clínica forma parte de una tarea impostergable. Sobre todo porque muchos de estos conceptos, antes poblados de sentido, hoy carecen de él y deambulan en un mar de interpretaciones vacías de sentido. También es cierto que otras tantas veces decimos «intervención», «clínica» o «sujeto» con énfasis distintos, y cuando presentamos alguna definición el supuesto acuerdo definicional cae apenas comienza la explicitación.

Ahora bien, la interrogación por el sentido de conceptos y modelos (al menos, de algunos centrales para nuestra práctica clínica) nos recuerda que no hay sentidos totalizantes, menos aún hoy. Ante esta situación, tampoco se trata de «recuperar» esos sentidos o debatirse en la búsqueda de los «verdaderos sentidos». Más bien, esta época poblada de cambios nos invita a preguntarnos y revisar los fundamentos de nuestra práctica, que, tal vez, algunos consideramos incuestionables. Por eso mismo, la interrogación por el sentido tiene que ver con poner en evidencia cuestiones que no son manifiestas ni palpables. Se trata de cambios en la mirada, cambios ligados a procesos de elucidación y esclarecimiento.

II. ¿Intervenciones interdisciplinarias?

Tal vez una de las primeras categorías que tengamos que visitar en este recorrido sea la de «intervención». Una noción, por otro lado, que tiene una larga tradición. En este punto, no pretendemos llevar adelante una historia del concepto sino que nos proponemos elaborar un pequeño interrogante sobre la naturaleza de la noción.

que altera la comodidad de lo ya sabido, lo inmovible de ese saber. Esta propuesta está desarrollada en los trabajos de Sandra Nicastro y también en los de Cora Escolar, ambas docentes de la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA.

Ahora bien, al revisar esta categoría, el ejercicio consiste en la desnaturalización de las maneras habituales de mirar, nombrar y hacer. Por eso, cuando nos preguntamos por las prácticas de intervención, nos preguntamos por las prácticas que llevamos adelante más allá o más acá de los formatos habituales.

En principio, la etimología de la palabra nos puede orientar en esta búsqueda: el término «intervención» está formado por tres componentes latinos: el prefijo «inter» (entre), el verbo «venire» (venir) y el sufijo «ción» (acción y efecto). Según diversos diccionarios etimológicos, puede traducirse como «venir entre» o «interponerse». Es decir, puede ser entendida tanto como «mediación» o «intersección» pero también como «intromisión» o «intrusión».

Ante esta doble procedencia, nos tienta detenernos en aquella que hace de la intervención un «venir entre». Se podría decir un tipo de espacio y de tiempo, inclusive de modalidad de presencia que interroga y pone en cuestión lo establecido. En nuestro caso, la práctica clínica. Por eso, entendemos que las intervenciones en tanto espacio, lugar, momento son un constructo artificial. Reconocer su artificialidad requiere de su desnaturalización, es decir, de su lectura como dispositivo que se entromete en un espacio en tanto existe una demanda hacia ella, o bien para lograr que la demanda exista.

Entonces, la intervención es un procedimiento que actúa y hace actuar, desencadenando una serie de expectativas, consecuencias y posibilidades ligadas a las representaciones, a cierta construcción simbólica que implica una inscripción en ese otro con el cual se interviene.

III. ¿Qué entendemos por «dispositivo»?

Así definida, pensar una intervención clínica implica pensar un dispositivo. Pero valdría preguntar: ¿de qué hablamos cuando hablamos de dispositivo? El concepto de «dispositivo» es un término técnico decisivo en el pensamiento del filósofo Michel Foucault y

entendemos que, según el filósofo, es de naturaleza esencialmente estratégica. Esto supone cierta manipulación de relaciones de fuerza, bien para desarrollarlas en una dirección concreta, bloquearlas o estabilizarlas: «son máquinas para hacer ver y hacer hablar» (Foucault, 1987).

Ahora bien, este concepto designa un conjunto resueltamente heterogéneo que incluye virtualmente cualquier cosa, lo lingüístico y lo no-lingüístico, discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, enunciados científicos y proposiciones filosóficas, morales y filantrópicas. Podríamos sintetizar que tanto lo dicho como lo no dicho son elementos que hacen al dispositivo: «El dispositivo mismo es la red que se establece entre estos elementos» (Foucault, 1992). Y esta red, reiteramos, tiene siempre una función estratégica concreta. Incluye en sí la «episteme», que Foucault define como aquello que permite distinguir lo que es aceptado como enunciado científico de lo que no lo es en determinada sociedad.

IV. ¿Por qué volver a pensar los escenarios de la intervención?

En este punto es indispensable volver sobre aquello que pensamos como la escena de la intervención clínica e interrogarnos sobre la necesidad de revisar en clave de época los distintos escenarios posibles de la intervención interdisciplinaria. En este sentido, se trata de comprender la complejidad de la trama discursiva que configuran los textos que se presentan, como también ciertos condicionantes institucionales, políticos, históricos y sociales que intervienen e influyen en las decisiones de la trama de la práctica.

A partir de la necesidad de dar respuesta a presentaciones cada vez más complejas y atender la singularidad desde lo plural, pensar el escenario de intervención surge de conocer de la manera más amplia su contexto, en la singularidad y la heterogeneidad de la si-

tuación. Ésta deviene entonces una acción cargada de sentidos en función de las características materiales y simbólicas, de la singularidad subjetiva y de los profesionales que intervienen.

Sin ir muy lejos, ¿acaso es posible restringir el terreno de la intervención al establecimiento hospitalario o el consultorio privado? ¿Podemos seguir pensando los dispositivos ambulatorios como los veníamos pensando? ¿Cómo volver a pensar el territorio de intervención con sujetos que viven en situación de calle o de pasillo? ¿Y cuando esos sujetos son madres con hijos? ¿Qué implica pensar el territorio de intervención en el marco de estrategias de atención primaria de la salud?

V. ¿Interdisciplina?

No hay dudas de que el concepto de «interdisciplina» contiene múltiples definiciones. Si una vez más nos detenemos en la estructura morfológica del vocablo, a modo de aproximación, tendríamos que señalar lo siguiente: «inter» (lo que se da entre) y «disciplinariedad» (que expresa la calidad de disciplina). Ahora bien, esta definición no nos ahorra repasar alguna de las múltiples significaciones que circulan en el campo de la práctica y que expresan, obviamente, distintos posicionamientos.

Por ejemplo, un uso frecuente de «interdisciplina» supone la idea de intercambio entre diferentes disciplinas. Algo así como interacción y cruzamiento entre disciplinas. Por eso mismo, y en el campo clínico, muchas veces las prácticas terminan siendo «interconsultas» o resultan en cierta superposición de miradas; o bien, desde la clínica tradicional, devienen consultas donde una disciplina lleva adelante el tratamiento mientras que las otras funcionan como *ad hoc*.

Según otras interpretaciones, «interdisciplina» implica intercambios y recíprocas integraciones pero promoviendo, de alguna manera, salirse de lo disciplinar, abandonar la especificidad y modificarse en ese proceso. Esta acepción promueve pensar en la asociación de

varias disciplinas, y por eso pensar conjuntamente integrando distintas reflexiones en una.

Desde otra perspectiva, nos enfrentamos a propuestas multidisciplinares que en algún sentido se pueden convertir en compartimentos estancos. No se alteran los campos y objetos de estudio disciplinario, ni lo metodológico. Por eso entienden lo interdisciplinario como sinónimo de juntar o yuxtaponer varias disciplinas para que cada una proyecte una visión específica sobre un campo determinado. Cada disciplina aporta su visión específica, y todas confluyen en un informe final de investigación que caracteriza desde aquellas perspectivas involucradas.

También podemos ligar el concepto de «transdisciplina» en relación con el pensamiento complejo (Morin, 2003), es decir, como aquello que está entre las disciplinas o en lo que las atraviesa. Incluye lo que se encuentra más allá de ellas. Es una forma de organización de los conocimientos que trascienden las disciplinas de una forma radical. La transdisciplina representa la aspiración a un conocimiento lo más completo posible y capaz de dialogar con la diversidad. Encontramos que el sentido conceptual se centra en la investigación.

Por otra parte, Rolando García (1994) caracteriza la interdisciplina como un abordaje de problemas complejos que implica un movimiento en el cual las disciplinas deben proponerse tanto la construcción de una conceptualización como de estrategias de intervención comunes. Si bien esta concepción ha sido muy fértil en el campo de las investigaciones, podría generarnos algunos interrogantes en el campo de la clínica.

Otro tipo de definición, nacida en el campo de la clínica psicoanalítica, surge de la mano de Jacques-Alain Miller bajo la denominación de «práctica entre varios» y vinculada a cierta práctica iniciada en 1974 en una institución especializada en casos severos de autismo y de psicosis en niños y en adolescentes. Es a partir de un objetivo clínico preciso que ha sido desarrollada esta práctica psicoanalítica sin utilizar el *setting* del dispositivo analítico como tal. Para esta

perspectiva, el punto de partida no es buscar la así llamada «cura» desde el lado de la institución o del lado del equipo, sino hacerlo desde el lado del paciente. La «práctica entre varios» responde a una exigencia clínica y a una exigencia que parte del paciente. Se basa en el *partnership* (Di Ciaccia, 2003)³ de cada miembro del equipo y sus respectivas responsabilidades.

Podemos colocar la práctica entre varios en el psicoanálisis aplicado dado que, si bien no se utiliza el dispositivo clásico del psicoanálisis, se inscribe en las diversas formas de prácticas clínicas que se inspiran en el psicoanálisis. De fondo, su especificidad es la intercambiabilidad de los miembros del equipo como *partenaire* del sujeto que sufre, la cual depende estrictamente de la clínica del sujeto en cuestión. Sin lugar a dudas, esta última propuesta teórica nos alcanza una herramienta para pensar la interdisciplina en la intervención clínica.

VI. La intervención clínica interdisciplinaria es una práctica especializada en situación

Pensar la intervención clínica interdisciplinaria como práctica especializada en situación implica ampliar la mirada e ir más allá del problema en sí. Se trata, por eso, de revisar el sentido de las intervenciones, de escuchar las prácticas, repensar el encuadre y los escenarios posibles, los encuentros con el otro, con la palabra y los silencios necesarios.

Desnaturalizar las maneras habituales de mirar, nombrar, hacer nos lleva a preguntarnos por las prácticas de intervención que llevamos adelante más allá o más acá de los formatos habituales. Esto implica cuestionar las posiciones que ocupamos, examinar los sen-

3. Es así mencionado por Antonio Di Ciaccia en «A propósito de la práctica entre varios», para quien *partnership* puede entenderse como compañerismo, asociación de los miembros del equipo.

tidos que circulan, reflexionar acerca de nuestros discursos y de los modos de acercamiento a situaciones particulares. En síntesis, buscar nuevas significaciones.

Hablar de intervención interdisciplinaria implica referirse a una modalidad de acercamiento para producir conocimiento, para captar movimientos, y si eso ocurre, hablamos de cambio. ¿Por qué? Porque esa producción nos lleva a pensar que nada quedará como antes, es decir, en el mismo estado.

La pregunta en sí funciona como un intento de interrumpir un «hacer» preconcebido y acostumbrado, que bien puede definir a las instituciones como territorios inacabados y a la clínica como proceso dinámico, pero simultáneamente la pregunta tapona y silencia aquello para lo cual no encuentra palabras, aquello que provoca confusión y desestructuración, aquello que no se deja atrapar en categorías, estrategias y recursos. Así definido, se trata de un cambio en la mirada que cada uno hace de la situación: entender, relacionarse, leer los fenómenos de una manera distinta. Es una mirada que permite reconocerse dentro/fuera de la escena.

Al respecto, resulta ilustrativa como imagen la obra de Dalí *Pintando a Gala por detrás*,⁴ en la que el pintor se encuentra retratando a su mujer de espaldas. Él también permanece de espaldas, pero ambos resultan reflejados en un espejo que los muestra de frente. Dalí y Gala se ven dentro y fuera de la escena del cuadro, y uno como parte de él.

VII. Navegar por distintos planos

Pensar en la intervención clínica interdisciplinaria nos lleva por un territorio conocido pero nuevo a la vez. Y por eso, resulta necesario

4. Dalí, *Pintando a Gala por detrás* (1973). Descripción: óleo sobre lienzo, 60 x 60 cm. Localización: Fundación Gala-Dalí, Figueres. Disponible en <http://www.epdpl.com/cuadro.php?id=241>.

delinear nuevos mapas para las exigencias que la clínica actual nos impone. Como hemos mencionado, la presentación de los pacientes es cada vez más compleja y nos interpela. También nos exige interdisciplinariamente responder a una exigencia clínica que parte del paciente al que debemos abarcar en su complejidad en tanto sujeto histórico y social, abordando en clave de época y de situación los componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos.

En este marco, consideramos inevitable concebir la interdisciplina en la clínica como un punto del no-saber disciplinar. Es decir, como un constructo artificial, una abstracción, una construcción de complejidad que nos obliga a navegar por distintos planos. En principio, el de la intervención disciplinar, es decir, el de las lecturas clínicas que se realizan desde los propios marcos conceptuales; en segundo lugar, disponerlas en la estructuración de un plan terapéutico en el que se conjuguen los otros saberes disciplinares.

Proponemos pensar, entonces, la intervención interdisciplinaria como idea de cambio de posición en relación con la complejidad de la práctica, y al campo de intervención como un campo acotado que, a veces, responde al recorte de una situación para centrar la idea de movimiento de la posición subjetiva del paciente. Y en ese campo, el cambio en primera instancia queda ligado a las posiciones de los actores que intervienen. En rigor, a su posibilidad de mirada y de relación con aquello que se recorta de la intervención en el dispositivo clínico.

Desde esta perspectiva es que debemos hacer jugar el dentro/fuera de la escena, en ese otro plano, como en el cuadro de Dalí. Para esto, es indispensable que el equipo tratante mantenga reuniones de trabajo que no deben limitarse a comunicar alguna cuestión o dar información, sino que deben crear un lugar donde se hable del paciente. Y a partir de los decires de sus miembros sostener un discurso que dirija la cura. No debe ser un espacio para hacer una lista de dichos sobre el paciente o cuestiones descriptivas, ni para objetivarlo.

La reunión del pequeño equipo tiene la función de ser el único lugar donde los dichos de cada miembro del equipo son tomados en consideración. Todo lo que queda dicho fuera de la reunión no debería ser considerado válido porque, fuera de su contexto, se trata de palabras al servicio de un goce que hace «bla bla bla». La palabra tiene oportunidad de devenir en acto sólo si se trata de un decir responsable.

El plano del trabajo del equipo interdisciplinario tiene una función en relación con la elaboración de un saber, saber que debe orientar el tratamiento en cada uno de los distintos planos disciplinares constituidos en la complejidad de un discurso que dirija la cura.

VIII. A modo de cierre, de lo que es sólo el comienzo

«Qu'y renonce donc plutôt celui qui ne peut rejoindre à son horizon la subjectivité de son époque».⁵

JACQUES LACAN

A lo largo de los dos tomos que recogen gran parte de las comunicaciones de las 3.^{as} *Jornadas de salud mental y adicciones*, nos preguntamos por la intervención clínica interdisciplinaria hoy. Esta interrogación, se podría señalar, reclama menos una respuesta definitiva que la construcción de un campo problemático. Es decir, un territorio para la reflexión epistémica y política capaz de interrogar y revisar nuestras intervenciones clínicas.

5. «Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época», y continúa Lacan: «Pues ¿cómo podría hacer de su ser el eje de tantas vidas aquel que no supiese nada de la dialéctica que lo lanza con esas vidas en un movimiento simbólico? Que conozca bien la espira a la que su época lo arrastra en la obra continuada de Babel, y que sepa su función de intérprete en la discordia de los lenguajes».

Inspirados en la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657, hemos interrogado los sentidos posibles de conceptos que nos convocan, hemos realizado un breve recorrido sobre cómo podemos pensar los dispositivos, las intervenciones, los distintos posicionamientos sobre la interdisciplina, y la modalidad de abordaje, a la luz de la subjetividad actual. Les acercamos un posicionamiento teórico posible para dar respuesta a los requerimientos de las referidas nuevas presentaciones; seguramente sea el inicio de un camino por recorrer, por trazar nuevas cartografías que guíen, que orienten nuestra práctica. Entendemos que aún debemos seguir interrogando el sentido de determinados conceptos y modelos, y comprendemos, como hemos dicho al inicio de este trabajo, que porque un hecho tenga para algunos un significado no implica que para otros no tenga otro. Decíamos e insistimos en que no se trata de debatirse en la búsqueda de los verdaderos sentidos, sino de encontrar respuestas epistémico-políticas que puedan sostener nuestras intervenciones clínicas interdisciplinarias.

En una época como la nuestra poblada de transformaciones, sin ir muy lejos y respecto de lo que venimos considerando: variaciones en el marco normativo en salud mental y nuevas subjetividades individuales y sociales, no es posible renunciar a reflexionar sobre nuestra época y sus desafíos. Y como profesionales de la salud mental, nos enfrentamos con la difícil tarea de repensar la clínica interdisciplinaria y la intervención. Tal vez, como decía Freud, ésa sea nuestra fortuna.

Bibliografía

- Benedetti, E. (2013). *Plan estratégico 2013-2015*. Buenos Aires: Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones.
- Di Ciaccia, A. (2003, junio). «A propósito de la práctica entre varios». Conferencia en las Jornadas de estudio sobre el psicoanálisis apli-

- cado del Programme International de Recherche sur la Psychanalyse appliquée d'Orientation Lacannienne (PIPOL), promovidas por la Fondation du Champ Freudien/ École de la Cause freudienne, París, Francia.
- Foucault, M. (1987). *Hermenéutica del sujeto*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1992). *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta.
- García, R. (1994). *Ciencias sociales y formación ambiental*. Barcelona: Gedisa/UNAM.
- Lacan, J. (1971). *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Ley n.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. *Boletín Oficial*, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Morin, E. (2003). «¿Qué es transdisciplinariedad?» (en línea). Recuperado el 16/05/2015, de <http://www.edgarmorin.org/que-es-transdisciplinariedad.html>.

Acerca de los autores

Yamila ABAL. Licenciada en Sociología. Profesora de enseñanza secundaria, normal y especial en Sociología, Universidad de Buenos Aires. Integrante del Servicio de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Mariana ACEVEDO. Licenciada en Psicología. Residente de segundo año de la Residencia Post-básica en Adicciones del Hospital Zonal Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo «Reencuentro» de La Plata.

Ana ALBA POSSE. Licenciada en Psicología. Psicóloga del Hospital Zonal Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo «Reencuentro» de La Plata.

Lucio Gonzalo ALCAINO. Licenciado en Trabajo Social. Responsable técnico del Centro Provincial de Referencia en Diagnóstico, Tratamiento, Capacitación y Prevención Comunitaria de las Adicciones, dependiente del Hospital Escuela de Salud Mental de la provincia de Entre Ríos.

Carolina ALCUAZ. Licenciada en Psicología. Coordinadora del dispositivo ambulatorio de Niñas, Niños y Adolescentes del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y docente de la Residencia Inter-

disciplinaria en Salud Mental de dicha institución. Docente en las facultades de Medicina y Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Se desempeña además como supervisora clínica y docente de las Residencias de Psicología del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez y del Hospital General de Agudos P. Piñero.

Ángeles ALONSO. Licenciada en Psicología. Integrante del Servicio de Hospital de Día del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Soledad ÁLVAREZ. Médica especialista en Psiquiatría y en Medicina Legal. Se desempeña como psiquiatra de Guardia en el Hospital Municipal José T. Borda y como psiquiatra de Guardia y del Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Daniel Carlos ANTAGLI. Psicólogo Social. Se desempeña como operador social del Servicio de Hospital de Día en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

María Soledad ARRIETA. Licenciada en Psicología. Integrante del Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Claudia Gabriela BAFFO. Licenciada en Psicología y magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la Universidad Nacional de Lanús. Se desempeña como jefa del Servicio de Salud Mental Comunitaria del Hospital General «Dr. Carlos Ratti» de la Provincia de Río Negro.

María Celeste BALUT. Licenciada en Psicología. Integrante del Servicio de Internación Breve del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNa-

ReSo). Becaria honoraria adscripta en Centro de Día «La Otra Base de Encuentro» del área programática del Hospital General de Agudos P. Piñero.

Isabella Cristina BARRAL FARIA LIMA. Licenciada en Psicología, especialista en Psicología hospitalaria y salud y maestranda de la Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil. Miembro del Laboratório de grupos, instituições e redes sociais (Lagir).

Luciana Anahí BARRIONUEVO. Operadora sociocomunitaria. Integrante del equipo de Casa de Día del Hospital Zonal Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo «Reencuentro» de La Plata.

Cristiane BARROS MARCOS. Licenciada y magíster en Psicología. Coordinadora del Centro Regional de Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos (CENPRE/FURG) y presidente del Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas da Cidade do Rio Grande, Brasil.

Patricia BENADIBA. Licenciada en Psicología y psicoanalista. Se desempeña como psicóloga de los equipos de Atención Primaria de la Salud e Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Stella Maris BENDER. Abogada. Se desempeña como mediadora prejudicial, escribana y docente universitaria.

Edith BENEDETTI. Licenciada en Psicología. Interventora general del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y directora de Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, sello editorial de dicha institución.

María Eugenia BENNARDIS. Licenciada en Trabajo Social y maestranda en Gestión en Salud Mental de la Universidad ISALUD.

Integrante del equipo interdisciplinario de dos dispositivos residenciales comunitarios pertenecientes a la Colonia Nacional «Dr. Manuel A. Montes de Oca». Trabajadora social de Guardia del Hospital de Agudos «D. Vélez Sarsfield».

Mariana BERMEJO. Licenciada en Trabajo Social. Residente de tercer año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Ludmila BERTOLESI. Técnica Nacional en Recreación y maestra nacional de música. Se desempeña como tallerista del Servicio de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Federico BONDAROVSKY. Licenciado en Psicología. Integrante del Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Soledad BORDALECOU. Licenciada en Trabajo Social. Es miembro del equipo interdisciplinario de los Servicios de Atención a la Demanda Espontánea y de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). También forma parte del equipo interdisciplinario para la evaluación de daños requerido por las leyes Reparatorias Nacionales n.º 24.043 y n.º 25.914.

Susana BORONAT. Licenciada en Psicología. Se desempeña como coordinadora de residentes del Servicio de Psicología y es miembro del Comité de Ética Asistencial en I.Na.Re.P.S.

Luiza BRAZ TEIXEIRA. Estudiante de Derecho, voluntaria en el Centro Regional de Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Quí-

micos (CENPRE/FURG) y secretaria ejecutiva del Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas da Cidade do Rio Grande, Brasil.

Germán Andrés BRIGATTI. Contador y licenciado en Administración. Coordinador de División Obras Sociales y miembro del Comité de Ética Asistencial en I.Na.Re.P.S.

Martín BRUNI. Licenciado en Trabajo Social. Es miembro del equipo interdisciplinario del Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). También forma parte del equipo interdisciplinario para la evaluación de daños requerido por las leyes Reparatorias Nacionales n.º 24.043 y n.º 25.914.

Paula CABANCHIK. Licenciada en Ciencias Sociales. Técnica superior en Pedagogía y Educación Social, con orientación en DD. HH.- IFTS N° 28. Se desempeña como coordinadora de Atención Primaria de la Salud en el primer nivel de atención del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Investigadora en dicha institución, beca «Licenciado Ernesto Cotelo», convocatoria 2014-2015.

Fernando CALVO. Médico psiquiatra. Es coordinador del Servicio de Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Fernando CAMACHO. Licenciado en Ciencias de la Comunicación. Se desempeña como analista técnico en COPREAD/MTEySS. Es miembro del equipo de Coordinación de Políticas de Prevención de Adicciones (CoPreAd) del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación.

Mariana CAMILO DE OLIVEIRA. Licenciada en Psicología, licenciada en Letras, magíster en Letras. En la actualidad es doctoranda de la

Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Integra el Área de Formación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y es coordinadora académica del sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte del mismo hospital. Se desempeña además como docente-capacitadora en los trayectos formativos de Hydra Capacitación.

Carolina CAMPIÓN. Licenciada en Psicología. Se desempeña como psicóloga en el Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). También es miembro del equipo interdisciplinario para la evaluación de daños requerido por las leyes Reparatorias Nacionales n.º 24.043 y n.º 25.914.

Natalia CAMPOS. Licenciada en Psicología. Integrante del Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Andréa Máris CAMPOS GUERRA. Psicóloga, psicoanalista y abogada, magíster en Psicología y doctora en Teoría Psicoanalítica (Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ/ Rennes II). Docente del Programa de Pós Graduação del Departamento de Psicología de la Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas de la Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

Yamila de los Milagros CANOSA. Licenciada en Psicología. Integrante del equipo de admisión de Casa de Día del Hospital Zonal Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo «Reencuentro» de La Plata.

Mariana CANTARELLI. Profesora y licenciada en Historia. Coordinadora del Área de Formación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex

CeNaReSo) y coordinadora académica de Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, sello editorial de dicha institución. Docente de la Universidad de Buenos Aires, el Instituto Universitario de Salud Mental y el Instituto Universitario del Hospital Italiano. Asimismo forma parte de Hydra Capacitación.

Ana Julia CAPORALE. Licenciada en Trabajo Social. Miembro del equipo profesional del dispositivo de Niñas, Niños y Adolescentes del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Se desempeña como docente en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata.

Nicolás CARDONE. Licenciado en Sociología. Se desempeña como analista técnico en COPREAD/MTEySS. Miembro del equipo de Coordinación de Políticas de Prevención de Adicciones (Co-PreAd) del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación.

Beatriz CARISTINA. Licenciada en Trabajo Social. Es coordinadora del servicio de Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (exCeNaReSo).

Claudia CARTIER. Licenciada en Psicología. Se desempeña en el Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Es jefa de residentes de psicología en el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) «Eva Perón».

Romina CASADO. Licenciada en Educación Física. Sección Recreación y Deportes. Miembro de la Clínica Interdisciplinaria de Salud Mental en I.Na.Re.P.S.

Miguel Ángel CASELLA. Doctor en Psicología. Jefe del Departamento de Prevención del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Además es profesor titular de la Facultad de Psicología de la Universidad del Salvador.

Jimena CASTELLANO. Licenciada en Psicopedagogía. Mediadora.

Vanina Paula CATALÁN. Licenciada en Trabajo Social. Es coordinadora del Programa Vuelta a Casa y se desempeña como instructora de Trabajo Social de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Natalia A. CEJAS. Licenciada en Psicología. Se desempeña como psicóloga en el Hospital Zonal Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo «Reencuentro» de La Plata. Docente de la cátedra Teoría Psicoanalítica de la Universidad Nacional de La Plata.

Oscar CHAMORRO. Médico psiquiatra. Integrante del Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Silvye CHEDEVILLE. Representante de los pacientes. Paciente de I.Na. Re.P.S. Miembro del Comité de Ética Asistencial I.Na.Re.P.S.

María Gabriela CHIALVA. Terapista ocupacional. Es miembro de la Clínica Interdisciplinaria de Salud Mental en I.Na.Re.P.S.

Claudio Javier CIANCI. Licenciado en Psicología, especializado en Drogadependencia. Integrante del Servicio de Adicciones del Hospital de Salud Mental Nuestra Señora del Carmen.

Gloria CIMINO. Licenciada en Psicología. Es coordinadora del servicio de Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red Lic.

Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Laura Daniela CITTADINI CARRERA. Licenciada en Psicología. Integrante del Servicio de Hospital de Día del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Docente de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Florencia COHEN ARAZI. Licenciada en Trabajo Social. Auditora operacional del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Pablo Andrés CORONEL. Médico especialista en Psiquiatría Infanto-juvenil, médico legista. Coordinador del dispositivo de Niñas, Niños y Adolescentes del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Se desempeña además como miembro del equipo interdisciplinario de la Guardia de Salud Mental del Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde.

Paula Cristina COSTA. Licenciada en Psicología. Se desempeña como coordinadora del Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Es miembro del equipo docente de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental de dicha institución.

Graciela M. CRAGNOLINI DE CASADO. Médica neumonóloga. Se desempeña como consultora médica en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Es docente de Neumonología de pregrado y posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Es médica neumonóloga en el Hospital de Infecciosas Dr. F. J. Muñiz.

Beatriz Laura CROTTI. Licenciada en Psicología. Técnica de acreditación en la CONEAU. Se desempeña como coordinadora de grupos en hogares convivenciales de niñas, niños y adolescentes.

Natalia CUEVA. Médica psiquiatra. Coordinadora del Servicio de Guardia Interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Gabriela DE LUCÍA. Licenciada en Trabajo Social. Se desempeña en la Dirección de Salud Mental de Moreno en el Programa de Pacientes con Padecimientos Graves y en el Programa Municipal de Prevención de Adicciones de dicho municipio. Miembro de los equipos profesionales de los Servicios de Guardia Interdisciplinaria y de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Rosana Delfina DE MÉSTICO. Abogada. Mediadora prejudicial. Docente universitaria. Directora del Centro R.A.C. (Resolución Alternativa de Conflictos).

Denise DEMARCO. Licenciada en Psicología. Integrante del Servicio de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Daniel Alberto DOMÍNGUEZ. Licenciado en Enfermería. Se desempeña como enfermero en el Servicio de Guardia Interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Es jefe de enfermería del Servicio de Internación del Hospital de Infecciosas Dr. F. J. Muñiz.

Cecilia ESCOBAR. Estudiante del profesorado en Lengua y Literatura. Se desempeña como tallerista de literatura, lectoescritura y

apoyo escolar en Atención Primaria de la Salud y en los Servicios de Hospital de Día e Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Pablo FABRYKANT. Médico psiquiatra. Es coordinador del Servicio de Internación Breve del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Genaro Carlos FERNÁNDEZ GRECCO. Licenciado en Psicología. Es miembro del equipo de Casa de Día del Hospital Zonal Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo «Reencuentro» de La Plata.

María Susana FERNÁNDEZ. Licenciada en Psicología. Mediadora.

Silvia N. FERNÁNDEZ. Licenciada en Psicología. Se desempeña como jefa del Servicio de Psicología y es miembro del Comité de Ética Asistencial en I.Na.Re.PS.

Izabel Christina FRICHE PASSOS. Licenciada en Psicología, magíster en Filosofía, doctora en Psicología clínica con pos-doctorado en Antropología médica (Universitat Rovira i Virgili/Tarragona-España). Docente de grado y posgrado en la Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil, miembro de la Comissão de Saúde Mental da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, coordinadora del Projeto Prisma (Práticas Interdisciplinares em Saúde Mental na Academia) y líder de grupo en el Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq): Laboratório de grupos, instituições e redes sociais (Lagir).

Patricia FRIDMAN. Licenciada en Psicología y en Sociología. Se desempeña como psicóloga en el Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte

especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Es miembro del equipo interdisciplinario para la evaluación de daños requerido por las leyes Reparatórias Nacionales n.º 24.043 y n.º 25.914.

Gabriela GALLAND. Licenciada en Psicología. Se desempeña como psicóloga en el Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Es miembro del equipo interdisciplinario para la evaluación de daños requerido por las leyes Reparatórias Nacionales n.º 24.043 y n.º 25.914.

Daniel Alberto GARAY. Musicoterapeuta. Es integrante de los Servicios de Hospital de Día y de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). También se desempeña como musicoterapeuta en la Secretaría de Educación, atendiendo en el Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde y el Hospital de Infecciosas Dr. F. J. Muñiz.

Matías GARBOSO. Maestro nacional de plástica y músico profesional. Es director de la escuela de percusión afrolatina «Telahito!». Se desempeña como tallerista del Servicio de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). También es coordinador del área de eventos en múltiples programas del Ministerio de Educación de la Nación.

Lilia Edith GARCÍA. Licenciada en Trabajo Social, magíster en Salud Mental y doctoranda en Ciencias Sociales por la Universidad Nacional de Entre Ríos. Es docente e investigadora categorizada de la Universidad Nacional de Entre Ríos. Se desempeña como directora del Centro «Huella», Centro de referencia en el abordaje integral de las adicciones, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos, y es miembro del Comité de Bioética y del Comité

de Docencia e Investigación del Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná, Entre Ríos.

María Eugenia GARCÍA. Licenciada en Psicología. Se desempeña como jefe de residentes de la Residencia Post-básica en Adicciones del Hospital especializado en Drogadependencia y Alcoholismo «Reencuentro» de La Plata.

Nicolás GARCÍA. Médico psiquiatra. Es miembro del Servicio de Internación Breve del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). También es docente en la Universidad de Buenos Aires.

Lucía GARCÍA BLANCO. Licenciada en Psicología y abogada. Es coordinadora de COPREAD/MTEySS. Es miembro del equipo de coordinación de Políticas de Prevención de Adicciones (Co-PreAd) en el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación.

Emma GARCÍA CEIN. Licenciada en Terapia Ocupacional y especialista en Bioética. Miembro del Comité de Ética Asistencial en I.Na.Re.P.S.

Silvana GARGIULO. Licenciada en Psicología y psicoanalista. Es perito de oficio en Juzgados Nacionales del fuero Civil. Es miembro del equipo interdisciplinario de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Rubén Bernardo GHÍA. Licenciado en Psicología, magíster en Prevención y Asistencia de las Drogodependencias y doctorando en Psicología por la Universidad del Salvador. Es jefe del Departamento de Asistencia Integral del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Leonardo GHIOLDI. Médico forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Subdirector de la carrera de Especialistas en Psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires, sede Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón. Docente de la facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, y de los posgrados de especialización en adicciones de la Universidad Nacional de Tucumán y de San Luis. Psiquiatra asesor de la Asociación de Anestesiología de Buenos Aires y de la Federación Argentina de Anestesia. Actualmente supervisor en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Silvana Lorena GHISELLI. Licenciada en Trabajo Social. Se desempeña en el Servicio de Atención Primaria de la Salud del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Nicolás GIL. Licenciado en Psicología. Se desempeña como psicólogo en el Servicio de Hospital de Día del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

María Lilia GIUGGIOLINI. Licenciada en Psicología. Se desempeña como analista técnico en COPREAD/MTEySS y forma parte del equipo de coordinación de Políticas de Prevención de Adicciones (CoPreAd) del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación.

José Federico GÓMEZ COLUSSI. Licenciado en Psicología y técnico en acompañamiento terapéutico. Responsable técnico del Centro Provincial de Referencia en Diagnóstico, Tratamiento, Capacitación y Prevención Comunitaria de las Adicciones (Entre Ríos).

Natacha GORDÓ. Licenciada en Psicología. Se desempeña como psicóloga del Servicio de Consultorios Externos del Hospital Na-

cional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Santiago GUIDI. Médico. Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica. Miembro de la Clínica Interdisciplinaria de Salud Mental en I.Na.Re.P.S.

Sandra GULBERTI. Licenciada en Psicología. Es secretaria técnica de Centro «Huella», centro de referencia en el abordaje integral de adicciones, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos. También coordina espacios grupales y talleres familiares e institucionales.

Mirna Luisa GUTIÉRREZ. Enfermera profesional instrumentadora. Jefa de Departamento de Enfermería. Miembro de la Clínica Interdisciplinaria de Salud Mental en I.Na.Re.P.S.

Sebastián GUTIÉRREZ. Licenciado en Psicología. Se desempeña como psicólogo en el Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Gabriel HAGMAN. Médico psiquiatra. Se desempeña como coordinador de articulación de los Servicios de Atención a la Demanda Espontánea, Internación Breve y Guardia Interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). También es instructor de Psiquiatría en el Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía.

Romina Andrea HAHN. Estudiante avanzada de la carrera de Licenciatura en Nutrición. Es asistente del Área de Alimentación y Nutrición del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Carola IANANTUONY. Licenciada en Servicio Social. Miembro de la Clínica Interdisciplinaria de Salud Mental en I.Na.Re.P.S.

Natascha IKONICOFF. Profesora de Enseñanza Media y Superior de Filosofía y maestranda en Filosofía e Infancia en la Universidad de Girona, Barcelona. Es secretaria académica del área de Formación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Mario Ernesto IRIBARREN. Licenciado en Psicología. Se desempeña como coordinador del Servicio del Hospital de Día del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Vanesa JEIFETZ. Licenciada en Psicología y magíster en Salud Pública por la Universidad de Buenos Aires. Se desempeña como psicóloga en el Servicio de Hospital de Día del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). También es docente de la cátedra II de Salud Pública Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y es miembro del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones.

Jorgelina Alejandra KESQUE. Licenciada en Psicología. Mediadora. Docente. Miembro fundador de la ONG Nosotros hacia la comunidad (NOHALAC). Centro R.A.C. (Resolución Alternativa de Conflictos).

Malena Kiss ROUAN. Licenciada en Psicología. Es residente de segundo año de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Hernán KOLLY. Licenciado en Kinesiología. Miembro de la Clínica Interdisciplinaria de Salud Mental en I.Na.Re.P.S.

José KOMAID VAN GELDEREN. Licenciado en Economía, magíster en Administración de Empresas y Diplomado en Gestión de Servicios de Salud. Se desempeña como auditor interno titular del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Liliana LAFFRENTZ. Técnica en prevención y asistencia en drogadependencia. Es operadora socioterapéutica. Se desempeña en el área de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Natalia LAMOTHE. Médica psiquiatra. Se desempeña como coordinadora del Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). También es titular de la Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú.

Ruth LEEGSTRA. Licenciada en Trabajo Social. Se desempeña en el Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Matías Omar LETA. Licenciado en Enfermería. Es miembro de la Clínica Interdisciplinaria de Salud Mental en I.Na.Re.P.S.

Daiana LOIACONO. Licenciada en Psicología. Es miembro del equipo interdisciplinario del dispositivo para Mujeres con Niñas/os del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Isabel LÓPEZ. Médica psiquiatra. Miembro de la Clínica Interdisciplinaria de Salud Mental en I.Na.Re.P.S.

Marcelo MAESTROPIEDRA. Licenciado en Psicología. Se desempeña como psicólogo en el Hospital Zonal Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo «Reencuentro» de La Plata.

María Laura MAMANI. Licenciada en Psicología. Es coordinadora del consultorio de adolescencia del C.I.C. «Canal de Beagle» del Hospital Wenceslao Gallardo en Palpalá, provincia de Jujuy. También es responsable del módulo de investigación «Empuje Puberal» del espacio de estudio psicoanalítico perteneciente a la Biblioteca Analítica de Jujuy.

Nicolás Alejandro MARINI. Médico. Jefe de Departamento Médico. Miembro del Comité de Ética Asistencial en I.Na.Re.P.S.

Victoria MARTINUCCI. Licenciada en Servicio Social. Es jefa de residentes del Departamento de Servicio Social y miembro de la Clínica Interdisciplinaria de Salud Mental en I.Na.Re.P.S.

Elisa de Santa Cecília MASSA. Licenciada en Psicología, psicoanalista, magíster en Estudios Psicoanalíticos y doctoranda de la Universidade Federal de Minas Gerais. Directora de Orientação Socioeducativa en la Subsecretaria de Atendimento às Medidas Socioeducativas del Estado de Minas Gerais, Brasil.

Alejandra MAULA. Médica psiquiatra y psicoanalista. Se desempeña como psiquiatra en el dispositivo para Mujeres con Niñas/os del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Es miembro de Testimonios de la Institución Psicoanalítica.

Alicia Noemí MAYA. Técnica en Prevención de las Adicciones. Operadora social en el servicio de Hospital de Día del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Diego MEDOLLA. Licenciado en Psicología. Director institucional de la Fundación FEPSA y coordinador de las Casas de Medio Camino del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Jesica MINOND. Licenciada en Psicología. Es residente de segundo año de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Alejandro MOGLIATTI. Médico psiquiatra. Es miembro del Servicio de Internación Breve del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y se desempeña como instructor de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental de la misma institución. También es docente de la Universidad de Buenos Aires.

Romina MORANA. Licenciada en Psicología. Se desempeña como psicóloga en el dispositivo Ambulatorio de Niñas, Niños y Adolescentes del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Delia Vanesa MOYANO. Nutricionista del Área de Alimentación y Nutrición del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Auditora interna, implementadora y capacitadora de Buenas Prácticas de Manufactura, Norma ISO-IRAM 14201 en Servicios de Alimentos para Consultora Alimentaria Integral (CAI).

María Florencia MUSSARI. Licenciada en Psicología y maestranda en Psicoanálisis por la Universidad de Buenos Aires. Es concurrente de quinto año del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez y docente.

Eliana OLINDA ALVES. Psicóloga de las áreas de Familia, Infancia y Juventud del Tribunal de Justicia del Estado de Río de Janeiro, Brasil. Doctora y magíster en Psicología (UFF) y especialista en Psicología Forense (UERJ). Es además presidente de la Comisión de Psicología y Justicia del Conselho Regional de Psicologia de Río de Janeiro.

Nicolás OLIVA. Médico psiquiatra. Se desempeña como psiquiatra en el Servicio de Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Tatiana OLIVEIRA MOREIRA. Licenciada en Psicología (UFMG) y especialista en Adolescencia (PUC-MG). Psicóloga del área de Infancia y Adolescencia del Tribunal de Justicia del Estado de Río de Janeiro, Brasil.

Marcelo Mario OLMEDO. Licenciado en Psicología y psicoanalista. Miembro de la EOL (Escuela de Orientación Lacaniana) y de la AMP (Asociación Mundial de Psicoanálisis). Integrante del Servicio de Guardia Interdisciplinaria del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Nicolás OVIEDO. Médico psiquiatra. Se desempeña como psiquiatra en el Servicio de Atención a la Demanda Espontánea del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Es jefe de residentes de psiquiatría en el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón.

Virginia Esther PALOMINO. Licenciada en Servicio Social. Coordinadora de Departamentos Técnicos. Miembro del Comité de Ética Asistencial en I.Na.Re.P.S.

Daiana Gisel PANIAGUA. Operadora sociocomunitaria especializada en adicciones. Integrante del equipo de Casa de Día del Hospital

Zonal Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo «Reencuentro» de La Plata.

Ignacio PELERETEGUI. Licenciado en Psicología. Se desempeña como psicólogo en el Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y es docente de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental de dicha institución.

Aline PEREIRA DINIZ. Licenciada en Psicología, especialista en Psicología Clínica con Enfoque Transdisciplinario y magíster en Salud Pública (FIOCRUZ). Psicóloga del área de Infancia, Familia y Penas alternativas del Tribunal de Justicia del Estado de Río de Janeiro, Brasil, y miembro afiliado de la Sociedad Winnicott.

Andrea PEREYRA. Licenciada en Psicología. Se desempeña como psicóloga en el Servicio de Internación Breve del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). También es psicóloga del equipo de profesionales de Espacio Psicoterapéutico Integral Caballito.

María Florencia PICCININI. Es realizadora integral de cine y televisión y estudiante avanzada de Ciencias de la Comunicación. Integrante del Área de Comunicación y tallerista en los Servicios de Hospital de Día e Internación, y en el dispositivo de Niñas, Niños y Adolescentes del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Roxana I. PIEDIFERRI. Licenciada en Trabajo Social. Se desempeña en el dispositivo de Internación Breve del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). También es docente de la carrera de Trabajo Social en la Universidad J. F. Kennedy y en el Centro Universitario de Chivilcoy.

María José PLUMERI. Bibliotecario. Documentalista. Miembro de la Clínica Interdisciplinaria de Salud Mental en I.Na.Re.P.S.

Victoria PRADELLI. Médica psiquiatra. Se desempeña como psiquiatra en Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Analía PRIETO. Médica especialista en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Es suplente de Guardia en el Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde. Se desempeña como psiquiatra en el dispositivo de Niñas, Niños y Adolescentes del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

María RABANAL. Licenciada en Psicología. Se desempeña en el Servicio de Hospital de Día del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Álvaro RAFALDI. Licenciado en Psicología. Se desempeña como psicólogo en el Servicio de Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Jésica Andrea RESNISKY. Se desempeña como coordinadora del Área de Alimentación y Nutrición del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Es jefa de Trabajos Prácticos de las asignaturas Nutrición en Ciclos Biológicos y Nutrición Infantil en la Fundación «H. A. Barceló» e instructora de las prácticas profesionales supervisadas en dicha institución.

Mariano Gustavo REY. Licenciado en Psicología. Se desempeña como instructor en Psicología de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Además, es asesor en temas de salud mental en la Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad, Secretaría de DDHH de la Nación, y representante de la Secretaría de DDHH de la Nación en el Plenario del Órgano de Revisión Nacional de la Ley n.º 26.657.

Melisa REYNOSO. Licenciada en Trabajo Social. Se desempeña en el Área Programática del Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich. Es integrante del Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Jésica RIQUELME. Licenciada en Psicología. Se desempeña como psicóloga en el Hospital Zonal Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo «Reencuentro» de La Plata.

Juan Manuel RODRÍGUEZ. Licenciado en Psicología. Integrante del equipo de Casa de Día del Hospital Zonal Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo «Reencuentro» de La Plata.

Silvia Inés RODRÍGUEZ. Abogada y mediadora. Se desempeña como coordinadora en el Servicio Jurídico Asistencial del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Andrés RODRÍGUEZ EVANS. Licenciado en Psicología y psicoanalista. Miembro del Servicio de Internación Breve del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Mailén ROMERO. Licenciada en Psicología. Es integrante del equipo interdisciplinario en el dispositivo Casa de Mujeres con Niñas/os del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Yanina SAFIRSZTEIN. Licenciada en Psicología. Se desempeña como psicóloga en el Servicio de Atención a la Demanda Espontánea y en el dispositivo de Niñas, Niños y Adolescentes del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). También es miembro del equipo interdisciplinario para la evaluación de daños requerido por las leyes Reparatorias Nacionales n.º 24.043 y n.º 25.914.

Ana SAID. Licenciada en Psicología. Se desempeña en el Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). También es suplente de Guardia del Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich.

Luciana SAMBÁN. Licenciada en Psicología. Profesora universitaria en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y docente titular en Pedagogía Crítica de las Diferencias del Profesorado de Educación Física del Instituto Municipal Emilio Fermín Mignone de Luján. También es integrante del equipo interdisciplinario de dos dispositivos Residenciales Comunitarios pertenecientes a la Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca.

María Clara SANTANDER. Licenciada en Trabajo Social. Se desempeña en el Servicio de Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Livia SANTIAGO MOREIRA. Licenciada en Psicología, especialista en Teoría psicoanalítica, magíster en Psicología clínica y doctoranda

en Historia y Teoría literaria de la Universidade Estadual de Campinas. Docente de la Universidade Braz Cubas, San Pablo, Brasil.

Bibiana SCHIAZZANO. Médica especialista en Ginecología y Obstetricia. Es referente de salud sexual y reproductiva del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón, y se desempeña como coordinadora de Clínica Médica y ginecóloga en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Clara Leonor SCHOR-LANDMAN. Licenciada en Psicología, psicoanalista y doctora en Ciencias Sociales. Es miembro del equipo interdisciplinario de supervisión del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y se desempeña como docente de grado en la Universidad Nacional de Avellaneda, y de posgrado en dicha institución y en la Universidad Nacional de San Martín. Autora del libro *Temas de interconsulta. Diálogos entre el psicoanálisis, el derecho y la mediación.*

Clara Leonor SIRULNIK. Licenciada en Musicoterapia y Psicodramatista. Se desempeña en el Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Leticia STORINO. Licenciada en Trabajo Social. Se desempeña en el Servicio de Internación Breve del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Natalia SUÁREZ. Socióloga. Es analista técnica en COPREAD/ MTEySS y forma parte del equipo de coordinación de Políticas de Prevención de Adicciones (CoPreAd) del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación.

Sara SZEINMAN. Licenciada en Psicología. Es coordinadora del Servicio de Internación Breve del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y docente de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

Clara SZPINDEL. Licenciada en Psicología. Especialista en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Es coordinadora de Grupos de Espera en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y co-coordinadora de los grupos interdisciplinarios terapéuticos.

Soledad TAMMARO. Licenciada en Psicología. Especialista en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica. Docente de Construcción de los Conceptos Psicoanalíticos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Se desempeña como psicóloga en el dispositivo de Niñas, Niños y Adolescentes del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Sandra TEJEDA. Acompañante terapéutica. Es integrante del equipo interdisciplinario del dispositivo Casa de Mujeres con Niñas/os del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). También es miembro de la Comisión Directiva de la Asociación Civil Artepólis.

Alejandro TODARO KICYLA. Médico psiquiatra, maestrando en Salud Pública en la Universidad de Buenos Aires. Se desempeña como psiquiatra del Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo) y como co-coordinador de los grupos interdisciplinarios terapéuticos.

Matías Sebastián TOLOSA. Médico generalista, certificado en Medicina General y Familiar, magíster en Drogadependencia. Jefe del Servicio de Prevención y Asistencia de las Adicciones en el Hospi-

tal de Clínicas Presidente Dr. Nicolás Avellaneda, Si.Pro.Sa, en San Miguel de Tucumán.

Margarita USSHER. Magíster en Psicología Social Comunitaria. Profesora adjunta interina de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, profesora consulta de la Universidad Nacional de Moreno y profesora titular de la Universidad de Morón. Es directora de la carrera de Especialización en Psicología Social Comunitaria del Colegio de Psicólogos del Distrito XIV de la provincia de Buenos Aires y tutora del programa Médicos Comunitarios.

Julieta VALDERREY. Médica. Ayudante de la cátedra de Semiología y ayudante de cirugía plástica.

Laura Marcela VALENTE. Médica. Directora asistente. Miembro del Comité de Ética Asistencial en I.Na.Re.P.S.

Mónica Gladys VALLE. Doctora en Psicología. Se desempeña como psicóloga en el Servicio de Internación en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo). Docente de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Psicoterapeuta y coordinadora en Centros Dieta Club Dr. Alberto Cormillot.

María Guadalupe VARELA. Licenciada en Psicología. Se desempeña como psicóloga en el Servicio de Consultorios Externos del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Andrea VÁZQUEZ. Licenciada en Psicología y magíster en Salud Mental Comunitaria del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Profesora adjunta de Salud Pública y Salud Mental II en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Profesora titular de Salud Pública y Psicología del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional

de Lanús. Asesora en Salud Pública de la Unidad de Ministros, Ministerio de Salud de la Nación.

Mauro VELA. Profesor de Educación Física. Integrante del Servicio de Internación en el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

María Bruna Marcela VERA. Abogada. Se desempeña como coordinadora de Desarrollo de Carrera y Docencia. Miembro del Comité de Ética Asistencial en I.Na.Re.P.S.

Alejandra Beatriz VICENTE. Licenciada en Psicología. Coordinadora de residentes del Servicio de Psicología. Miembro de la Clínica Interdisciplinaria de Salud Mental en I.Na.Re.P.S.

Alejandro WILNER. Médico. Máster en Salud Mental Comunitaria. Profesor titular de Salud Pública I y II del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús y profesor del seminario sobre Salud y Planificación, Programación y Gestión en Salud Mental de la Maestría en Salud Mental Comunitaria. Asesor en salud en la Cámara de Diputados de la provincia de Buenos Aires.

Sandra WOLANSKI. Antropóloga. Es analista técnica en COPREAD/MTEySS y forma parte del equipo de coordinación de Políticas de Prevención de Adicciones (CoPreAd) del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación.

Valeria ZAMPINI. Licenciada en Psicología. Integrante del Servicio de Internación del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

María Laura ZAPATA. Licenciada en Psicología. Residente de segundo año de la Residencia Post-básica en Adicciones del Hospital Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo «Reencuentro» de La Plata.

Sobre el sello Ediciones Licenciada Laura Bonaparte

Cada vez que un sello editorial publica un nuevo volumen se presenta una ocasión propicia para dar a conocer su razón de ser. Tratándose de la editorial del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo), podría apelarse a la tradición de los hospitales escuela. Ahora bien, en una época como la nuestra no alcanza con la tradición. Vale entonces preguntarse: ¿por qué un sello editorial para el hospital? Y también, ¿por qué llamar a esta editorial con el nombre de Laura Bonaparte, tal como sucede con el hospital?

La necesidad de un sello editorial surge del *Plan estratégico 2013-2015* de este hospital. El Plan, en el marco de la intervención del Centro Nacional de Reeducación Social (CeNaReSo), que comienza en noviembre de 2012, tiene como objetivo la implementación y el fortalecimiento de un modelo de abordaje del paciente con patologías de consumo y de su grupo familiar desde una perspectiva integral, interdisciplinaria e intersectorial basada en los principios de Atención Primaria de la Salud en el marco de la legislación (Ley de Derechos del Paciente, Ley de Salud Mental y Ley de Atención Primaria de la Salud) y de las políticas sanitarias nacionales en salud mental y adicciones. Como acontece ante legislaciones y políticas públicas innovadoras, nos encontramos en presencia de un desafío que requiere problematizar las prácticas institucionales y asistenciales. Como parte de este proceso, la editorial quiere ser una herramienta al servicio de esa revisión, tanto hacia dentro de la insti-

tución como en diálogo con otros profesionales, instituciones y la comunidad en general.

Ahora bien, esta editorial, como el hospital, lleva el nombre de la licenciada Laura Bonaparte, lo cual tiene sus razones e historia. Laura Bonaparte fue una de las fundadoras de la organización Madres de Plaza de Mayo. Durante la última dictadura militar en nuestro país, su esposo y tres de sus hijos fueron desaparecidos. Además de psicóloga, fue una militante incansable de los Derechos Humanos. Como resulta evidente, no se trata de una elección al azar sino de una nominación que pretende «recuperar» un modo de comprender las prácticas institucionales, políticas y epistémicas de las que nos sentimos herederos y continuadores.

Lic. Edith Benedetti

Interventora general y directora de la editorial

Ediciones Licenciada Laura Bonaparte

TÍTULOS PUBLICADOS

Serie Investigaciones

AA. VV., *Nuevas políticas en salud mental: desafíos para la intervención interdisciplinaria.*

Serie Jornadas y congresos

AA. VV., *1.º Jornada de salud mental y adicciones. Dispositivos de intervención clínica.*

AA. VV., *2.ªs Jornadas de salud mental y adicciones. ¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos.*

AA. VV., *3.ªs Jornadas de salud mental y adicciones. ¿Interdisciplina en la intervención clínica? Obstáculos y desafíos. Estrategias y dispositivos.*

Serie Manuales de procedimiento

Gabriela Bes, Fernando Calvo, Natalia Lamothe y Mariano Rey
(Comisión de Administración de Insumos Médicos),
Vademécum 2013-2015.

Gabriela Bes, *Manual del Servicio de Farmacia.*

Serie Papeles de trabajo

Edith Benedetti, *Hacia un pensamiento clínico acerca
del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre
modelos y estrategias de intervención.*

Cantidad de ejemplares: 1000.

Este libro se terminó de imprimir en el mes
de octubre de 2015 en Altuna Impresores,
Doblas 1968, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Los tomos del año 2015 de la serie Jornadas y congresos reúnen una selección de comunicaciones presentadas para las 3.^{as} *Jornadas de salud mental y adicciones: ¿Interdisciplina en la intervención clínica? Obstáculos y desafíos. Estrategias y dispositivos*, organizadas por el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte especializado en salud mental y adicciones (ex CeNaReSo).

Algunas interrogaciones que recorren estas páginas son las siguientes: ¿qué implica pensar estrategias y dispositivos interdisciplinarios en el primer nivel y en el segundo nivel de atención? ¿Cómo intervenir en las urgencias desde una perspectiva interdisciplinaria? ¿Qué aporta una mirada interdisciplinaria a la hora de diseñar e implementar estrategias de externación? ¿De qué hablamos cuando hablamos de clínica interdisciplinaria con niñas, niños y adolescentes? ¿Con qué obstáculos y desafíos se enfrentan los equipos interdisciplinarios hoy en el terreno de la salud mental y las adicciones?



**Ministerio de
Salud**
Presidencia de la Nación

Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales



**Hospital Nacional en Red
Lic. Laura Bonaparte**

Especializado en salud mental y adicciones,
EX CENARESO

